

# TUMOR ODONTOGÊNICO QUERATOCISTICO: RELATO DE CASO

Altamiro Candido Neto ([altamiro\\_ac@legiaovip.com](mailto:altamiro_ac@legiaovip.com))<sup>1</sup>

Leonardo Bruno Pereira Camargo ([leonardobpcamargo@gmail.com](mailto:leonardobpcamargo@gmail.com))<sup>1</sup>

Rafael de Paula ([rpaula\\_9@hotmail.com](mailto:rpaula_9@hotmail.com))<sup>1</sup>

Rodrigo Wanderley Almeida Matos ([rwamatos@gmail.com](mailto:rwamatos@gmail.com))<sup>1</sup>

Dyego do Estreito Deliberali<sup>2</sup>

Érica de Andrade Almeida<sup>2</sup>

1- Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG

2- Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG

## RESUMO

O tumor odontogênico queratocisto é uma lesão benigna, que acomete a região maxilomandibular, compreendendo 3% a 11% de todos os cistos odontogênicos. Lesões mais extensas, se observa tumefação do tecido mole e ósseo, parestesia, mobilidade de dentes envolvidos pela lesão. Possuem crescimento lento e indolor, e tendem a crescer em direção antero-posterior, na medular do osso, sem causar expansão óssea. Geralmente são descobertos durante um exame de imagem de rotina, como a radiografia panorâmica e, as tomografias computadorizadas tem indicação indispensável para o planejamento da cirurgia propriamente dita, apresentando detalhes sobre a expansão da lesão, a localização e dentes envolvidos e a topografia das margens da lesão. O tratamento cirúrgico é preconizado e existem vários tipos de tratamento neoadjuvantes, onde os mais indicados são a enucleação, marsupialização, crioterapia com nitrogênio líquido, osteotomia periférica, além da utilização da solução de carnoy. o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de tumor odontogênico queratocístico em uma região não habitual, neste caso a região anterior da maxila. Paciente E. A. S., masculino, 65 anos, compareceu na Clínica do UNIVAG 18.10.2017, com a queixa principal: “meus dentes estão balançando”. Ao exame de radiografia panorâmica, visualiza-se uma lesão radiolúcida, com bordos radiopacos acometendo os ápices dos dentes antero-superiores. Tratamento proposto: exodontia múltipla, realização de biopsia incisional e instalação de dispositivo de descompressão. O laudo do exame anatomopatológico apresentou resultado compatível com tumor odontogênico queratocístico. Concluímos que este cisto tem maior acometimento pelo sexo masculino e que o tratamento de descompressão foi efetivo.

**Palavras chave:** Queratocisto; tumor odontogênico queratocistico; Cisto odontogênico;

## 1. INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico queratocisto é uma lesão benigna, que acomete a região maxilomandibular com alto potencial de crescimento, compreendendo 3% a 11% de prevalência entre todos os cistos odontogênicos, resultando em grande destruição óssea. Quanto a sua etiologia, há duas teorias que entram em consenso, uma em que o queratocisto surge dos restos das lâmina dentária, e outra onde há a proliferação da camada basal do epitélio oral, para os maxilares( NEVILLE et al 2016).

Esta lesão requer considerações especiais devido ao seu aspecto agressivo e ao seu potencial de recidiva e malignização. Pode-se verificar uma predileção pelo sexo masculino, com a prevalência na faixa de etária entre 20 e 30 anos. Há incidência dessa lesão na mandíbula é 3 a 4 vezes maior que na maxila, com predileção pela região dos terceiros molares inferiores, no ângulo da mandíbula, de onde se estende para o ramo ascendente(MARQUES et al 2006).

São lesões assintomáticas, porém podem apresentar sintomas em casos graves, como: inchaço, drenagem ou dor demonstrados (SHEAR M 1999). No caso de lesões mais extensas, se observa tumefação, aumento de volume de tecidos moles e tecido ósseo, parestesia, mobilidade de dentes envolvidos pela lesão. Possuem um crescimento lento e indolor, e tendem a crescer em uma direção antero-posterior, dentro da cavidade medular do osso sem causar expansão óssea.(NEVILLE et al 2016).

Geralmente são descobertos durante um exame de imagem de rotina, como a radiografia panorâmica (NEVILLE et al 2016). A avaliação da radiografia panorâmica permite visualizar uma área radiolúcida, com margens radiopacas regulares bem definidas, no entanto não é possível avaliar tridimensionalmente a sua real extensão e sua relação com as estruturas adjacentes. Além disso, as tomografias computadorizadas tem indicação indispensável para o planejamento da cirurgia propriamente dita, apresentando detalhes sobre a expansão da lesão, a localização e dentes envolvidos e a topografia das margens da lesão (COIT et al 1999).

Do ponto de visto histológico, exibe uma cápsula delgada, friável, que pode provocar dificuldade em ser enucleada do osso em uma peça. O lúmen cístico pode conter um líquido claro semelhante a transudato seroso ou pode estar preenchido por um material caseoso que, ao exame microscópico, consiste em laminae de queratina microscopicamente(NEVILLE 2016). O tratamento cirúrgico é preconizado e existem vários tipos de tratamento neoadjuvantes para o queratocisto odontogênico, onde os mais indicados são a enucleação, marsupialização, crioterapia com nitrogênio líquido, osteotomia periférica, além da utilização da solução de Carnoy.

A enucleação, com ou sem curetagem, se dá pela remoção da lesão intacta e não tem comprometimento de estruturas adjacentes(VOORSMIT,1985), sendo

indicada para lesões de até 3 centímetros. Por ser difícil a remoção da lesão inteira, a curetagem é feita para eliminar a parede do cisto, de forma a remover todo conteúdo(Meiselman,1994). O tratamento pode ser radical, com a retirada de todo o cisto trazendo consigo mucosas adjacentes, com curetagem para a redução do osso(IRVINE,BOWERMAN,1985).

A solução de Carnoy é utilizada no tratamento de lesões ósseas e sua composição é 3mL de clorofórmio, 6 de álcool absoluto, 1mL de ácido glacial acético e 1g de clorito ferretico. É recomendado, inicialmente que fosse usada antes da enucleação, mas é usada após, com o intuito de eliminar os remanescentes teciduais do TOQ, promovendo a necrose química.(ALVES et al., 2007)

A Marsupialização, é recomendada em casos de cistos extensos e consiste em estabelecer cirurgicamente uma comunicação entre a cavidade patológica e o meio bucal,eliminando a pressão hidrostática do cisto, que causa a redução da lesão(CASTRO,2014).

A crioterapia com nitrogênio líquido, também utilizada após a enucleação, possui o princípio de congelamento intenso da área afetada, seguido por período de aquecimento e repetição do congelamento.Dentre as formas de tratamentos, as mais indicadas para um tratamento conservador é a enucleação com ou sem curetagem e a marsupialização, pois possui a vantagem de preservar as estruturas, poupando também os dentes.(FERNANDES,ETGES,TORRIANI ,2010). É relatado em vários estudos que a recidiva em casos de queratocisto pode variar de 5% a 62%(NEVILLE et al 2016).

Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de tumor odontogênico queratocístico em uma região não habitual, neste caso a região anterior da maxila.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa clínica, exploratória, qualitativa e de caráter descritivo.

O paciente E. A. S., sexo masculino com 65 anos de idade, compareceu na Clínica do UNIVAG no dia 18 outubro de 2017, com a seguinte queixa principal: “meus dentes estão balançando”. Por meio do exame clínico, observou-se que havia retração gengival e grande perda óssea tanto em mandíbula quanto em maxila e uma fístula gengival localizada em região do ápice do dente 21(Figura 1). O exame radiográfico (radiografia panorâmica), visualiza-se uma lesão radiolúcida, com bordos radiopacos(Figura 2) acometendo os ápices dos dentes 11, 21, 22 e 23. Após visualização da lesão, foi solicitado um exame de imagem 3D, tomografia computadorizada cone beam(Figura 3), onde foi possível observar com clareza o tamanho da lesão. O laudo tomográfico relata a presença de lesão osteolítica tipo cística compatível com cisto periapical envolvendo canal nasopalatino e as raízes dos dentes 11,21,22 causando expansão das corticais vestibular e palatina, com

presença de reabsorção óssea e espessamento mucoso no seio maxilar bilateralmente.

Há 30 anos atrás o paciente sofria de ataques epiléticos e desde então toma gardenal 100 mg 1 vez por dia, todos os dias antes de dormir, e não apresenta hábitos e vícios.

Tratamento proposto: exodontia dos elementos 31,32,33,34,38/41,42,43,44,48/21,22 23,24,26,28 /11,12,13,17, pois o paciente apresentava quadro de doença periodontal severa, doença cárie e mobilidade grau 3 das estruturas dentárias. Realização de biopsia incisional e instalação de dispositivo de decompressão (sonda vesicular - sonda de folley) para decompressão do cisto. Tratamento proposto foi aceito, e no dia (07/05/18).

No dia 07/05/2018 foi efetuada a exodontia dos elementos 11,12,13,17,21,22. Após feita a exodontia, foi realizada duas incisões relaxantes na região do elemento 11 e outra na região do elemento 22. Após as incisões, foi feito o descolamento mucoperiostial(Figura 4) com descolador de molt, feita ostectomia(Figura 6) para a melhor visualização do cisto. Após exposição da lesão, foi realizada punção aspirativa(Figura 5) para avaliar o conteúdo da lesão. Observou-se conteúdo sero-sanguinolento. Com a pinça kelly foi pinçado o rebordo da lesão e com o bisturi foi coletada uma parte da lesão(biopsia incisional) a qual foi recolhida e enviada para exame histopatológico. Com o cisto exposto, se observava uma substância cremosa branco-amarelada(Figura 7). Foi realizado um incisão sobre o tecido cístico para colocar o tubo de decompressão (sonda vesicular Folley).(Figura 8)

Retorno em 7 dias para remoção de sutura.

O laudo do exame anatomopatológico estava descrito que a amostra representada por fragmentos de tecido conjuntivo parcialmente coberto com epitélio escamoso sem atipias, exibindo camada basal em paliçada, sobre lamina própria de tecido conjuntivo e de conformação cística. Acompanha um fragmento desprovido de revestimento epitelial, além de discreto infiltrado inflamatório crônico linfoplasmocitário, com quadro morfológico compatível com tumor odontogênicoqueratocístico. Durante o acompanhamento, foi solicitado rx panorâmico de acompanhamento 30/10/2018, onde observamos redução das dimensões da lesão.(Figura 9)



Fig. 1- Foto inicial intraora

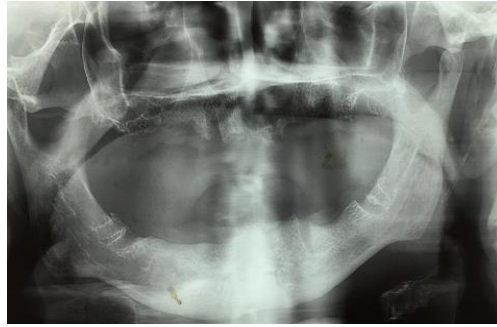


Fig. 2- Imagem panorâmica



Fig. 3- Tomografia Computadorizada



Fig. 4- Incisão e descolamento mucoperiosteal



Fig. 5- Drenagem do liquido

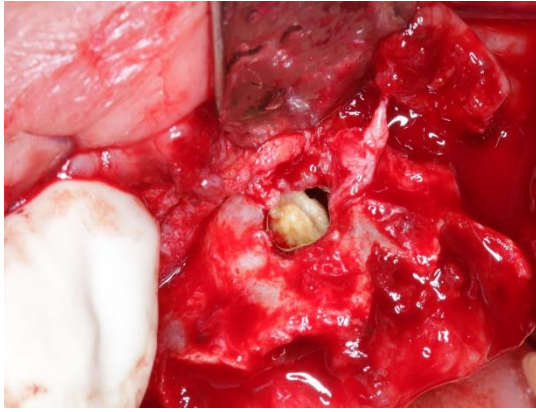


Fig. 6- Osteotomia

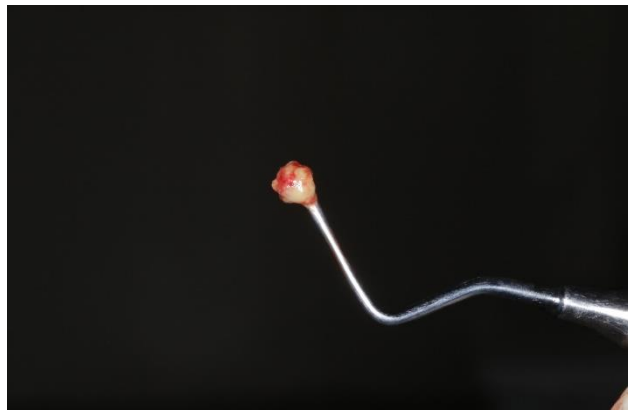


Fig. 7- Substância cremosa branco-amarelada

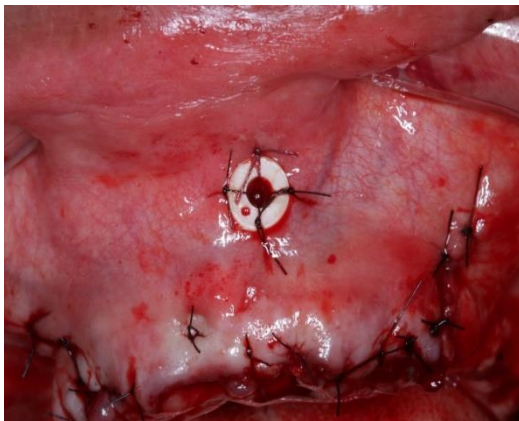


Fig.8- Tubo de descompressão



Fig.9- Radiografia 5 meses de descompressão

### 3.CONCLUSÃO

Concluimos que como descrito anteriormente que este cisto tem maior acometimento pelo sexo masculino, no entanto neste caso foi diagnosticado em um paciente com idade 65 anos, contrariando a idade média. Conclui-se também que o tratamento de descompressão foi efetivo e representa uma modalidade de tratamento benéfica pois reduz as dimensões da lesão antes da remoção definitiva, além da maior facilidade durante a enucleação para biópsia excisional, já que a capsula estará mais espessa.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALVES,C.A.F., et al. Complications of carnoy solution in the odontogenic tumors,2007
- 2 - CASTRO, W.H., Patologia bucal: Prof. Ricardo Santiago Gomes. Belo Horizonte:UFMG,2013.
- 3 - COTTI, E. Computerized tomography in the management and follow-up of extensive periapical lesion. Endodontol. 1999
- 4 - FERNANDES,M.M.S, ETGES,A.TORRIANI.O uso da crioterapia com nitrogênio líquido em lesões intra-osseas dos maxilares. Revista brasileira de cirurgia bucomaxilofacial 2010.
- 5 - IRVINE,G.H, BOWERMAN,J.E. Mandibular keratocysts: surgical management.
- 6 - MARQUES, J.A.F. et al .,Cerato-cisto odontogênico: relato de caso . Sitientibus. Ver Univ Est Feira de Santana. 2006.
- 7 - MEISELMAN, F. Surgical management of the odontogenic keratocyst: conservative approach. J Oral Maxillofac Surg 1994.
- 8 - NEVILLE,Brad.W,et al.,Patologia Oral e Maxilofacial.. , 4ª Ed., Rio de Janeiro:Elsevier, 2016.
- 9 - SHEAR M. Cisto da região bucomaxilofacial – diagnóstico e tratamento. 3. Ed. São Paulo: Ed. Santos ; 1999.
- 10 - VOORSMIT, R.A. The incredible keratocyst: a new approach to treatment. Dtsch Zahnarztl Z 1985.