

RESUMO

O queratocisto odontogênico é classificado como sendo uma lesão de comportamento biológico benigno dos ossos gnáticos com manifestação entre a 2ª e 3ª década de vida, com predileção pelo ramo posterior da mandíbula e predisposição ao gênero do sexo masculino. Tendo em vista que muitas vezes são de caráter assintomáticos, o seu diagnóstico normalmente é obtido através de exames radiográficos de rotina. As formas de tratamento podem variar de acordo com a sua apresentação tanto clínica quanto imaginológica. Dentre as formas de tratamento para o queratocisto podemos destacar as seguintes: a marsupialização e enucleação associadas a medidas adjuvantes como a osteotomia periférica, solução de carnoy e crioterapia, visto que a presente lesão tem alto caráter de recidiva. O presente estudo tem por objetivo relatar um caso clínico de um paciente de 21 anos de idade, no qual foi encaminhado ao Centro Universitário São Lucas – Porto Velho/Rondônia. Ao exame imaginológico, detectou-se lesão radiolúcida unilocular do lado esquerdo associada ao dente 38 incluso. Ao exame físico, observou-se ausência de sintomatologia, corticais ósseas sem alterações. Paciente foi submetido à enucleação da lesão concomitante a exodontia e a radiografia controle de três meses evidenciou a evolução favorável.

Palavras-Chave: Queratocisto associado a terceiro molar, lesão associada a coroa de terceiro molar, queratocisto mandibular.

ABSTRACT

Odontogenic keratocyst is classified as a benign biological lesion of the gnathic bones with manifestation between the 2nd and 3rd decade of life, with a predilection for the posterior branch of the mandible and a predisposition to the male gender. Considering that they are often asymptomatic, their diagnosis is normally obtained through routine

radiographic examinations. The forms of treatment may vary according to its clinical and imaging presentation. Among the forms of treatment for keratocysts, we can highlight the following: marsupialization and enucleation associated with adjuvant measures such as peripheral osteotomy, Carnoy's solution and cryotherapy, since the present lesion has a high recurrence rate. The present study aims to report a clinical case of a 21-year-old patient, who was referred to Centro Universitário São Lucas – Porto Velho/Rondônia. On imaging examination, a unilocular radiolucent lesion was detected on the left side associated with impacted tooth 38. On physical examination, there was no symptomatology, bone cortices were unchanged. The patient underwent enucleation of the lesion concomitantly with extraction and the three-month follow-up radiography showed favorable evolution.

Keywords: Keratocyst associated with third molar, lesion associated with third molar crown, mandibular keratocyst.

André Luíz Bezerra Tavenard ¹

João Augusto Hilário da Silva²

Lorrany Belarmino de Souza³

Mateus Nogueira Pinheiro⁴

Rodrigo Jacon Jacob⁵

¹Acadêmico do curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas – Porto Velho. E-mail: andrelzbt@icloud.com

² Acadêmico do curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas – Porto Velho. E-mail: joaoaugustohs@gmail.com

³ Acadêmico do curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas – Porto Velho. E-mail: lorrybela2001@gmail.com

⁴ Acadêmico do curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas – Porto Velho. E-mail: mateusnogueirap@gmail.com

⁵ Orientador e Professor do Centro Universitário São Lucas – Porto Velho, Cirurgião Bucomaxilofacial da Secretaria de Saúde do Governo de Rondônia, Coordenador do curso em cirurgia oral menor no Instituto Abrange - Porto Velho/RO. E-mail: rodrigo.jacob@saolucas.edu.br

INTRODUÇÃO

O queratocisto odontogênico, é uma lesão de comportamentos biológicos dos ossos gnáticos (PHILIPSEN, 1956), entretanto, a Organização Mundial da Saúde – OMS, o reclassificou como sendo um cisto odontogênico do desenvolvimento (TOLENTINO, 2018).

Durante muito tempo, o cisto odontogênico era considerado como sendo um tumor neoplásico, porém, após uma análise de debates e estudos, a OMS, chegou à conclusão de que não há argumentos que possam considerar o cisto como sendo um tumor e por não existirem evidências suficientes (TOLENTINO, 2018).

Segundo o entendimento de alguns autores, o queratocisto é tido como um cisto do desenvolvimento do complexo bucomaxilofacial (FREITAS et al., 2015), tendo como prevalência a região posterior da mandíbula em pacientes do sexo masculino (ANTUNES et al., 2007).

Radiograficamente, evidencia-se em muitos casos, áreas radiolúcidas, presença de um halo esclerótico, com margens regulares ou ondulares, deslocamento de dentes impactados ou retidos, reabsorção radicular e extrusão de dentes (MYOUNG, 2001).

De um modo geral, a decisão do procedimento a ser adotado, varia de cada profissional visto que a tecnologia tem contribuído como a tomada de exames complementares como a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada. Esses exames radiológicos, associados aos conhecimentos de anatomia e patologia, proporciona

ao profissional uma hipótese mais assertiva, pois as tomografias vieram para melhorar a qualidade das imagens de detalhes (CHILVARQUER, et al., 2015).

Os queratocistos, por particularidades, são muitas das vezes assintomáticos, sendo que o seu diagnóstico normalmente é obtido por meio de exames radiográficos de rotina, tendo bordas bem definidas e regulares, podendo apresentar unilocular ou multilocular, casos em dentes não erupcionados que correspondem a 25% a 40% (NEVILLE et al., 2016).

Segundo o entendimento de outros autores, entende que de modo geral, sua fase inicial é assintomática, e no decorrer do tempo, pode apresentar certos incômodos na cavidade oral, casos em que a lesão já está em fase avançada, apresentado sintomatologia dolorosa como a tumefação, alteração do posicionamento dental, dor, trismo e parestesia (SANTOS et al., 2017).

Histologicamente, possui um aspecto de cápsula cística composta por epitélio pavimentoso estratificado, com ortoparaqueratina, uma camada de células basais e parede de tecido fibroso além de células satélites (NEVILLE et al., 2004).

Histopatologicamente apresenta-se como uma cápsula cística com epitélio pavimentoso estratificado e tendo a sua superfície basal hipercromática e paraqueratinizada (ACIOLE et al., 2010).

O tratamento para queratocisto odontogênico poderá ser conservador ou radical, a depender do caso analisado e a agressividade da lesão. Existem algumas técnicas como a marsupialização seguida de descompressão, enucleação com curetagem retirando toda a lesão cística e, em casos de recidiva, a ressecção ou em casos específicos, a combinação de técnicas (HUPP, et al., 2015).

Outras modalidades de tratamento levam em consideração se o queratocisto pode ser tratado de modo conservador ou agressivo, sendo que no modo conservador, estão a marsupialização e descompressão, já a agressiva varia desde a enucleação a ressecções, tendo a possibilidade de outras terapias coadjuvantes como a aplicação da solução de carnoy, crioterapia ou osteotomia periférica (PONGREL et al., 2005; KINARD et al., 2015).

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente PHSR, sexo masculino, pardo, 21 anos de idade, compareceu a clínica odontológica do Centro Universitário São Lucas – Porto Velho/RO, encaminhado por clínica privada com queixa de “lesão mandibular” assintomática em achado radiográfico em paciente com indicação de instalação de aparelho ortodôntico. Na anamnese o paciente negou comorbidades médicas, alergia medicamentosa ou a anestésicos locais.

Ao exame clínico, a mucosa se apresentava em coloração normal e ausência de expansão das corticais (Figura 01). A radiografia panorâmica exibia uma imagem radiolúcida, multilocular de bordas bem definidas em ângulo mandibular direito com aproximadamente três centímetros de diâmetro associada ao dente 38 incluso em posição horizontal e envolvendo a raiz do elemento 37 (Figura 02). O planejamento cirúrgico proposto para o paciente foi realizar a técnica cirúrgica da enucleação associado a remoção do terceiro molar incluso e envio do material para exame histopatológico onde os benefícios e riscos foram devidamente explicados e documentados na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Paciente foi submetido a assepsia extraoral com solução degermante de Gliconato de Clorexidina à 2%, logo em seguida, foi informado que deveria fazer o uso de antisséptico bochecho com solução de Gliconato de Clorexidina à 0,12% de 250ml por 30 segundos e logo em seguida foi orientador a expelir na pia, paciente foi submetido a Anestesia por Bloqueio Troncular do Nervo Alveolar Inferior, Lingual e Bucal com o uso de uma Seringa Carpule sem refluxo com aspiração e com solução de sal anestésico Mepivacaína à 2% (20mg/ml) + epinefrina 1:100:000 (10,0 µg/mL) e agulha descartável 13 x 0,30mm (30 X ½) de cor: amarela. Foi feito a incisão em envelope com o uso do cabo e lâmina de bisturi N.º 15c, no qual foi possível a visualização do líquido citrino contido dentro da cápsula cística seguida de aspiração (figura 3). Foi feita a curetagem de forma a tornar acessível a visualização do dente. Procedeu-se com ostectomia ao redor do dente de forma a proporcionar melhor acesso ao elemento dentário (figura 4). Em seguida, foi realizada a odontosseção vestibulo-lingual e com a ajuda de uma alavanca reta procedeu-se a fratura do dente e posterior luxação. (figura 5), Em seguida, foi realizada a retirada do dente e a regularização com a lima para osso, a fins, de retirar qualquer espícula óssea e modelar a estrutura interna (figura 6). Com a ajuda da cureta de Lucas, foi realizada a curetagem em torno da cavidade para a retirada da cápsula cística

(figura 7) e posterior coleta para biópsia no qual foi compatível com Queratocisto Odontogênico. Após extração do elemento dentário, procedeu-se com a irrigação com soro fisiológico de cloreto de sódio 0,9% de 500ml e posterior sutura em X com o uso de fio nylon 4-0, agulha: ½ triangular 1,5cm, comprimento do fio: 45cm (Ethicon*) (figura 8) seguida de instruções de higiene oral. O material biológico coletado foi enviado para exame histopatológico no qual a microscopia revelou cortes histológicos revelaram fragmentos de cápsula cística recoberta, no interior, por epitélio odontogênico estratificado pavimentoso paraqueratinizado com poucas camadas celulares, áreas de separação epitélio conjuntivo, linha epitélio conjuntivo plana e células da camada basal. A cápsula cística é formada por conjuntivo denso e exibe regiões de intenso infiltrado inflamatório mononuclear compatível com Queratocisto Odontogênico (figura 9). Após três meses, paciente foi orientado que realizasse uma radiografia panorâmica para verificar se houve recidiva, observou-se na radiografia panorâmica (figura 10) que a região do ramo e ângulo de mandíbula houve neoformação óssea e ausência de sinais de recidiva. Paciente orientado quanto a necessidade de realizar consulta ao Cirurgião-Dentista pelo menos 2 vezes ao ano para realizar exame radiográfico/panorâmica para avaliar se houve recidiva ou não. Foi prescrito anti-inflamatório, Ibuprofeno 600mg de 6 em 6 horas, antibiótico, amoxicilina de 500mg de 8 em 8 horas e analgésico não opioide, dipirona 500mg de 6 em 6 horas para controle da dor.



Figura 01: mucosa sem alterações na região do 38.



Figura 2: Radiografia panorâmica inicial.



Figura 3: Visualização inicial do conteúdo líquido, citrino.



Figura 04: Exposição do rebordo alveolar da região da lesão do dente 38.



Figura 05: Acesso concluído com nítida visão do dente 38 incluso.

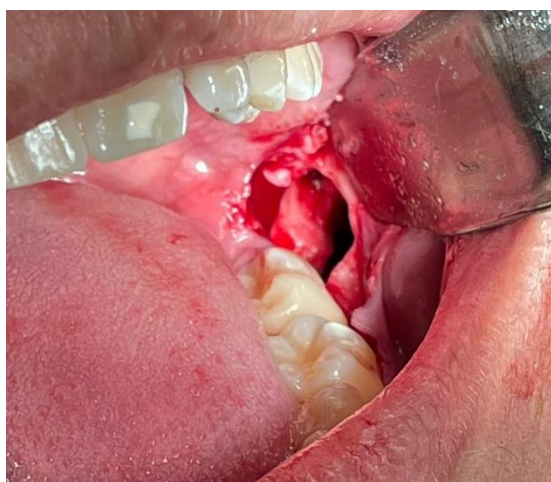


Figura 06: Loja cirúrgica após extração do dente 38.

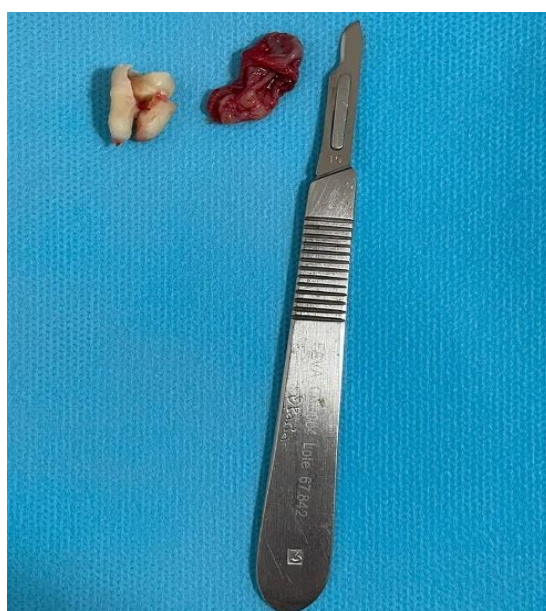


Figura 07: elemento 38 extraído e peça macroscópica.

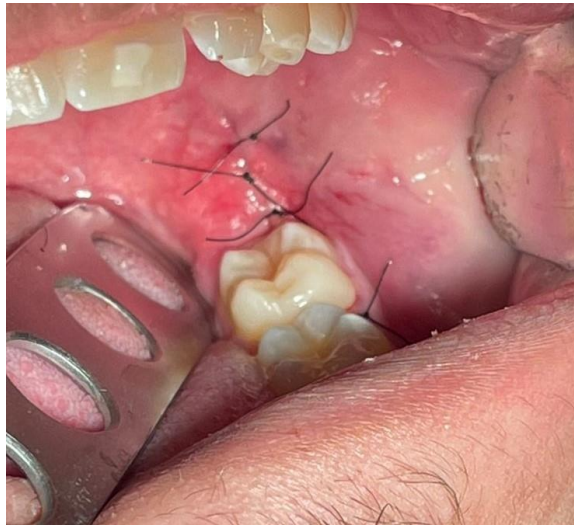


Figura 08: Área de acesso suturada.



Figura 09: histopatologia compatível com Queratocisto Odontogênico.

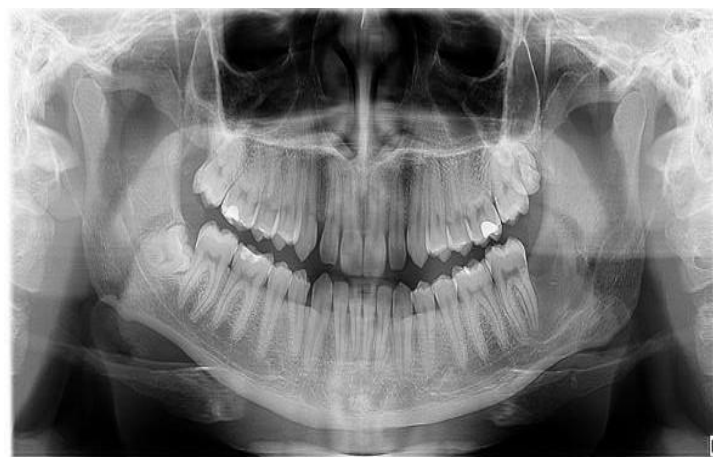


Figura 10: Radiografia panorâmica após 3 meses da cirurgia.

DISCUSSÃO

Segundo o entendimento dos autores, o diagnóstico da detecção do queratocisto odontogênico é tardio por apresentar como características crescimento lento, ausência de sintomatologia dolorosa, sendo capaz de atingir os espaços medulares (ACIOLE et al., 2010).

Para os estudiosos da literatura, relata que uma das formas de diagnóstico radiográfico é a intraorais e a panorâmica, entretanto, à tomografia computadorizada, permite uma avaliação criteriosa adjacentes as estruturas de tecidos moles (MARQUES et al., 2006).

Apesar de o tratamento ser de modo geral variado, as formas de tratamento que devem ser empregadas devem levar em consideração a história clínica do paciente quanto a localização, tamanho, estudos prévios e possível prognóstico, e ainda se deve levar em consideração quanto a tomada da biópsia incisional ou excisional (NEVILLE et al., 2004; KINARD et al., 2015).

Segundo os responsáveis pela pesquisa, pacientes que apresentam vários queratocistos devem ser submetidos a exames completos como a síndrome de Gorlin - Goltz, ou seja, a síndrome do carcinoma nevóide basocelular, além disso, queratocistos maiores devem ser analisados com exames de imagens especializada a fim de detectar fraturas das corticais (AL-MORAISSEI et al., 2016; JUNG et al., 2005).

Em relação a associação entre queratocisto odontogênico e Síndrome de Gorlin - Goltz, em seus estudos apontam que existem uma forte associação entre paciente que apresentam costelas bífidas (ALCIONE et al., 2010; BORGHSI et al., 2018).

O tratamento varia desde a curetagem à enucleação da lesão, entretanto, deve-se levar em consideração a forma, volume, comprometimento de tecidos moles, perfurações ósseas, reabsorções radiculares de dentes, idade do paciente. Após retirada da lesão, recomenda-se o acompanhamento porque a longo prazo pode apresentar recidiva tardias (POGREL et al., 2005; DE SOUSA et al., 2016; LI TJ et al., 1995).

O método da descompressão cística seguida de irrigação, é uma alternativa com o objetivo de reduzir de tamanho a cápsula cística, por proporcionar a redução dos casos de recorrência, sendo muito utilizada como medida terapêutica, pois promove a perda de anticorpo citoceratina-10, que é responsável pelo processo de queratinização (AUGUST et al., 2003).

Ainda consoante o responsável, o método da descompressão, é utilizada previamente a enucleação por proporcionar o esvaziamento do líquido citrino da cavidade, por diminuir a amplitude da lesão e pela diminuição da pressão (JOHNSON et al., 2013). O método da descompressão apresenta como objetivo a neoformação óssea e polpas e estruturas vitais adjacentes e por minimizar a necessidade de reabilitação (ARAUJO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2014).

Outros autores ainda defendem a teoria de que a enucleação associada a curetagem, ou seja, a remoção da lesão remanescente, ajudam no processo de preservação e por serem mais conservadoras (ALCIOLE et al., 2010). Entretanto, outras abordagens podem ser empregadas como a ressecção óssea no qual além da remoção da cápsula cística, remove-se tecidos próximos a lesão, com margem de segurança, podendo causar prejuízos funcionais ao paciente (JOHNSON et al., 2013).

Existem ainda métodos aditivos como o emprego da solução de Carnoy e crioterapia. Tais procedimentos, são capazes de cauterizar e necrosar a superfície interna óssea superficial gerando a obliteração dos canais da lâmina dura, diminuindo em até 9 % a lesão. Outro método proposto, é a ostectomia periférica, na qual consiste na remoção das células que tenham comunicação com a lesão, diminuindo também a chance de recidiva (PEREIRA et al., 2012).

Outra linha de pensamento, afirma que à ressecção segmentar não apresenta recidiva, ou seja, essa técnica consiste na retirada de cistos satélites. Logo, é feita a remoção de tecido em torno de dois centímetros como margem de segurança (BALMICK et al., 2011). Outro autor, afirma também que a ressecção segmentar é um procedimento extremamente agressivo tendo como desvantagens de causar danos estéticos e funcionais para o paciente (BOYNE et al., 2005).

Com exceção do índice de recidiva, o queratocisto odontogênico, tem um prognóstico favorável na maioria dos casos, pois há relatos de que a recidiva pode aparecer após 5 ou 10 anos após o procedimento (AUGUST et al., 2003), em contrapartida ao exposto, as causas de recidiva está associada a remoção deficiente da lesão, permitindo atividade proliferativa de células remanescentes (PEREIRA et al., 2012; (BALMICK et al., 2011).

Considerando os índices de recorrência, os pacientes acometidos necessitam de preservação anual para verificar se houve a retomada da lesão no local ou ainda, em outro sítio, visto que células satélites não são vistas a radiografia (PEREIRA et al., 2012).

No caso do paciente, chegou-se a um possível diagnóstico através de achados rotineiros de documentação ortodôntica. O paciente não apresentava sintomatologia dolorosa e nem aumento volumétrico dos tecidos periorais.

Considerando que existem diversas formas de tratar o queratocisto, no presente relato de caso clínico.

CONCLUSÃO

Com o presente relato de caso clínico, é possível concluir que o diagnóstico do queratocisto odontogênico é inicialmente clínico e imagiológico, entretanto, deve ser confirmado por exame anatomopatológico, pela presença de revestimento epitelial de paraqueratina. A remoção da cápsula cística associada ao acompanhamento, tem sido a forma preconizada para que se obtenha um bom prognóstico. O caso apresentado mostrou bons resultados, porém, foi informado ao paciente que seja realizado consultas ao Cirurgião-Dentista pelo menos duas vezes por ano para acompanhamento preventivo, tendo em vista que, a probabilidade de recidivas são altas, pois uma segunda etapa cirúrgica poderá ser necessária caso ocorra a recorrência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aciole GTS, Santos MAM, Aciole JMS, Ribeiro Neto N, Pinheiro, ALB. Tumor odontogênicoqueratocistorecidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? Relato de caso clínico. Rev cir traumatol buco-maxilo-fac. 2010;10(1):43-8.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. CHILVARQUER, Israel et al. Relato de caso clínico: tumor odontogênico queratocístico na primeira infância. Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas, v. 69, n. 3, p. 212-216, 2015.
8. De Sousa FACG, Vieira EMM; Kantorki KZ; Rosa LEB. Queratocisto odontogênico: um estudo retrospectivo. Ver Pós Grad.2007; 13(4):324-7.
9. Freitas DA, Veloso DA, Santos ALD, Freitas VA. Ceratocistoodontogênico maxilar: relato de caso clínico. RGO Rev Gauch Odontol. 2015;63(4):484-88.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Li TJ, Browne RM, Matthews JB. Epithelial cell proliferation in odontogenic keratocysts: a comparative immunocytochemical study of 67 in simple, recurrent and basal cell nevus syndrome (BCNS) – associated lesions. J Oral Pathol Med. 1995; 24:221-226.
14. Marques JAF, Neves, JL, Alencar, DA, Lemos IM, Marques LC. Ceratocisto Odontogênico: relato de caso. Sitientibus. 2006;34(1): 59-69.

15. 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.
16. Neville BVV, Damm DD, Allen CM et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
17. Neville BW, Allen CM, Damm DD, Chi A. *oral and maxillofacial pathology*, 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
18. 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 bucomaxilo-fac.* 2014;14(1):15-20.
19. 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.
20. Philipsen HP. Om keratocyster (kolesteatom) kaeberne. *Tandlaegebladet.* 1956; 60:963–981.
21. Pogrel MA. Treatment of keratocystics: The case For Decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:1667-73.
22. Pogrel MA. Treatment of keratocystics: The case For Decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:1667-73.
23. SANTOS, Iara et al. Abordagens terapêuticas para o tumor odontogênico ceratocístico. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*, v. 2, n. 1, 2017.
24. Tolentino E. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? *Revista Da Faculdade De Odontologia – UPF.* 2018; 23(1).