



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DANIEL OLIVEIRA CAMPOS

**QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO: RELATO
DE CASO**

UBERLÂNDIA

2018

DANIEL OLIVEIRA CAMPOS

**QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO: RELATO
DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Franceschini Mitri.

Coorientador: Prof. Dr. João César
Guimarães Henriques

UBERLÂNDIA

2018

SUMÁRIO

Resumo.....	04
Abstract.....	05
Introdução.....	06
Relato de caso.....	07
Resultados.....	10
Discussão.....	12
Conclusão.....	15
Referências bibliográficas.....	16
Anexos.....	18

RESUMO

O queratocisto odontogênico é uma lesão intraóssea de maxilares com comportamento destrutivo e invasivo com alta taxa de recidiva. Radiograficamente, apresenta bordas bem definidas, sendo que raramente provoca reabsorção radicular, porém podendo causar deslocamento dos dentes adjacentes. Os tratamentos propostos geralmente incluem desde a marsupialização e enucleação em lesões menores, até a excisão em bloco, ressecção com enxerto ósseo imediato para as lesões extensas. O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de queratocisto odontogênico extenso em ângulo e ramo de mandíbula, multiloculado, em paciente adulto jovem do sexo masculino, submetido ao tratamento conservador. A marsupialização da lesão favoreceu a sua regressão e a reparação tecidual local. Desta forma, concluímos que o tratamento realizado se torna a opção ideal para as lesões extensas.

Palavras-chave: queratocisto, patologia oral, estomatologia.

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is an intraosseous lesion of the jaws with destructive and invasive behavior with high relapse rate. Radiographically, it presents well defined borders, rarely causing root resorption, but may cause displacement of adjacent teeth. The main treatments proposed are enucleation, block excision, resection with immediate bone graft and marsupialization. The aim of this study was to study the odontogenic keratocyst and to report the case of a patient who attended the stomatology clinic of the Federal University of Uberlândia, affected by an extensive keratocyst at angle and mandible branch.

Key words: keratocyst, oral pathology, stomatology.

INTRODUÇÃO

Queratocisto odontogênico é uma lesão cística odontogênica intraóssea benigna, apresentando revestimento característico do epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado [1], localmente agressivo e comportamento invasivo, podendo ter taxas de recorrência (5% a 62.5%). Acomete principalmente a mandíbula, com poucos relatos de casos em maxila [2]. Radiograficamente, observa-se uma lesão radiolúcida unilocular, normalmente associada com a coroa de um dente, podendo dificultar o seu diagnóstico [3].

O queratocisto odontogênico é mais frequente na segunda e terceira décadas de vida [4], sendo mais comum em homens do que em mulheres, com uma relação respectiva de aproximadamente 2 para 1 [5]. A marsupialização é uma forma de tratamento conservador, seguida de enucleação realizada com a redução da extensão da lesão [4]. Por outro lado, a ressecção total da lesão é uma abordagem mais agressiva e apresenta menores taxas de reincidência [6].

Clinicamente é assintomática, sendo geralmente revelada através de exames radiográficos. Os casos de múltiplos queratocistos geralmente podem estar associados à síndrome de Gorlin-Goltz [4].

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de queratocisto odontogênico extenso em ângulo e ramo de mandíbula em paciente adulto, multiloculado, com planejamento de tratamento conservador e discutir os seus aspectos clínicos e epidemiológicos.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, melanoderma, compareceu ao ambulatório de estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, encaminhado pelo seu dentista que observou a lesão em radiografia panorâmica. Durante a anamnese, relatou que sentiu drenar excreção amarelada diariamente, em pequena quantidade, além de dormência no lado direito da face. Na história médica do paciente, não houve nada digno de nota e o paciente gozava de boa saúde geral.

Ao exame clínico, a mucosa se apresentava em coloração normal e com discreto aumento volumétrico na região de trígono retromolar do lado direito, visto durante a palpação. Ao exame extraoral, em vista frontal, percebeu-se discreta assimetria facial.

Foi realizado exame radiográfico para diagnóstico da lesão, que evidenciou uma imagem radiolúcida extensa, multilocular de bordas bem definidas, que se estende do ângulo à parte alta do ramo de mandíbula do lado direito. (Figura 1).



Figura 1

Para se obter um maior detalhamento da abrangência da lesão, foi também realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico, que permitiu avaliar o envolvimento da lesão no osso mandibular.

Os achados clínicos e imaginológicos permitiram a hipótese de diagnóstico de queratocisto odontogênico ou ameloblastoma unicístico. Subseqüentemente, foi realizada a marsupialização e biópsia incisional. Durante o procedimento, foi utilizada lidocaína 2% com epinefrina em concentração 1:100000 para realização da técnica de bloqueio de nervo alveolar inferior, lingual e bucal, além da utilização de broca cirúrgica 702 em alta rotação para remoção da porção vestibular do osso na área da lesão. Removeu-se um pequeno fragmento da cápsula cística, deixando a cavidade aberta, a qual deveria ser irrigada com soro fisiológico pelo próprio paciente todos os dias até o próximo retorno, conforme orientações. Após uma semana, o paciente retornou para acompanhamento, foi realizada irrigação com soro e orientação para continuar a irrigação em casa.

Após um mês da marsupialização, a radiografia panorâmica revelou áreas radiopacas semelhantes ao trabeculado ósseo adjacente na região do ângulo da mandíbula, sugerindo uma fase de reparação óssea desta parte da lesão. Estas situações continuaram presentes em novos exames radiográficos de quatro de nove meses após a intervenção cirúrgica inicial.

Entretanto, em nove meses, uma tomografia computadorizada demonstrou uma sugestiva neoformação óssea da parte inferior da lesão e dois lóculos superiores residuais na região do ramo da mandíbula, sugestivos de reparação óssea insatisfatória. Neste período, uma nova marsupialização foi realizada e os fragmentos foram encaminhados para biópsia (Figura 2), a qual confirmou queratocisto odontogênico.



Figura 2

RESULTADOS

Exames radiográficos de rotina ou ocasionais para fins diagnósticos podem revelar lesões com ausência de sinais clínicos e sintomatologia no paciente. Esta situação caracteriza um achado radiográfico.

No caso clínico relatado neste trabalho, a diminuição de sensibilidade local e a drenagem eventual espontânea de líquido no local da lesão, conduziram o cirurgião dentista a uma investigação radiográfica, que revelou uma lesão extensa em ângulo e ramo de mandíbula.

Após a realização de uma punção e a coleta de líquido caracteristicamente cístico, foi realizada a marsupialização e biópsia incisional. O exame anatomopatológico revelou fragmento de tecido mole conjuntivo frouxo, associado a material serofibrinoso e raros fibroblastos e leucócitos mononucleares.

Com nove meses de proervação e acompanhamento radiográfico, a cavidade residual do ramo da mandíbula, os lóculos superiores da lesão, requeriu uma nova marsupialização, seguida de nova biópsia incisional. O exame anatomopatológico revelou fragmentos de lesão cística, caracterizada pela presença de uma parede de tecido conjuntivo denso, não modelado, e revestido por tecido epitelial que apresenta fenótipo de epitélio pavimentoso estratificado com áreas de paraqueratinização planificada. Revelou também, áreas de neoformação óssea na periferia da lesão com sinais de remodelação.

Os resultados anatomopatológicos são compatíveis com o queratocisto odontogênico. O paciente ainda encontra-se em proervação, e segue orientações

para irrigar a cavidade da lesão com soro fisiológico, até que se observe neoformação óssea nos lóculos superiores.

DISCUSSÃO

Na mais recente classificação da OMS, o queratocisto odontogênico foi enquadrado em uma nova categoria (cistos de desenvolvimento) em decorrência do seu comportamento biológico [1].

Em 1963, Pindsburg e Hansen, afirmaram que a característica mais significativa da lesão se dá pelo fato de ser extremamente recidivante, atribuída à presença de restos epiteliais de cistos de satélite na margem óssea, porém são apenas hipóteses.

Sua incidência varia de 7 a 11% dos tumores localizados em maxila e mandíbula. Ali e Baughman em 2003, estudaram 398 casos diagnosticados com queratocisto odontogênico e constataram a prevalência de 266 (66,8%) casos na região posterior da mandíbula, enquanto que, em 132 (33,2%) casos a maxila foi acometida. A mandíbula é mais afetada que a maxila, principalmente em regiões de terceiros molares e ramos, seguidos das regiões de pré-molares e depois da região anterior [7]. Neste presente estudo, a lesão se apresentou na mandíbula, na região de terceiros molares, se estendendo desde o ângulo por todo o ramo da mandíbula.

O Queratocisto Odontogênico destaca-se pelo comportamento localmente agressivo, pela natureza destrutiva, e elevado potencial de recorrência [8]. Normalmente, essa lesão é assintomática. Pode atingir grandes extensões, e quando isso ocorre, pode vir acompanhado de tumefação, drenagem, parestesia e dor [2]. Entretanto, a sintomatologia dolorosa não é considerada um achado. Neste relato, o paciente se queixou de dormência e drenagem de excreção amarelada, mas a dor era ausente.

Tem como provável etiologia a lâmina dental, acomete mais frequentemente pacientes do sexo masculino, principalmente caucasianos [2], mas alguns estudos demonstram que homens e mulheres são igualmente afetados [10]. Esses resultados se assemelham aos encontrados neste estudo, onde o paciente era do sexo masculino, caucasiano, de idade adulto jovem.

O queratocisto se assemelha a outras lesões císticas ou tumorais, por isso é necessária uma avaliação histopatológica para diagnóstico definitivo. Os principais diagnósticos diferenciais são de cisto periapical, cisto dentífero [2] e o ameloblastoma [9]. No trabalho exposto, a hipótese de diagnóstico diferencial foi realizada pela equipe de estomatologia da FOUFU na primeira consulta, por meio da avaliação clínico-imaginológica. A hipótese era de queratocisto ou ameloblastoma multicístico.

Histopatologicamente, o queratocisto apresenta uma cápsula delgada e friável, desprovida de qualquer infiltrado inflamatório, composta por uma camada uniforme de epitélio escamoso estratificado. O lúmen cístico pode conter um líquido claro semelhante a transudato ceroso, ou pode estar preenchido por um material caseoso que consiste de restos em cerastinócitos [2].

O tratamento pode ser feito por meio da marsupialização, em cistos de grandes dimensões, interrompendo o potencial de crescimento tornando a parede do cisto mais espessa, facilitando a sua completa remoção num segundo tempo cirúrgico. [8].

O tratamento mais utilizado é a enucleação seguida de curetagem [2], porém sua natureza friável associada a um tecido conjuntivo fibroso com espessura fina dificulta sua completa remoção. A fim de reduzir a frequência de recidivas, a

enucleação pode estar associada à cauterização da cavidade óssea pela aplicação da solução de Carnoy 32-36, osteotomia periférica e/ou crioterapia [1].

Radiograficamente, o queratocisto odontogênico se apresenta como uma lesão radiolúcida com margens bem definidas, geralmente, unilocular. As lesões multiloculares e de grandes extensões estão, na maioria dos casos, associadas à síndrome do carcinoma nevoide basocelular (Síndrome de Gorlin) [2]. Considerando estas informações, a lesão relatada neste estudo, multilocular e extensa em mandíbula, caracteriza um caso clínico bastante incomum.

Apesar de ser uma lesão benigna, em alguns casos há transformações malignas do queratocisto odontogênico relatadas na literatura, o que pode sugerir um potencial maligno da lesão que permanece desconhecido [10]. Portanto, a abordagem imediata, especialmente nas lesões menores, e o seu tratamento precoce favorece o prognóstico da lesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico do queratocisto odontogênico é inicialmente clínico e imaginológico, mas deve ser confirmado por exame anatomopatológico, pela presença de revestimento epitelial e áreas de paraqueratina. A marsupialização se torna uma opção ideal de tratamento do queratocisto odontogênico, principalmente em lesões extensas, mas deve-se considerar a alta taxa de recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. Pathology and genetics of head and neck tumours. WHO classification of tumours series – 2017

2- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016

3- Freitas DA, VELOSO DA, Santos ALD, FREITAS V.A. Maxillary odontogenic keratocyst: a clinical case report. 2015

4- Deboni MCZ, Brozoski MA, Traina, AA, Acay RR, Naclério-Homem MG. Surgical management of dentigerous cyst and keratocystic odontogenic tumor in children: a conservative approach and 7-year follow-up. 2011

5- Sharif FNJ, Oliver R, Sweet C, Sharif MO. Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD008464. DOI: 10.1002/14651858.CD008464.pub3.

6- Bataineh, AB. Al Qudah M. Treatment of mandibular odontogenic keratocysts. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1998; 86, 42-47.

7- LOPES NFC . Queratocisto Odontogênico: Relato de caso clínico. HB Científica. 2000; 7:3.

8- PAGOTTO S et al. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.2004;33(2).

9- Hayashi K, Tozaki M, Yoshida N, Fukuda K, Tanabe H. Dynamic multislice helical CT of ameloblastoma and odontogenic keratocyst: correlation between contrast enhancement and angiogenesis. J Comput Assist Tomogr. 2002;26:922-6.

10- Myoung H, Hong SP, Hong SD, Lee JI, et al. Odontogenic Keratocyst: review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001;91:328-33

ANEXOS

Legendas:

Figura 1: Imagem radiopaca extensa, multilocular de bordas bem definidas, que se estende do ângulo de mandíbula por todo o ramo de mandíbula, até o processo condilar.

Figura 2: Neoformação óssea se deu apenas na porção inferior da lesão.