

Stella Cristina Soares Araújo¹,
Laisa Kindely Ramos De Oliveira¹,
Fernanda Mombrini Pigatti²,
Gabriela Mayrink³

¹Acadêmicas do curso de Odontologia, Faculdade Integradas São Pedro, Centro Universitário, Faculdade de Odontologia (Vitória/ES, Brasil).

²Professora da disciplina de Patologia Maxilofacial I e Semiologia e Propedêutica na Faculdade de Odontologia da UFJF-GV (Governador Valadares/MG, Brasil).

³Professora da disciplina de CBMF II e CTBMF da Faculdades Integradas São Pedro, Centro Universitário, Faculdade de Odontologia (Vitória/ES, Brasil).

✉ **Stella Araújo**
Rua Gonçalves de Moraes, 35, Igrejinha,
Aimorés - MG
CEP: 3520000
📧 stellaaraujo_@hotmail.com

Submetido: 04/02/2019
Aceito: 11/06/2019

RESUMO

Introdução: O queratocisto odontogênico é uma lesão cística intra-óssea que se origina do resto celular da lâmina dentária. Possui crescimento lento, assintomático e é comumente encontrado em radiografias de rotina. É mais prevalente no sexo masculino entre a 2ª e 3ª décadas de vida e acomete preferencialmente a mandíbula. **Objetivo:** relatar um caso de queratocisto em região anterior da maxila e realizar uma revisão dos tratamentos que estão disponíveis para essa lesão. **Relato de caso:** paciente do sexo feminino, 46 anos de idade, durante exame radiográfico de rotina, exibiu área radiolúcida unilocular com borda esclerótica definida que se estendia do dente 11 ao 24. No exame clínico não foi possível notar nenhuma expansão da cortical óssea. Foi realizada biópsia e instalado, no mesmo momento cirúrgico, dispositivo para descompressão da lesão. Após análise histopatológica e confirmação diagnóstica, a paciente foi submetida a enucleação cirúrgica. **Conclusão:** o paciente permanece em acompanhamento há 3 anos sem sinais clínicos ou radiográficos de recidiva da lesão.

Palavras-chave: Cistos ósseos, Maxila, Descompressão.

ABSTRACT

Introduction: The odontogenic keratocyst is an intraosseous cystic lesion that originates the cellular remnant of the dental blade. It has slow growth, asymptomatic and is commonly found in routine radiographs. It is more prevalent in males between the 2nd and 3rd decades of life and affects the mandible preferentially. **Objective:** to report a case of keratocystic in the anterior region of the maxilla and to review the available treatments for this lesion. **Case report:** A 46-year-old female patient, during the routine radiographic examination, exhibited a unilocular radiolucent area with a sclerotic border according to the extension of tooth 11 to 24. **Conclusion:** the patient remained in follow-up for 3 years without clinical or radiographic signs of recurrence of the lesion.

Keywords: Bone cysts, Maxilla, Decompression.

INTRODUÇÃO

O queratocisto odontogênico (QO) foi classificado em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como tumor odontogênico benigno devido ao seu crescimento agressivo, elevada taxa de recorrência e, principalmente, mutações no gene PTCH. Porém, os tumores não regredem espontaneamente e existem relatos de QO que regrediram completamente após realizada a descompressão. Então, em 2017, a mesma entidade o reclassificou como cisto odontogênico, devido à falta de evidências suficientes para mantê-lo classificado como neoplasia.^{1,2,3,17}

Considerada uma lesão intra-óssea que se origina do resto celular da lâmina dentária, possui crescimento lento e sem sintomas relacionados ao seu desenvolvimento, porém lesões de grande proporção podem causar tumefação e dor.^{1,2,3} Estudos mostram que o QO tem predileção por pessoas do sexo masculino entre a 2ª e 3ª décadas de vida.^{6,7,8} As áreas anatômicas frequentes envolvidas são: região do corpo, ramo ascendente, ângulo da mandíbula e menos frequentemente, na maxila.^{1,2,9} Segundo Neville et al¹¹, essa região é afetada em apenas 13% dos casos e as lesões extensas podem comprometer o seio maxilar.

É uma lesão comumente encontrada em radiografias de rotina devido à ausência de sintomas, além disso essas lesões não causam expansão da cortical óssea, sendo um aspecto clínico diferencial.^{2,3,9,11} Ao exame radiográfico, apresenta-se como área radiolúcida uni ou multilocular com bordas escleróticas definidas. É de extrema importância,

durante o planejamento cirúrgico, observar os limites da lesão e sua relação com estruturas nobres com auxílio da tomografia computadorizada.^{2,6,5,8} De acordo com as características clínicas e radiográficas o QO pode se assemelhar a outras lesões como cisto residual, cisto dentífero, cisto periodontal lateral, cisto ósseo traumático, cisto odontogênico calcificante, ameloblastoma, lesão central de células gigantes e cisto do ducto nasopalatino.⁸ Logo, é fundamental a realização de biópsia incisional para estabelecer o correto diagnóstico, escolher o melhor tratamento e determinar o prognóstico.¹⁰

Histologicamente, a lesão é caracterizada pela presença de cápsula de tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório uniforme revestido por epitélio com 6 a 8 camadas de células, camada superficial de queratina corrugada ou ondulada e células basais hiper cromáticas e organizadas em paliçada.^{2,7,9,10}

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso de queratocisto em região anterior da maxila e realizar uma revisão dos tratamentos que estão disponíveis para essa lesão.

RELATO DE CASO

Paciente de 46 anos de idade e sexo feminino realizou um exame radiográfico de rotina e foi detectada uma lesão radiolúcida unilocular com limites definidos e bordas escleróticas na maxila esquerda que se estendia do dente 11 ao 24 (figura 1). Apesar da extensão da lesão, um corte

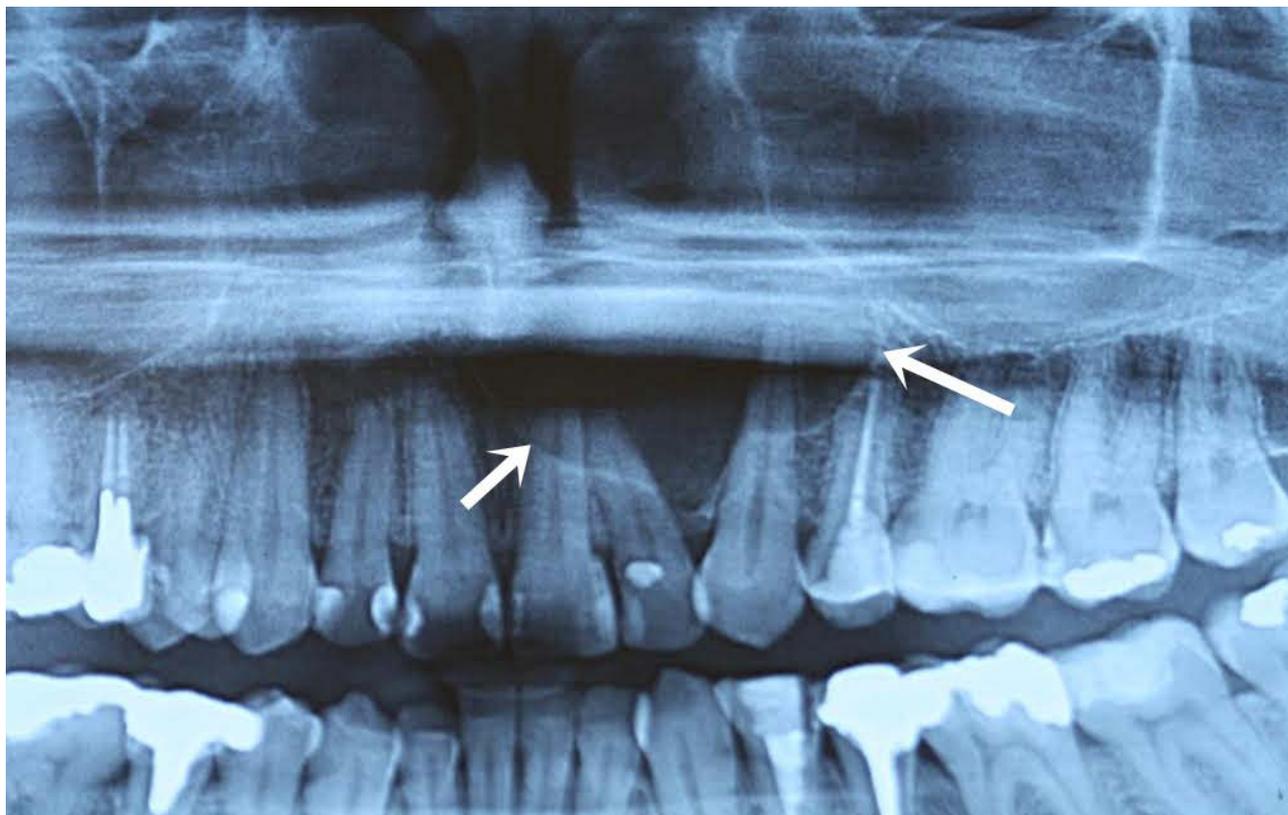


Figura 1: Radiografia panorâmica – Lesão radiolúcida unilocular bem delimitada e com bordas escleróticas na maxila esquerda (setas) que se estendia do dente 11 ao 24.

parassagital do incisivo mostra que não houve comunicação da lesão com a cavidade nasal (figura 2). Ao exame clínico não foi detectado nenhuma anormalidade na textura e coloração da mucosa e sem sinal clínico de expansão de cortical óssea. Inicialmente, o tratamento proposto e realizado foi a descompressão simultaneamente à realização da biópsia incisional da lesão (figura 3). Os aspectos histológicos eram compatíveis com queratocisto e revelaram fragmentos de tecido conjuntivo frouxo fibroso revestido por epitélio escamoso estratificado com queratinização focal (figura 4). Em área focal havia presença de infiltrado inflamatório contendo linfócito, plasmócitos, raros neutrófilos, histiócitos e agregado linfóide nodular. A descompressão foi realizada com um dispositivo de silicone e a paciente orientada a irrigar 3 vezes ao dia, com clorexidina 0,12% e soro fisiológico 0,9%. O dispositivo foi removido após 15 dias da sua instalação e uma fístula foi criada no local permitindo a continuidade da irrigação. A paciente permaneceu com a fístula por 6 meses e então após a regressão da lesão, foi realizado a enucleação com ostectomia periférica. Devido a extensão da lesão e afim de evitar desconforto ao paciente, a enucleação ocorreu em ambiente hospitalar. O retalho de escolha foi do tipo Newmann na maxila esquerda, com descolamento do retalho mucoperiosteal entre os dentes 11 a 25. Após a remoção total da cápsula do cisto, foi realizado contenção semi-rígida nos dentes envolvidos, já que o osso alveolar estava reabsorvido e havia possibilidade de mobilidade. A peça foi encaminhada novamente para análise histopatológica. Após a cirurgia houve necessidade de realizar tratamento endodôntico dos elementos 21, 22 e 23. A paciente encontra-se em acompanhamento há três anos sem recidiva da lesão e apresenta sinais de neoformação óssea (figura 5).



Figura 3: Local de realização da biópsia incisional e instalação dispositivo para a descompressão.

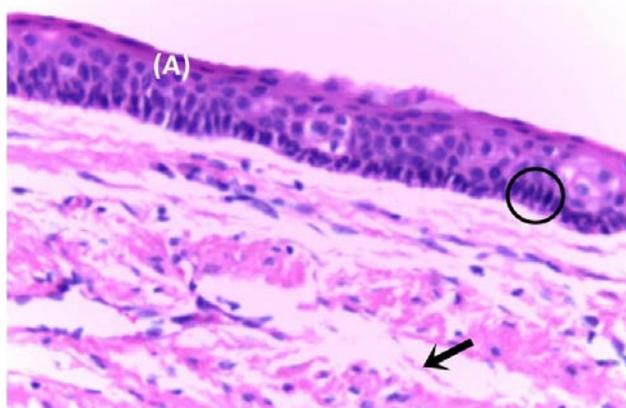


Figura 4: Aspectos histológicos da lesão - Fragmento de tecido conjuntivo frouxo fibroso (seta) revestido por epitélio escamoso estratificado com queratinização focal (A) e com células basais organizadas em paliçada (círculo).

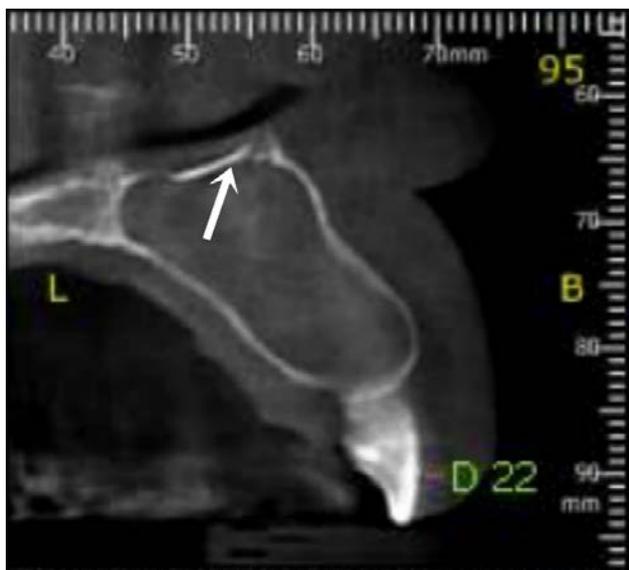


Figura 2: Tomografia computadorizada de feixe cônico da maxila (corte parassagital) - Proximidade da lesão com a cavidade nasal (seta).

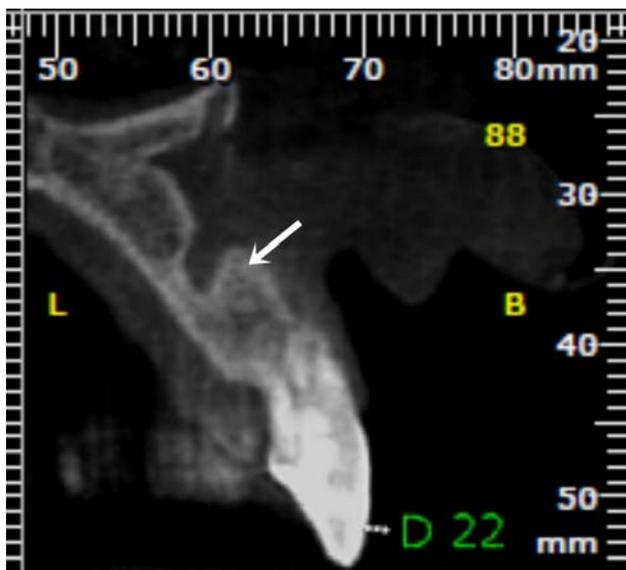


Figura 5: Tomografia computadorizada de feixe cônico da maxila (corte parassagital) - Sinais de neoformação óssea (seta) após 3 anos de descompressão, seguida de enucleação.

DISCUSSÃO

O QO apresenta-se mais agressivo, quando comparado a outras lesões císticas e com maior potencial de recidiva, devido ao elevado número de mitoses.^{4,3,6,7,8} Castro et al² e Guerra et al⁷ atribuíram as altas taxas de recorrência do QO aos remanescentes epiteliais, ou cistos satélites, deixados na cavidade cística após a cirurgia. Quando múltiplas lesões acometem o mesmo paciente, deve-se investigar associação com a síndrome do carcinoma nevóide basocelular (síndrome de Gorlin).^{3,5,9}

A ocorrência do QO em maxila é menor, com relação a mandíbula. August et al¹⁹ realizaram um estudo em 14 pacientes com QO e apenas 4 casos foram encontrados em maxila. Outro estudo realizado por Kolokythas et al¹⁸ 16 casos foram encontrados na mandíbula, e apenas 6 na maxila. Devido o osso cortical da maxila ser fino, pode ser facilmente perfurado pela progressão da lesão e obter acesso a locais de estruturas nobres, como por exemplo seio maxilar e fossa nasal. Além disso, devido a característica do QO de crescer na direção ântero-posterior, a lesão pode tomar grandes proporções e perfurar o espaço pterigopalatino e tornar-se inacessível e irrissecável.^{6,8,9}

No presente momento, não há consenso sobre a melhor modalidade de tratamento. Alguns fatores devem ser considerados, como o tamanho e localização do cisto, idade e saúde sistêmica do paciente. Várias opções cirúrgicas foram consideradas pela literatura, como descompressão, marsupialização, enucleação e ressecção, além de terapia adjuvantes como a solução de Carnoy, a crioterapia, ou a ostectomia periférica.¹ Deve-se optar pela modalidade de tratamento que remova toda a lesão, cause o menor risco possível de recorrência e menor morbidade.⁷

A descompressão e a marsupialização são técnicas muito comuns no tratamento conservador do QO e apresentam elevada taxa de sucesso na literatura. Desenvolvida por Carl Partsch, em 1892, essas duas técnicas possuem em comum a comunicação entre a cavidade do cisto e o meio bucal por intermédio de cirurgia, necessitam de constante irrigação com soro fisiológico. Promovem diferenciação epitelial e redução de IL1-a e a citoqueratina-10, relacionadas com a expansão cística, além de reforçar a cortical óssea.^{1,2,7} Com a neoformação do osso promovida pela descompressão e a marsupialização, estruturas vizinhas e anatômicas da região são protegidas de possíveis danos, como fratura em mandíbula quando é realizado a enucleação isoladamente.^{1,7}

Na descompressão utiliza-se um dispositivo que comunica a cavidade oral com o interior da lesão cística, enquanto na marsupialização é realizada apenas sutura da mucosa cística com a mucosa da cavidade oral. Segundo Rodrigues¹⁶, o dispositivo instalado na técnica de descompressão facilita a higienização da cavidade por parte do paciente, ajudando a evitar a impactação

alimentar e proliferação de micro-organismo na área, o que pode gerar uma infecção secundária indesejada. Entretanto requer um tempo de duração maior do tratamento e há necessidade de segundo tempo cirúrgico para remoção da lesão.¹⁶

A ressecção é um tratamento radical, utilizado em casos de múltiplas recorrências de QO. Entretanto, essa técnica causa um prejuízo na estética e função do paciente, sendo necessário uma reconstrução óssea, o que gera elevado custo no tratamento, aumento da morbidade e no tempo de recuperação.¹⁶ Além de possíveis complicações, como a exposição de placas da fixação interna rígida, deiscência e infecção.¹⁶ Por outro lado, a taxa de recidiva é menor, mas estudos alegam dispensável a utilização dessa técnica, quando um tratamento mais conservador pode ter resultados positivos.¹⁵

A enucleação isolada é questionada devido à alta taxa de recidiva associada a essa técnica. A cápsula do QO é friável e fina, durante a enucleação possui grande chance dos remanescentes epiteliais ou cistos satélites, serem deixados na cavidade da lesão após a cirurgia. A literatura relata baixa taxa de recidiva na realização prévia da descompressão. O mecanismo de modificação do epitélio do cisto nesta técnica, torna a cápsula mais espessa e facilita a enucleação, com intuito de evitar os cistos satélites associados à recidiva.^{2,4,7,16,14} Castro et al², realizaram uma revisão da literatura e os 140 casos tratados apenas com enucleação, 38 (27,2) % recidivaram, em controvérsia, 57 casos tratados com descompressão seguida de enucleação, 9 (15,8%) apresentaram recidiva.

Aciole et al¹⁴, realizaram enucleação isolada em QO na região de mandíbula e após 2 anos e 6 meses foi observado recidiva da lesão. Outro estudo, comparou as taxas de recidiva em diferentes tratamentos cirúrgicos conservadores e relatou menor taxa de recidiva para descompressão seguida de enucleação (11,9%), marsupialização seguida de enucleação (17,8%) e enucleação isolada (20,8%).² Na paciente em questão, foi realizado descompressão seguida de enucleação e o acompanhamento é feito há 3 anos sem sinais de recidiva e já apresenta neoformação óssea. Devido à alta taxa de recidiva, deve-se realizar acompanhamento clínico e radiográfico anualmente nos primeiros 5 anos e pelo menos a cada 2 ou 3 anos subsequentemente.³

CONCLUSÃO

É importante para o cirurgião-dentista conhecer os aspectos clínicos e radiográficos do QO para estabelecer uma hipótese diagnóstica correta e realizar um plano de tratamento eficaz. A descompressão prévia à enucleação tem sido o tratamento de escolha de vários autores, pois causa menor morbidade para o paciente, preserva as estruturas adjacentes e tem sido associada à menores taxas de recidiva. Devido à grande chance de recidiva,

é preciso o acompanhamento clínico e radiográfico anualmente por um período de 10 anos. A paciente está sendo acompanhada há 3 anos e até o momento não apresentou recidiva da lesão e apresenta sinais de neoformação óssea.

REFERÊNCIAS

- Al-Moraissi EA, Pogrel MA, Ellis III 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. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016; 44 (9):1395-403.
- Castro MS, Caixeta CA, de Carli ML, Ribeiro Júnior NV, Miyazawa M, Pereira AAC, et al. Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Invest.* 2018; 22(5): 2089-101.
- Borghesi A, Nardi C, Giannittos C, Tironi A, Maroldi R, Bartolomeo FD, Preda L. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behavior. *Insights Imaging* 2018, 9(5):883-897
- Cunha JF, Gomes CC, de Mesquita RA, Goulart EMA, de Castro WH, Gomez RS. Clinicopathological features associated with the recurrence of odontogenic keratocyst: a cohort retrospective analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016, 121(6): 629-635.
- Chrcanovic BR, Gomez RS. Recurrence probability for keratocystic odontogenic tumors: An analysis of 6,427 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016; 45(2): 244-251
- Moura BS, Cavalcante MA, Hespanhol W. Tumor odontogênico queratocisto. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2016; 43(6): 466-471.
- Guerra LAP, Silva PF, Santos RLO, Silva AMF, Albuquerque, DP. Tratamento conservador de múltiplos tumores odontogênicos/queratocísticos em paciente não síndrômico. *Rev.cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2013; 13(2): 43-50
- Peixoto RF, Menezes DPB, Pereira JSP, Pereira KMA, Costa ALL. Tumor odontogênico ceratocístico: revisão dos achados atuais. *Rev.cir. traumatol. buco-maxilo-fac.,* 2009; 9(3): 21-28
- Oliveira CM, Ribas MO, Forone SG, Barreto E, Lima SAA, Souza MH, et al. Ceratocisto odontogênico na maxila: relato de caso. *Clin. Pesq. Odontol.* 2005; 2(2):139-43
- Tolentino ES, Marques LM, Farah GJ, Gonçalves EAL, Kamei NC. Queratocisto odontogênico em região anterior de maxila. *Rev.cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2007; 7(3): 35 – 40
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.
- Gaikwad R, Kumaraswamy SV, Keerthi R. Decompression and cystectomy of the odontogenic keratocysts of the mandible: a clinical study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2009; 8(1):47– 51
- Garcia CB, Gignon VF, Melo MR, Costa SAA, Costa JMC, Patrocínio LG. Tumor odontogênico queratocístico extenso de mandíbula: enucleação associada à crioterapia. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2011; 14(1):60-2
- Aciole GTS, Santos MAM, Aciole MS, Neto NR, Pinheiro ALB. Tumor odontogênico queratocisto recidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? Relato de caso clínico. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe.* 2010; 10(1):43 – 48
- Abdullah WA. Surgical treatment of keratocystic odontogenic tumour: A review article. *Saudi Dent J.* 2011; 23(2):61–65.
- Rodrigues RM. Avaliação do tipo de tratamento realizado para as lesões ósseas: cistos ósseos simples, lesão central de células gigantes e queratocisto odontogênico: análise retrospectiva (Dissertação). Piracicaba (SP): UNICAMP/FOP; 2011.
- Tolentino ES. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou. *RFO.* 2018; 23(1):119-123
- Kolokythas A, Fernandes RP, Ord RA. Odontogenic Keratocyst: To Decompress or Not to Decompress? A Comparative Study of Decompression and Enucleation Versus Resection/Peripheral Ostectomy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65(4):640-4.
- August M, Faquin WC, Troulis MJ, Kaban, LB. Dedifferentiation of odontogenic keratocyst epithelium after cyst decompression. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61(6):678-83.