

Queratocisto odontogênico agressivo: relato de caso

Agressive odontogenic keratocyst: clinical case
Queratoquiste odontogênico agresivo: reporte de caso

Maylson Alves Nogueira **BARROS**¹

Vitor Bruno **TESLENCO**¹

Diogo Henrique Rodrigues **MARQUES**¹

Herbert de Abreu **CAVALCANTI**²

Guilherme Nucci **REIS**³

Everton Floriano **PANCINI**⁴

¹Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Associação Beneficente do Hospital Santa Casa de Campo Grande
79002-251 Campo Grande - MS, Brasil

²Coordenador do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Associação Beneficente do Hospital Santa Casa de Campo Grande
79002-251 Campo Grande - MS, Brasil

³Preceptor do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Associação Beneficente do Hospital Santa Casa de Campo Grande
79002-251 Campo Grande - MS, Brasil

⁴Chefe do Serviço e Preceptor do Programa de Residência Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Associação Beneficente do Hospital Santa Casa de Campo Grande
79002-251 Campo Grande - MS, Brasil

Resumo

Introdução: O queratocisto odontogênico compreende uma lesão cística benigna, de origem dos restos da lamina dentaria ou células epiteliais adjacentes, com altas taxas de recorrência, crescimento rápido no sentido antero-posterior no interior do tecido ósseo medular. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo descrever relato de caso de um queratocisto atípico. **Relato de Caso:** Paciente leucoderma, 17 anos, encaminhando ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial devido queixa de aumento de volume, dor, dormência do lábio inferior, mobilidade dentaria. Foi solicitado exame de imagem, uma tomografia de face, onde se evidenciou uma imagem hipodensa, osteolítica, envolvendo região mandibular. O paciente foi diagnosticado com queratocisto odontogênico, sendo submetido a tratamento conservador da lesão. **Conclusão:** O tratamento escolhido foi individualizado e escolhido conforme o embasamento teórico encontrado, levando em consideração todas as complicações. O tratamento proposto foi efetivo até atual momento, e o paciente permanece em acompanhamento clínico e radiográfico, entretanto não indica cura da doença.

Descritores: Cistos Ósseos; Patologia Bucal; Mandíbula.

Abstract

Introduction: The odontogenic keratocyst comprises a benign cystic lesion originating from the remains of the dental lamina or adjacent epithelial cells, with high recurrence rates, rapid anteroposterior growth within the medullary bone tissue. **Objective:** This paper aims to describe a case report of an atypical keratocyst. **Case Report:** A 17-year-old leukoderm patient referred to the Buccomaxillofacial Surgery and Traumatology department due to a complaint of swelling, pain, lower lip numbness, tooth mobility. Imaging exam was requested, a face tomography, which showed a hypodense, osteolytic image, involving the mandibular region. The patient was diagnosed with odontogenic keratocyst and underwent conservative treatment of the lesion. **Conclusion:** The chosen treatment was individualized and chosen according to the theoretical basis found, considering all complications. The proposed treatment has been effective to date, and the patient remains under clinical and radiographic follow-up, however does not indicate cure of the disease.

Descriptors: Bone Cysts; Pathology Oral; Mandible.

Resumen

Introducción: El queratoquiste odontogênico comprende una lesión quística benigna que se origina en los restos de la lámina dental o las células epiteliales adyacentes, con altas tasas de recurrencia, rápido crecimiento anteroposterior dentro del tejido óseo medular. **Objetivo:** Este artículo tiene como objetivo describir un informe de caso de un queratoquiste atípico. **Informe del caso:** un paciente con leucoderma de 17 años remitido al departamento de Traumatología y Cirugía Buccomaxilofacial debido a una queja de hinchazón, dolor, entumecimiento del labio inferior, movilidad dental. Se solicitó un examen de imagen, una tomografía facial, que mostró una imagen hipodensa y osteolítica, que involucra la región mandibular. El paciente fue diagnosticado con queratoquiste odontogênico y se sometió a un tratamiento conservador de la lesión. **Conclusión:** El tratamiento elegido fue individualizado y elegido de acuerdo con la base teórica encontrada, considerando todas las complicaciones. El tratamiento propuesto ha sido efectivo hasta la fecha, y el paciente permanece bajo seguimiento clínico y radiográfico, sin embargo, no indica curación de la enfermedad.

Descriptorios: Quistes Óseos; Patología Oral; Mandíbula.

INTRODUÇÃO

O queratocisto odontogênico compreende uma lesão cística benigna, de origem dos restos da lamina dentaria ou células epiteliais adjacentes, com altas taxas de recorrência, crescimento rápido no sentido antero-posterior no interior do tecido ósseo medular. As alterações nos genes PTCH, CDKN2A, TP53, MCC, CADMI e FHIT tem sido associada a lesão. Os achados clínicos podem incluir dor, aumento de volume, dormência do lábio quando encontrados na mandíbula, infecções, drenagem de líquido cístico, podendo ou não estar associados dentes, geralmente um terceiro molar e se múltiplos queratocistos estão presentes podem estar relacionados a síndrome de Gorlin-Goltz ou Simpson-Golabi-Behmel. Geralmente este cisto se apresenta radiograficamente como uma imagem radiolúcida unilocular ou multilocular com bordas escleróticas^{1,2}.

O tratamento desta lesão pode variar desde uma simples e isolada enucleação e ou associadas marsupialização prévia para diminuição do cisto, aplicação de métodos coadjuvantes como solução de Carnoy e osteotomia periférica ou tratamento radical da lesão através da ressecção³.

Este trabalho tem como objetivo descrever relato de caso de um queratocisto atípico.

CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma, sexo masculino, 17 anos de idade, foi encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial devido queixa de aumento de volume, dor, dormência do lábio inferior, mobilidade dentaria. A anamnese o paciente negava história de trauma ou doenças prévias. O exame físico apresentava assimetria facial

devido a tumefação na região submandibular esquerda, dor a palpação na região, o exame intrabucal apresentava abaulamento das tabuas ósseas da mandíbula esquerda, mobilidade dos dentes 37,36, 35 e 34 (Figura 1).

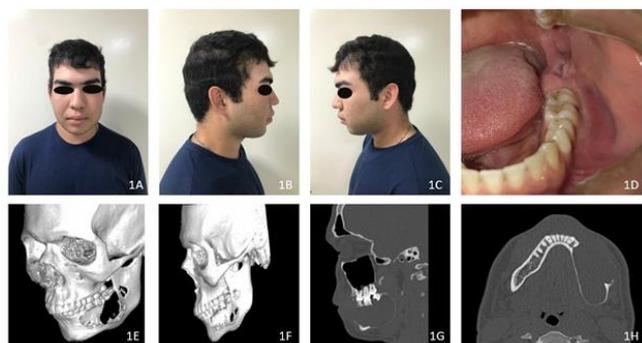


Figura 1: 1A Fotografia frontal, 1B perfil esquerda, 1C direita, 1D cavidade bucal, 1E tomografia de face visão 3D, 1F perfil esquerda, 1G corte sagital e 1H axial.

Foi solicitado exame de imagem, uma tomografia de face, aonde se evidenciou-se uma imagem hipodensa, osteolítica, envolvendo região mandibular. O paciente foi submetido a biopsia incisional sob anestesia local e encaminhado a peça para análise histológica, onde obtivemos a confirmação de queratocisto odontogênico. Após o diagnóstico foi planejada abordagem conservadora da lesão sob anestesia geral. Foi realizada infiltração com anestésico local lidocaína 2% com vasoconstritor epinefrina 1:200.00 na região de fundo de sulco mandibular esquerdo e seguida da incisão vestibular mandibular com bisturi elétrico monopolar, acesso a loja patológica e remoção dos dentes envolvidos na lesão, enucleação do cisto associado curetagem e osteotomia periférica com brocas esféricas laminadas sob irrigação abundante com soro fisiológico 0.9%. O serviço não contava com outros meios auxiliares como solução de Carnoy ou crioterapia. Após toda remoção da lesão foi confeccionada então a sutura do acesso com fio reabsorvível de ácido poliglicólico 4-0 (Figura 2).



Figura 2: 2A acesso a lesão, 2B início da enucleação, 2C loja patologista após enucleação e osteotomia periférica e 2D sutura da mucosa bucal.

O tecido removido foi encaminhado para análise histopatológica, onde se obteve o diagnóstico de queratocisto, entretanto devido as características clínicas e radiográficas um pouco incomum para o cisto, então foi solicitado uma revisão de lamina para o patologista para confirmação. O paciente permanece até atual momento em acompanhamento clínico e radiográfico total de 12 meses, sem sinais de recidiva.

DISCUSSÃO

Os cistos são encontrados desde a primeira década de vida até oitava. A região posterior de mandíbula é acometida na maioria das vezes, sintomas como dor, parestesia e drenagem são encontrados, reabsorções radiculares dos dentes adjacentes da lesão não são comuns¹. Um estudo retrospectivo de 565 pacientes diagnosticados com queratocisto apresentou resultados compatíveis com o encontrado na literatura, a faixa etária dos pacientes diagnosticados com esta lesão variou entre a primeira a oitava década de vida, com a região posterior de mandíbula o sitio mais acometido, com predominância em homens. Destes pacientes avaliados 68,92% apresentava-se com lesões uniloculares associados achados clínicos como dor, dormência do lábio, drenagem de líquido cístico e aumento de volume^{4,5}. O relato de caso supracitado descreve um paciente com 17 anos, sexo masculino, diagnosticado com um queratocisto odontogênico, apresentando se como uma lesão multilocular extensa, com quadro de dor espontânea, dormência do lábio inferior e drenagem intra oral, com envolvimento da região posterior de mandíbula, com características pouco comuns como reabsorção radicular dos dentes envolvidos e expansão das tabuas óssea.

Outro estudo retrospectivo de 6,427 casos diagnosticados com queratocisto odontogênico avaliando a recorrência das lesões em diferentes métodos de tratamento e pacientes. Concluiu que as taxas de recorrência entre homens e mulheres são aproximadamente iguais, entretanto maiores em mandíbula e lesões com características radiográficas multiloculares, se apresentando até em 10 anos de acompanhamento. Sobre manuseio e tratamento dos queratocistos a porcentagem das lesões apenas descomprimidas ficou em torno 28,7%, seguida da enucleação isolada com 22,5%, enucleação associada soluções químicas 5,3% e ressecção 2,2%⁶. O presente relato de caso foi tratado com enucleação associada a osteotomia periférica, em razão do paciente ser jovem e se evitar mutilações com ressecção. Entretanto não houve opção pela descompressão devido ao perfil invasivo, agressivo e às taxas de recidiva da lesão com o método. A enucleação associada à osteotomia periférica foi preferível, mesmo frente aos riscos de novas cirurgias para a recorrência da lesão; ademais, o serviço não contava com métodos auxiliares para a cauterização química com a solução de Carnoy ou a crioterapia.

O paciente foi orientado sobre a recorrência da lesão, necessidade de cuidados e acompanhamento a fim de se diagnosticar precocemente qualquer sinal ou sintoma de recidiva.

As transformações das células da parede do cisto são raras, entretanto um carcinoma

espinocelular pode surgir do revestimento cístico. O aumento de volume progressivo, dores intensas, destruição óssea severa sem margens definidas, são possíveis sinais e sintomas⁷.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados apontam resultados sobre prevalência, métodos de tratamentos e as taxas de recorrência da lesão. O tratamento escolhido foi individualizado e escolhido conforme o embasamento teórico encontrado, levando em considerações todas complicações.

O tratamento proposto foi efetivo até atual momento, e o paciente permanece em acompanhamento clínico e radiográfico. Entretanto não indica cura da doença, períodos longos de acompanhamento se faz necessário, pois são esperados recidivas.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Alen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
2. Tenorio J, Arias P, Martínez-Glez V, Santos F, García-Miñaur S, Nevado J, Lapunzina P. Simpson-Golabi-Behmel syndrome types I and II. *Orphanet J Rare Dis.* 2014;9:138.
3. Sánchez-Burgos R, González-Martín-Moro J, Pérez-Fernández E, Burgueño-García M. Clinical, radiological and therapeutic features of keratocystic odontogenic tumours: a study over a decade. *J Clin Exp Dent.* 2014;6(3):e259-64.
4. de Castro MS, Caixeta CA, de Carli ML, Ribeiro Júnior NV, Miyazawa M, Pereira AAC, Sperandio FF, Hanemann JAC. Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018;22(5):2089-2101.
5. Fidele NB, Yueyu Z, Zhao Y, Tianfu W, Liu J, Sun Y, Liu B. Recurrence of odontogenic keratocysts and possible prognostic factors: Review of 455 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019;24(4):e491-e501.
6. Chrcanovic BR, Gomez RS. Recurrence probability for keratocystic odontogenic tumors: An analysis of 6427 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017 Feb;45(2):244-51.
7. Jalali E, Ferneini EM, Rengasamy K, Tadinada A. Squamous cell carcinoma arising within a maxillary odontogenic keratocyst: A rare occurrence. *Imaging Sci Dent.* 2017;47(2):135-40.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Maylson Alves Nogueira Barros

Rua Rui Barbosa, nº 4744, centro, apartamento 71
79002-367 Campo Grande – MS, Brasil
Telefone: (55)67 – 99677.5267
E-mail: maylson.bucomaxilofacial@gmail.com

Submetido em 15/08/2019

Aceito em 20/04/2020