

CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM REGIÃO DE CORPO MANDIBULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

ODONTOGENIC KERATOCYTE IN MANDIBULAR BODY REGION: CLINICAL
CASE REPORT

Renan Cabral Farah Paixão

Aluno de graduação do curso de Odontologia da Universidade Iguazu – UNIG.

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Professor da Disciplina de Cirurgia Bucal da Universidade Federal Fluminense – UFF e Professor das disciplinas de Cirurgia Bucal, Semiologia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu - UNIG.

Paulo César Ribeiro

Coordenador da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu (UNIG).

Paula Avelar

Professora das disciplinas de Cirurgia Bucal e Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu - UNIG.

Marcelo José Uzeda

Professor da Disciplina de Cirurgia Bucal da Universidade Federal Fluminense – UFF e Professor das disciplinas de Cirurgia Bucal, Semiologia e Anatomia da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu - UNIG.

Suelen Cristina Sartoretto

Professora das disciplinas de Cirurgia Bucal, Semiologia e Anatomia da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu - UNIG.

Instituição: Universidade Iguazu - UNIG

Categoria: Relato de Caso

Informações do autor principal: Renan Cabral Farah Paixão, Travessa Maria Lima

Nº. 46, Caonze, CEP 26250-360, Nova Iguazu-RJ. renancabralfp@gmail.com

RESUMO

O ceratocisto odontogênico consiste em uma patologia benigna atualmente classificada pela OMS como cisto odontogênico de desenvolvimento. Acredita-se que se desenvolve a partir de restos celulares da lâmina dentária acometendo, principalmente a região posterior de mandíbula. Seu aspecto agressivo e seu potencial de recidiva conferem a esse cisto a necessidade de tratamento adjacente das suas margens, além da enucleação. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de ceratocisto odontogênico em região de corpo mandibular de um paciente, sexo masculino de 45 anos. O tratamento cirúrgico estabelecido foi de enucleação da lesão e curetagem associada a ostectomia periférica das margens e o acompanhamento pós-operatório de seis meses não apresentou recidiva da lesão. O paciente foi orientando quanto a necessidade de acompanhamento radiográfico. A enucleação seguida de tratamento complementar do osso adjacente é um dos tratamentos indicados para lesões císticas recidivantes e se mostrou eficiente no caso relatado.

Palavras-chave: Patologia bucal; Ceratocisto odontogênico; enucleação

ABSTRACT

Odontogenic keratocyst is a benign pathology currently classified by the WHO as a developmental odontogenic cyst. It is believed that it develops from dental lamina cell debris, affecting mainly the posterior mandible region. Its aggressive aspect and its recurrence potential give this cyst the need for adjacent treatment of its margins, besides enucleation. This paper aims to report a case of odontogenic keratocyst in the mandibular body region of a 45-year-old male patient. The surgical treatment established was lesion enucleation and curettage associated with peripheral osteotomy of the margins and the postoperative follow-up of six months showed no recurrence of

the lesion. The patient was advised about the need for radiographic follow-up. Enucleation followed by complementary treatment of adjacent bone is one of the indicated treatments for relapsing cystic lesions and proved to be efficient in the reported case.

Key Words: Odontogenic keratocyst; jaw

INTRODUÇÃO

O ceratocisto odontogênico é uma patologia que requer considerações especiais visto seu aspecto agressivo e seu potencial de recidiva. Consiste em uma patologia benigna atualmente classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como cisto odontogênico de desenvolvimento. Em 2005 a OMS denominou essa patologia como tumor odontogênico pois apresentava características de crescimento agressivo, altos índices de recidiva e mutações no gene PTCH. Porém em 2017 o ceratocisto assumiu novamente o *status* de cisto odontogênico, pois foi acordado que as neoplasias seriam definidas pelo seu fenótipo, já que os tumores não regredem quando o estímulo que os produziu é eliminado, não se adequando ao ceratocisto (TOLENTINO, E.S.,2018).

Acredita-se que o ceratocisto se desenvolva a partir de restos celulares lâmina dentária acometendo, principalmente, a região de mandíbula posterior. Essa patologia apresenta uma predileção pelo gênero masculino e abrange uma faixa etária entre 10 e 40 anos e seu diagnóstico deve ser realizado através do exame histopatológico. Eles tendem a crescer em uma direção anteroposterior seguindo a cavidade da medula óssea sem causar expansão cortical, sendo uma característica importante no diagnóstico diferencial clínico e radiográfico, acometendo predominantemente a mandíbula (NEVILLE B.W.,2016). Seu aspecto agressivo e seu potencial de recidiva conferem a esse cisto a necessidade de tratamento adjacente das margens ósseas, além da enucleação.

Essa lesão é caracterizada pela presença de uma cápsula fibrosa, com revestimento de epitélio pavimentoso estratificado queratinizado corrugado. No seu interior há presença de líquido com cor de palha, ou de material caseoso, sendo esse material restos de queratina, cristais de colesterol, e corpos hialinos. As células epiteliais do ceratocisto apresentam uma elevada capacidade proliferativa quando comparada a outros cistos, sendo a presença de microcistos no interior da cápsula, a possível causa das taxas de recidivas (NOGUEIRA H.S.H., 2015).

Geralmente os ceratocistos são assintomáticos, com um aspecto radiográfico apresentando margens bem definidas e radiolúcidas no seu interior, além disso, apresentam-se, em sua grande maioria, de forma unilocular, mas pode se apresentar de forma multilocular. Quando infectados podem exibir limites menos definidos e exibir uma calcificação distrófica na luz da lesão. Em raros casos pode causar deslocamento de elementos dentários inclusos, erupcionados e até mesmo reabsorção radicular. A fim de

evitar recidivas, o tratamento do osso adjacente após a enucleação ou ressecção da lesão é fortemente recomendado, para isso, técnicas como ostectomia periférica, crioterapia, ou cauterização química (solução de Carnoy) podem ser utilizadas (CRUZ, M.K., 2015).

Baseado no contexto exposto, o objetivo desse trabalho é relatar e discutir um caso de ceratocisto odontogênico localizado em região de pré-molares inferiores.

Considerações éticas

Os procedimentos empregados neste trabalho seguiram os padrões éticos propostos pela Declaração de Helsinque de 1975, revisada em 2000. O paciente foi tratado na Clínica de Cirurgia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Iguazu (UNIG) com os termos, de consentimento livre e esclarecido e de uso de imagens e dados para publicação científica, assinados.

O estudo foi escrito seguindo as Diretrizes do Relatório de Caso Clínico (CARE, www.care-statement.org).

RELATO DO CASO

Paciente A.P.F., sexo masculino, 45 anos, procurou a clínica de estágio supervisionado em cirurgia buco-maxilo-faciais da Universidade Iguazu (UNIG), queixando-se de desconforto e aumento de volume em região de corpo mandibular do lado esquerdo (Figura 1A). Ao exame radiográfico foi observada lesão radiolúcida, unilocular, com halo radiopaco em íntimo contato e estendendo-se à distal da raiz do elemento 34 (Figura 1B). Para elucidação diagnóstica foram realizadas a punção aspirativa da lesão, que apresentou conteúdo ceratinizado (Figura 1C), seguida de biópsia incisiva. Após o resultado histopatológico de ceratocisto odontogênico, a enucleação foi realizada seguida por uma ostectomia periférica (Figura 1D; 2A; 2B). O laudo histopatológico foi conclusivo de Ceratocisto odontogênico. O acompanhamento pós-operatório de seis meses não apresentou recidiva da lesão (Figura 2D). O paciente foi orientado quanto a necessidade de acompanhamento radiográfico periódico.

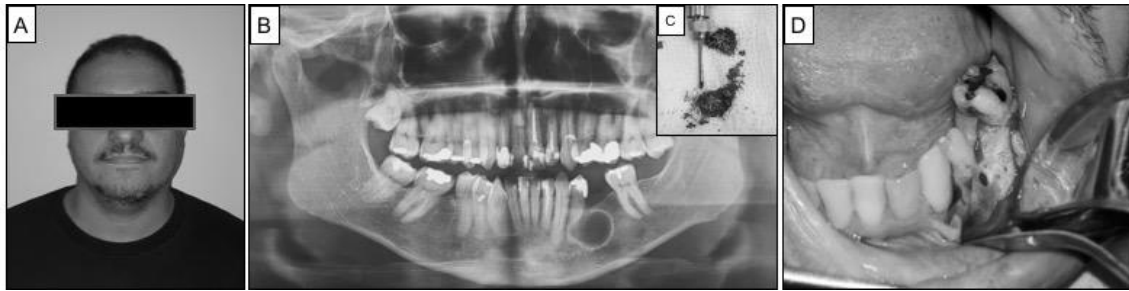


Figura 1. (A) Foto extraoral; (B) Aspecto radiográfico da lesão cística; (C) Conteúdo ceratinizado da punção aspirativa; (D) Acesso cirúrgico para exposição da lesão e tratamento ósseo adjacente.

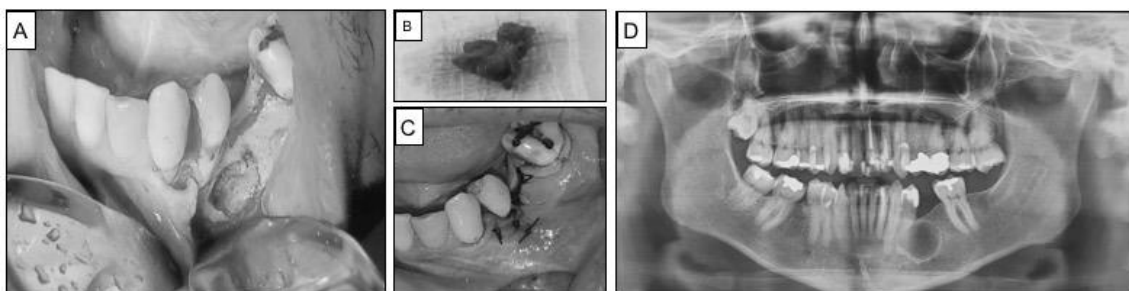


Figura 2. (A) Loja óssea após a enucleação da lesão e ostectomia periférica com broca cirúrgica esférica; (B) Peça cirúrgica enucleada; (C) Aspecto da sutura; (D) Aspecto radiográfico 6 meses após o procedimento cirúrgico. Observar a regressão da radiolucidez da loja óssea.

DISCUSSÃO

O diagnóstico e a classificação de lesões dos ossos gnáticos dependem da avaliação clínica e exame histopatológico adequados, uma vez que o ceratocisto odontogênico, patologia apresentada nesse trabalho, apresenta diagnósticos diferenciais com uma série de lesões císticas e tumores odontogênicos como, ameloblastoma, granuloma central de células gigantes, cisto dentífero, tumor odontogênico adenomatoide, fibroma ameloblástico, cisto ósseo traumático e cisto periodontal lateral, dentre outras. Devido a essa quantidade notável de patologias, o conhecimento das suas características clínicas, radiográficas e histopatológicas promovem a precisão do diagnóstico para o mais adequado tratamento (MOURA B.S., 2016).

Em sua fase inicial o ceratocisto odontogênico é assintomático, mas em fase avançada pode gerar sintomas como: dor, parestesia, tumefação, mau posicionamento

dentário, drenagem de conteúdo e trismo. Quanto mais precoce o diagnóstico for estabelecido, menor será a agressividade do tratamento e devido ao seu caráter recidivante, o acompanhamento clínico e radiográfico se faz necessário por, no mínimo 7 anos (REZENDE, F.C.B. E DIAS, M.A.,2016).

Além da enucleação da lesão - técnica adotada para regiões onde não há envolvimento de estruturas anatômicas nobres ou que não comprometem a estrutura e resistência do osso que a aloja - técnicas de tratamento do osso adjacente devem ser adotadas. Das diferentes formas de tratamento descritas na literatura, a enucleação seguida de ostectomia periférica é uma das mais adotadas, sendo a enucleação definida como na remoção da lesão de forma total, através de uma incisão cirúrgica. Essa técnica é utilizada em lesões pequenas, fazendo a remoção da cápsula cística, para diminuir as chances de recidivas. Junto com esse tratamento é utilizada a ostectomia periférica, que se define como desgaste da loja óssea, com o objetivo de remover cerca de 1,5 a 2 mm de osso exposto da lesão cística (NOGUEIRA, H.S.H., 2015). Essa conduta foi adotada no presente trabalho e foi considerada de simples execução e com resultados satisfatórios.

CONCLUSÃO

A enucleação seguida de tratamento complementar do osso adjacente é um dos tratamentos indicados para lesões císticas recidivantes como o ceratocisto odontogênico e se mostrou eficiente no caso relatado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toletino ES. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou?. RFO, passo fundo, V.23, n.1, p.119-123, Jan/abr.2018.
2. Nogueira HSH, Costa JV, Neris CWD., Nogueira TH., Neris CKD. Tumor odontogênico queratocisto: revisão de literatura. Revista UNINGÁ review. Vol.24, n.2, p-67-71, Out/Dez. 2015.
3. Moura BS, Cavalcante MA, Hespanhol W. Turmor odontogênico ceratocístico.Rev.Col.Bras.Cir.2016; 43(6) 466-471.

4. Santos ILL, Barbosa IS, Araújo MAV, Araújo MD, Jardim JF. Abordagens terapêuticas para o tumor odontogênico ceratocístico. Jornada odontológica dos acadêmicos da católica. Joac, v.2, n.2,2016.
5. Cruz, MK e Thomaz, LA. Avaliação da prevalência, características demográficas e aspectos radiográficos do tumor ontogênico queratocisto. Ver.Bras.Cir. Cabeça e pescoço, v.44, n.3, p 119-123, Jul/Set. 2015
6. Rodrigues NAS, Oliveira EC, Macas LEV, Ferreira Filho JL. Ceratocisto- relato de caso. Jornada odontológica dos acadêmicos da católica. v. 3, n. 1.2017.
7. Rezende FCB e Dias MA. Tumor odontogênico queratocisto: relato de caso. Revista eletrônica acervo saúde. 2016. v.8 (4), 938-941.
8. Neville, Brad W. et al. Patologia oral e maxilofacial.4. ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda, 2016.cap.15, p.636-639.