



Relato de caso

TRATAMENTO DE QUERATOCISTO: RELATO DE CASO

Keratocyst treatment: case report.

Ana Beatriz Teodoro dos ANJOS¹, Ana Clara Medeiros PIREZ¹, Marcyele Natane da Silva MORAIS¹, Brunno Santos de Freitas SILVA², Satiro WATANABE³, Wilson José MARIANO JÚNIOR³, Mário Serra FERREIRA³

¹Acadêmicos de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

²Doutor, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

³Mestre, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 23 Out 2019

Aceito em: 19 Dez 2019

Autor para contato:

Mário Serra Ferreira, Avenida 09, Quadra 09, Lote 10, Bairro Jardim Mirage. Anápolis, Brasil.

E-mail: dr.mario.ctbmf@gmail.com

RESUMO

Cistos são cavidades patológicas envolvidas internamente por epitélio que possui um material fluido ou semifluido no interior, sendo constituídos de revestimento epitelial, parede e lúmen. O queratocisto corresponde a aproximadamente 11% de todos os cistos maxilares, possuindo comportamento agressivo e altos índices de recidiva. Apresenta como etiologia os restos epiteliais da lâmina dental. A análise criteriosa da história da doença e exames imaginológicos, aliados ao exame histológico são de suma importância para o correto diagnóstico. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de uma paciente do sexo feminino, 52 anos, a qual apresentou queratocisto de grandes proporções em corpo de mandíbula do lado direito. A primeira intervenção aconteceu em maio de 2018, sendo realizados, ao total, três procedimentos cirúrgicos. Como tratamento, foram efetuadas duas descompressões da cavidade cística, seguido de enucleação, enviando os espécimes para exame anatomopatológico, o qual confirmou a hipótese diagnóstica. Atualmente a paciente está em preservação de seis em seis meses no primeiro ano e, posteriormente, anual durante cinco anos. Após este período, a paciente receberá alta do serviço com recomendações.

PALAVRAS-CHAVE

Cistos Odontogênicos; Biópsia; Recidiva.

INTRODUÇÃO

O queratocisto é um cisto oriundo dos restos epiteliais da lâmina dental¹, que possui epitélio odontogênico com estroma maduro e ausência de ectomesenquima.² Devido a capacidade agressiva e índices de recidiva em até 60%, é de suma importância o correto tratamento e preservação criteriosa.^{3,4}

O crescimento do queratocisto é idiopático, diferentemente de outros cistos, como o Dentígero e Radicular que crescem devido a pressão osmótica. Acometem em 60% dos casos indivíduos entre 10 e 40 anos, tendo preferência pela mandíbula em 60 a 80%, principalmente corpo e ramo, associado ou não a sintomatologia dolorosa. A predominância é maior em pacientes do sexo masculino.¹

Radiograficamente, apresenta-se uni ou multilocular⁵, possuindo margens escleróticas normalmente bem definidas, sem ocasionar expansão nítida das corticais ósseas.¹

Em relação a modalidade de tratamento, a literatura não apresenta um consenso a respeito da técnica mais ideal e eficaz, variando desde uma curetagem simples, marsupialização, enucleação, criocirurgia a cirurgia radical, através da ressecção.^{2,6}

A marsupialização associada a instalação de dispositivo é a técnica conservadora mais preconizada. Em 1976, Tucker descreveu pela primeira vez a descompressão seguida de enucleação como uma opção de tratamento em casos de queratocisto.⁶

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de uma paciente do sexo feminino, de 52 anos, a qual apresentou queratocisto de grandes proporções em

corpo de mandíbula do lado direito, que fora submetida a associação de técnicas de descompressão e enucleação para resolução do quadro clínico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, de 52 anos, leucoderma, saudável, compareceu a Clínica de Diagnóstico do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA queixando-se de um “cisto no dente”. Na história da doença atual, relatou perceber a lesão há aproximadamente um mês durante uma panorâmica como exame de rotina. Na história odontológica relatou que há 15 anos fora diagnosticada com um provável cisto dentífero na região (Figura 1), sendo realizada a remoção do dente em questão em outro serviço, sem a realização de exame anatomopatológico. Não informou histórico prévio de queratocisto, nem histórico familiar da doença.



Figura 1 - Radiografia inicial realizada em 2004.

Ao exame extrabucal não foi encontrado nada digno de nota. À oroscopia não foram observadas tumefações que indicassem expansões de corticais, bem como achados similares. Para avaliação óssea, solicitou-se radiografia panorâmica dos maxilares, que apresentou uma lesão radiolúcida multilocular em região de corpo da mandíbula do lado direito, com margens escleróticas, de crescimento anteroposterior e tamanho aproximado de 5 cm.

Diante da anamnese e achados clínicos e imaginológicos, formulou-se como hipótese de diagnóstico e diagnóstico diferencial o queratocisto e ameloblastoma, respectivamente. Assim, optou-se pela realização de biópsia incisional e instalação de dispositivo para descompressão da cavidade cística.

O procedimento cirúrgico foi realizado em ambiente ambulatorial e sob anestesia local. Para tal, anestesiou-se os nervos alveolar inferior, lingual e bucal pela técnica da FOA com cloridrato de lidocaína a 2% associada a epinefrina 1:100.000. Um retalho triangular foi confeccionado por meio de uma incisão sulcular e incisão relaxante na região do dente 43. Criou-se, então, a loja óssea com broca esférica em alta rotação e posterior remoção parcial da cápsula cística, seguida da instalação de dispositivo para descompressão. A peça polipoide medindo 5,0x3,0x2,0cm, foi colocada em um frasco contendo formol a 10% e encaminhado para análise histopatológica.

Realizou-se a prescrição de Lisador® na posologia de 500mg + 10mg + 5mg de 6/6 horas durante três dias, associado a 4mg de dexametasona de 12/12hs, com o objetivo de promover a

analgesia e controlar o edema. Recomendou-se que a paciente realizasse no pós-operatório irrigações com digluconato de clorexidina 0,12% de 12/12hs diariamente, durante os três meses de permanência do dispositivo.

Observou-se ao exame histopatológico, um revestimento específico de epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado com presença de células basais em paliçada, cordões e ilhas de epitélio odontogênico, com ausência de infiltrado inflamatório crônico e cistos satélites na cápsula, confirmando a hipótese de diagnóstico. A entrega do resultado anatomopatológico ocorreu duas semanas após o procedimento cirúrgico.

No retorno de quatro meses foi solicitada nova radiografia panorâmica que demonstrou evolução satisfatória e regeneração óssea em progressão (Figura 2). Um mês após o retorno, a paciente relatou perda do dispositivo e observou-se permanência de loja cística persistente. Assim, a paciente foi submetida a novo procedimento cirúrgico para instalação de dispositivo com captura de material para biópsia. O progresso do quadro e a regeneração óssea aconteceram de maneira satisfatória, porém houve a necessidade de nova reintervenção devido a perda do dispositivo e permanência de loja cística persistente (Figura 3). Após seis meses de acompanhamento, realizou-se uma tomografia computadorizada de feixe cônico para controle. O exame demonstrou a presença de uma imagem hipodensa revestida por um halo hiperdenso, apresentando proximidade com o nervo alveolar inferior (Figura 4).



Figura 2 - Radiografia panorâmica após primeira descompressão observando radiolucidez em corpo de mandíbula direito.



Figura 3 - Radiografia panorâmica após segunda descompressão observando radiolucidez em corpo de mandíbula direito.

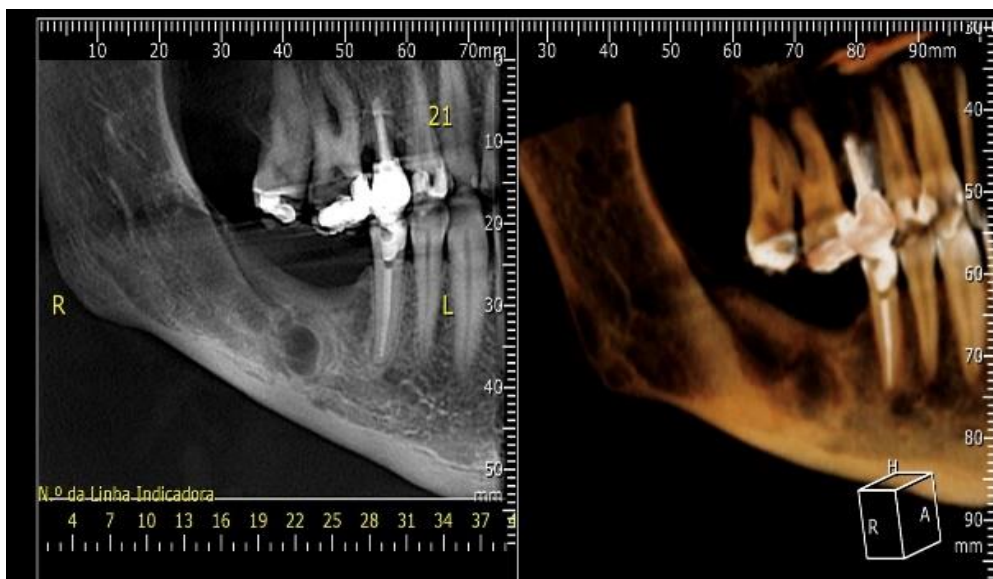


Figura 4 - Tomografia computadorizada após terceira descompressão demonstrando íntimo contato com o nervo alveolar inferior.

Com a diminuição do tamanho da lesão, sucedeu-se com sua enucleação e envio do espécime para análise anatomopatológica (Figura 5). No pós-

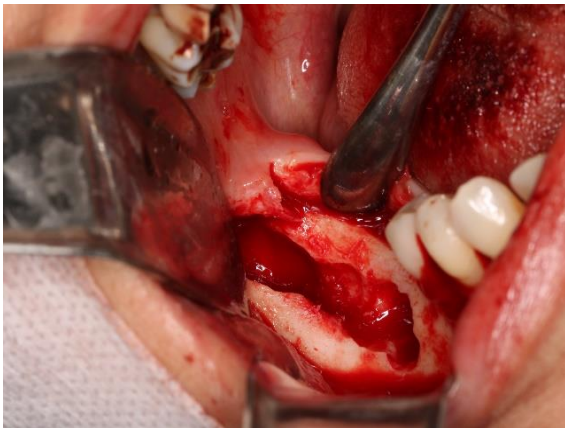


Figura 5. Trans-cirúrgico – enucleação do queratocisto.

operatório de uma semana, os tecidos encontravam-se dentro da normalidade cicatricial. A paciente evoluiu com hipostesia na região mental, regredindo espontaneamente dentro de uma semana.

A radiografia de controle após seis meses apresentou regeneração óssea e resolução do quadro (Figura 6). O acompanhamento será de em seis meses no primeiro ano, tornando-se anual durante cinco anos. Após a proervação de cinco anos, a paciente receberá alta do serviço com recomendações.

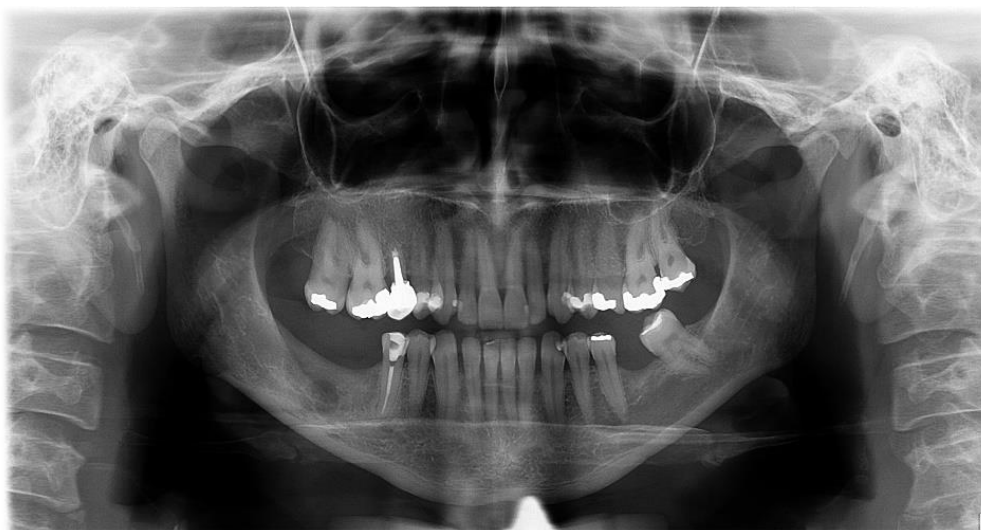


Figura 6 - Radiografia de controle após seis meses de enucleação.

DISCUSSÃO

O queratocisto odontogênico é um cisto agressivo, associado a alta recorrência. Um tratamento apropriado ainda não é consensual na literatura. Enucleação e procedimentos periféricos adjuntos podem ser considerados ótimos para a maioria dos casos.⁵ Segundo Manzoor, Ahmed, Umair e Ali Bukkari (2015)⁵, o local mais acometido por essa lesão é parte posterior da mandíbula (73%), como no presente caso. Apesar do queratocisto odontogênico

acometer mais pacientes do sexo masculino (56%), a paciente em questão é do sexo feminino. Em relação a idade seu predomínio é entre a terceira e quarta década de vida⁵, primeira e quarta década de vida.¹ No entanto a paciente tem 52 anos de idade.

De acordo com Neville (2017)¹ o queratocisto odontogênico tende a crescer em uma direção ântero-posterior com ausência de expansão óssea evidente. Sendo tal característica conveniente para diagnóstico diferencial dos cistos dentígeros

e radiculares com tamanho compatível que comumente tem associação à expansão óssea. Essa informação condiz com a característica clínica do presente caso, o qual não possui expansão das corticais ósseas.

Segundo alguns autores, o queratocisto odontogênico está relacionado com algumas síndromes como, Síndrome do Carcinoma Nevoide Basocelular, Síndrome de Gorlin-Goltz ou da Costela Bífida.⁷ Para o diagnóstico dessa síndrome além da presença de ceratocistos odontogênicos, são observados carcinomas basocelulares múltiplos, cistos epidermoides da pele, pequenas depressões palmoplantares, circunferência craniana aumentada, anomalias nas costelas, hipertelorismo ocular leve e espinha bífida oculta das vértebras cervicais ou torácicas, sendo essas as principais características, que acometem 50% ou mais dos casos.¹

Em relação as características radiográficas, esse tipo de lesão pode apresentar-se com aspectos unilocular ou multilocular, devido ao seu tamanho. Dessa forma, a maioria apresenta imagem radiolúcida unilocular bem definida associada a coroa de um elemento dental.⁸ Porém, no caso em questão, não havia associação com a coroa de um elemento dental, visto que a paciente compareceu a Clínica de Diagnóstico do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA com a ausência do elemento dentário na região, tendo sido realizado a exodontia sem execução de exame anatomopatológico da lesão associada. O não envio da lesão para análise histopatológica é uma grave transgressão. O diagnóstico final somente

será estabelecido após o exame histopatológica, o qual é imprescindível para o fechamento do caso e alcance de respostas conclusivas. A análise histopatológica é essencial, estando acima de quaisquer achados clínicos e imaginológicos.⁹

Como conduta de tratamento optou-se pela descompressão com posterior enucleação, preservando estrutura óssea, tendo como resultado um expressivo reparo ósseo. O deslocamento do dispositivo de descompressão devido a perda do material de síntese gerou a necessidade de novo procedimento cirúrgico.

Corroborado com a conduta adotada em nosso caso, Mirza, Aslam e Shah (2017)¹⁰, afirmaram que tratamentos agressivos envolvendo enucleação tem como resultado uma estrutura óssea extremamente fragilizada e ressecções necessitam de uma posterior reconstrução, sendo a descompressão associada a enucleação um método efetivo de tratamento em casos de grandes lesões. Neville (2017)¹ menciona o tratamento descompressivo tem como resultado o espessamento do revestimento cístico, possibilita uma remoção mais simples, com uma taxa de recidiva aparentemente mais baixa.

Em contrapartida Manzoor, Ahmed, Umair e Ali Bukkari (2015)⁵ alegaram em seus resultados que casos de recidiva ocorreram principalmente naqueles tratados conservadoramente, em comparação com modalidades de tratamento agressivo como enucleação associada a cauterização ou ostectomia periférica, sendo a enucleação combinada com procedimentos periféricos considerados excelentes para maioria dos

casos. Do mesmo modo, Kaczmarzyk, Mojsa e Stypulkowsha (2012)¹¹ sugeriu que a enucleação associada a ostectomia periférica e a posterior aplicação da solução de Carnoy não apresentou casos de recidiva. Estas informações tornam-se importantes para justificar o acompanhamento criterioso e de longo prazo do caso apresentado.

No caso apresentado a descompressão da lesão foi a conduta de escolha por promover menores taxas de morbidade e preservar estruturas relevantes, como o nervo alveolar inferior que se apresentava próximo da lesão. A ressecção, apesar de apresentar baixos índices de recidiva, resulta em estruturas ósseas frágeis e com possíveis danos a estruturas importantes, conseqüentemente não foi a terapêutica de escolha¹⁰.

De acordo com Hadziabdic et al. (2019) a marsupialização seguida por enucleação possui menor taxa de recorrência em comparação outros métodos conservadores, sendo a enucleação da lesão associada à acompanhamento a melhor terapia de escolha, no entanto em casos de recorrência, a enucleação em combinação com a solução de Carnoy é um tratamento a ser considerado.¹² Para Manzoor, Ahmed, Umair e Ali Bukkari⁵ (2015), a solução de Carnoy é uma mistura de álcool absoluto, ácido acético glacial, clorofórmio e cloreto férrico, que causa cauterização química do osso periférico e tecidos moles, sendo sua profundidade de penetração relacionada ao tempo de

aplicação. Diante do exposto, tal solução, não foi uma alternativa viável para osso caso, devido a proximidade da lesão cística com o nervo alveolar inferior, que poderia causar injúria neural.

Em alternativa Kaczmarzyk, Mojsa e Stypulkowsha (2012)¹¹ afirmam que apesar da literatura estar repleta de artigos que abordam a relação entre a taxa de recorrência dos queratocistos e o tratamento, a credibilidade dos mesmos é discutível devido a falhas metodológicas, portando concluíram na respectiva revisão de literatura que a escolha terapêutica para o queratocisto odontogênico ainda é questionável.

A grande importância na exposição deste caso é a possibilidade de demonstrar a importância de associações de condutas cirúrgicas para a resolução satisfatória do caso. A possibilidade de um tratamento mais agressivo que resultaria em deformidade e possível ressecção foi descartada, optando-se pelo tratamento mais conservador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descompressão apresentou-se como uma etapa inicial e de suma importância para a diminuição do volume da lesão. Aliada a posterior enucleação, a escolha da terapêutica demonstrou ser o tratamento menos agressivo e com resultados satisfatórios.

ABSTRACT

Cysts are pathological cavities internally surrounded by epithelium which has a fluid or semifluid material inside, consisting of epithelial lining, wall and lumen. Keratocyst corresponds to approximately 11% of all maxillary cysts, with aggressive behavior and high recurrence rates. Its etiology is the epithelial remains of the dental lamina. Careful analysis of the history of the disease and imaging tests, together with the histological examination are of paramount importance for the correct diagnosis. This paper aims to report a case of a 52-year-old female patient who presented large keratocyst in the right jaw body. The first

intervention took place in May 2018, and a total of three surgical procedures were performed. As treatment, two cystic cavity decompressions were performed, followed by enucleation, sending the specimens for anatomopathological examination, which confirmed the diagnostic hypothesis. Currently the patient is in preservation every six months in the first year and thereafter annually for five years. After this period, the patient will be discharged from the service with recommendations.

KEYWORDS

Odontogenic Cysts; Biopsy; Recurrence.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
2. Oh JS, You JS, Kim SG. Clinical and histomorphometric evaluation of decompression followed by enucleation in the treatment of odontogenic keratocyst. *Journal of Dental Sciences*. 2018, 13(4), 329-333.
3. Crane H, Da Forno P, Kyriakidou E, Speight PM, Hunter KD. Multiple Orthokeratinized Odontogenic Cysts: A Report of Two Cases and Review of the Literature. *Head and neck pathology*. 2019, 1-5.
4. Varoli, FP, Costa E, Buscatti MY, de Oliveira JX, Costa C. Tumor odontogênico queratocístico: características intrínsecas e elucidação da nova nomenclatura do queratocisto odontogênico. *J Health Sci Inst*. 2010; 28(1), 80-3.
5. Manzoor A, Ahmed W, Umair M, Ali Bukhari G, Niaz M. Assesment of recurrence of odontogenic keratocysts treated with different surgical modalities — nine years follow up of disease. *Pak Oral Dental J*. 2015;35(3):407-411.
6. Sigua-Rodríguez EA, Goulart DR, Sverzut A, Asprino L, de Moraes M. Is Surgical Treatment Based on a 1-Step or 2-Step Protocol Effective in Managing the Odontogenic Keratocyst?. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2019.
7. Aciole GTDS, Santos MAM, Aciole JMDS, Ribeiro Neto N, Pinheiro ALB. Tumor odontogênico queratocisto recidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? relato de caso clínico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2010; 10(1), 43-48.
8. Lopes MWF, De Souza GFM, Carvalho EJA, Gondola AO. Aspectos clínico-morfológicos do queratocisto odontogênico: relato de caso. *Odontologia Clín. Científ*. 2004; 3(1): 61-66.
9. Batista MM, Fabris AL, Simonato LE, Sartori EM (2018). A importância do exame anatomopatológico para diagnóstico de patologias bucais. *Archives of health investigation*. 2018; 7.
10. Mirza AI, Aslam A, Shah A. Decompression of keratocystic odontogenic tumours: an effective treatment strategy based on clinical evidence. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017;46(1):246.
11. Kaczmarzyk T, Mojsa I, Stypulkowska J. A systematic review of the recurrence rate for keratocystic odontogenic tumour in relation to treatment modalities. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012;41(6):756-767.
12. Hadziabdic N, et al. Nonsyndromic Examples of Odontogenic

Keratocysts: Presentation of Interesting Cases with a Literature Review. Case Rep Dent. 2019; 2019:1-12.

13. Riley DS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* 2017, 89 (2017): 218-235