

Queratocisto Odontogênico em região anterior de maxila: Relato de caso

Odontogenic Keratocyst in the Anterior Maxillary Region: Case Report

*Elen de Souza Tolentino*¹
*Leticia Miyabara Marques*²
*Gustavo Jacobucci Farah*³
*Evelyn Almeida Lucas Gonçalves*⁴
*Newton César Kamei*⁵

Recebido em 20/10/2006
Aprovado em 17/01/2007

RESUMO

O queratocisto odontogênico é uma lesão que apresenta comportamento clínico e aspectos microscópicos específicos. Tem maior predileção na 2ª e 3ª décadas de vida, sendo mais prevalente na região mandibular posterior e mais freqüente no gênero masculino. O tratamento pode ser constituído de descompressão, marsupialização e enucleação, sendo a crioterapia solução de Carnoy e escarificação procedimentos auxiliares algumas vezes adotados, já que esta lesão possui altas taxas de recidiva. O objetivo do trabalho é apresentar o caso clínico de um paciente leucoderma, 44 anos, gênero masculino, que foi encaminhado à Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá (UEM) com suspeita de lesão cística em maxila. Ao exame radiográfico, detectou-se uma área radiolúcida unilocular na região anterior de maxila. Através dos achados clínicos e radiográficos, o diagnóstico presuntivo foi de cisto residual. O paciente foi submetido à enucleação da lesão em ambiente hospitalar e, após a análise microscópica da lesão, a compatibilidade foi de queratocisto odontogênico. O paciente encontra-se em proervação e não apresenta sinais clínicos e radiográficos de recidiva.

Descritores: cisto residual, queratocisto odontogênico, lesão maxilar.

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is a lesion that presents both peculiar clinical behavior and microscopic aspects. Most cases are diagnosed in the 2nd and 3rd decades of life. It occurs most commonly in the posterior mandibular region and, more often, in males. Its treatment may include decompression, marsupialization and enucleation, sometimes followed by cryotherapy, Carnoy solution and scarification because of the high rates of recurrence. The aim of this study is to present a case of a 44-year-old patient, white, male, who was referred to the Maringá State University (UEM) oral clinic by his dentist because a maxillary cystic lesion was suspected. The radiographic exam showed a unilocular radiolucent area in the anterior maxillary region. Based on the clinical and radiographic findings, the presumptive diagnosis was residual cyst. The patient was submitted to enucleation of the lesion. The microscopic exam was compatible with odontogenic keratocyst. The patient is being followed-up and so far without any clinical or radiological evidences of recurrence.

Descriptors: residual cyst, odontogenic keratocyst, maxillary lesion

-
1. Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM)
 2. Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM)
 3. Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP)
 4. Doutora em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP)
 5. Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre (PUC-RS)

INTRODUÇÃO

O queratocisto odontogênico, por muito tempo, foi considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento de comportamento clínico e aspectos histopatológicos específicos (NEVILLE, 2004). Entretanto, a mais recente classificação da OMS (2006) considera o queratocisto um tumor odontogênico e não, uma lesão cística.

A maioria dos casos de queratocistos odontogênicos é diagnosticada entre a 2ª e a 3ª década de vida, sendo os pacientes do gênero masculino ligeiramente mais afetados. A mandíbula é acometida em 60 a 90% dos casos, com elevada tendência de envolvimento da região posterior e ramo ascendente. (NEVILLE, 2004)

Radiograficamente, o queratocisto odontogênico apresenta-se como uma área radiolúcida, bem delimitada, que pode apresentar halo esclerótico, de margens regulares ou onduladas, multilocular ou unilocular, que pode ou não envolver um dente retido.

Caracteristicamente, o queratocisto apresenta uma cápsula cística fina e friável, com conteúdo líquido ou material caseoso, que, ao exame microscópico, consiste em restos de queratina. O limitante epitelial é constituído de uma camada de epitélio escamoso estratificado, geralmente de 6 a 8 células de espessura. A superfície luminal é formada por células epiteliais paraqueratinizadas com aparência corrugada ou ondulada. Pode ser observada a presença de cistos satélites.

O exame microscópico é de fundamental importância para o diagnóstico do queratocisto odontogênico, já que suas características microscópicas são bastante peculiares. O tratamento para esta lesão pode ser a marsupialização, descompressão e a enucleação. Procedimentos, como a crioterapia, aplicação da solução de Carnoy e escarificação, também podem ser utilizados como adjuvantes no tratamento das lesões, já que estas entidades apresentam um elevado índice de recorrência.

O objetivo do trabalho é relatar um caso clínico

em que o tratamento foi realizado, considerando-se um diagnóstico presuntivo de cisto residual, baseado nas características clínicas e radiográficas da lesão. Porém, após enucleação e exame microscópico, o diagnóstico definitivo foi de queratocisto odontogênico.

RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, 44 anos, gênero masculino, foi submetido a exodontias na região anterior superior em um posto de saúde do município de Maringá, e o dentista detectou um extravasamento de líquido durante o procedimento, o qual acreditava tratar-se de um "cisto na gengiva". Desta forma, o paciente foi encaminhado ao Projeto Diagnóstico, Tratamento e Epidemiologia das Doenças da Cavidade Bucal na Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

O paciente não se queixava de dor ou incômodo. Ao exame físico extrabucal, nenhuma alteração de caráter patológico foi observada. Ao exame intrabucal, ausência dos dentes superiores e dos dentes 36 e 37. Os rebordos alveolares mostravam-se com coloração e textura normais, sem nenhum sinal de expansão de corticais. O paciente estava em tratamento para diabetes e relatava ter sido etilista crônico durante 10 anos.

A radiografia panorâmica revelou uma área radiolúcida unilocular de aproximadamente 2,5cm, arredondada, de limites bem definidos e halo esclerótico, na região anterior esquerda de maxila. (Figura 1)



Figura 1 – Radiografia Panorâmica inicial.

Baseando-se nas características clínicas e radiográficas relatadas, a hipótese diagnóstica de cisto residual foi considerada. Devido à extensão da lesão e proximidade com estruturas anatômicas importantes como, neste caso, a fossa nasal, o paciente foi submetido à cirurgia em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. Foi realizada a incisão sobre o rebordo alveolar superior, descolamento do retalho mucoperiosteal e conseqüente exposição da cápsula cística, que continha líquido em seu interior. A lesão foi totalmente removida (Figura 2), e a sutura, realizada.



Figura 2 – Enucleação da lesão.

Macroscopicamente, a lesão apresentava uma cápsula fibrosa e bem definida, facilmente enucleada, apresentando características do cisto residual (Figura 3). Entretanto, a análise microscópica revelou cavidade cística com limitante epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana. Observou-se separação do limitante epitelial da cápsula fibrosa e presença de células paraqueratinizadas achatadas, de aparência corrugada na superfície luminal (Figura 4). Observou-se camada basal com células de núcleo hiper Cromático dispostas em paliçada (Figura 5). Cistos satélites também foram observados (Figura 6). Estes dados confirmaram o diagnóstico de queratocisto odontogênico.



Figura 3 – Aspecto macroscópico da lesão enucleada.

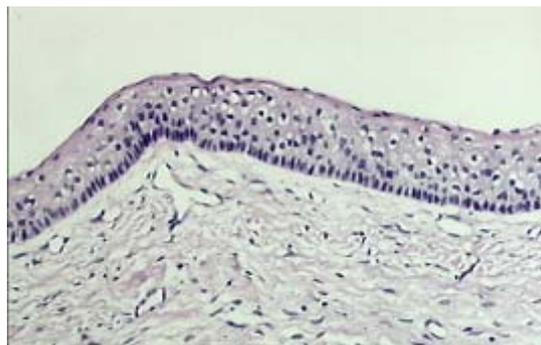


Figura 4 - Limitante epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana. Presença de células paraqueratinizadas achatadas de aparência corrugada na superfície luminal (HE: 10x).



Figura 5 – Camada basal com células de núcleo hiper Cromático dispostas em paliçada (HE:40x).



Figura 6 – Cisto satélite no interior da cápsula fibrosa (HE: 10x).

O paciente encontra-se em proervação de 6 meses, sem sinais clínicos e/ou radiográficos de recidiva.

DISCUSSÃO

Em meados dos anos 50, patologistas europeus introduziram o termo *queratocisto odontogênico*. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1972, adotou o termo *cisto primordial*, porém esta mesma organização, em 1992, considerou o termo *queratocisto odontogênico* o mais adequado.

O queratocisto odontogênico foi, durante muito tempo considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento de considerações especiais, já que apresenta comportamento clínico e histopatológico específicos. (NEVILLE, 2004)

Entretanto, a mais recente classificação da OMS (2006) considera o queratocisto um tumor odontogênico e não, uma lesão cística. Toller (1967) sugeriu que os revestimentos epiteliais dos queratocistos têm um potencial intrínseco de crescimento, sendo esta a base para considerá-los neoplasias benignas.

Um estudo imunohistoquímico comparativo da proliferação de células epiteliais entre queratocisto odontogênico, cisto odontogênico ortoqueratinizado, cisto dentífero e ameloblastoma demonstrou que valores do marcador de proliferação celular IPO-38 são muito semelhantes entre o ameloblastoma e o queratocisto e maiores que os de cistos dentíferos ou cistos odontogênicos ortoqueratinizados. Estes resultados ajudariam a explicar o comportamento biológico do queratocisto odontogênico, que poderia ser considerado um tumor odontogênico benigno. Estes índices de proliferação celular seriam comparáveis aos do ameloblastoma e significativamente maiores que outros tipos de cistos odontogênicos. (THOSAPORN *et al.*, 2004)

Há um consenso na literatura de que a maioria dos casos de queratocistos odontogênicos é diagnosticada entre a 2ª e a 3ª décadas de vida, sendo o gênero masculino ligeiramente mais afetado que o

feminino, numa proporção de 1,44:1. (NEVILLE, 2004)

Os aspectos clínicos, radiográficos e microscópicos da lesão descrita no presente trabalho estão, em parte, em concordância com os encontrados na literatura pertinente. O caso relatado apresenta um queratocisto odontogênico em região anterior de maxila, sendo que, segundo Neville (2004), esta região é acometida em apenas 13% dos casos. A mandíbula é acometida em 60 a 90% dos casos, com elevada tendência de envolvimento da região posterior e ramo ascendente.

No presente caso clínico, a ausência de sintomas e sinais clínicos e as características radiográficas da lesão levaram a um diagnóstico presuntivo de cisto residual. Por este motivo, a conduta adotada foi a enucleação.

Macroscopicamente, no transoperatório, observou-se uma cápsula fibrosa, que foi totalmente destacada do osso e enucleada, e a presença de um conteúdo líquido em seu interior, reforçando a idéia de que se tratava de um cisto residual.

Todavia, a análise microscópica revelou cavidade cística com limitante epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana. Observou-se separação do limitante epitelial da cápsula fibrosa e presença de células paraqueratinizadas, achatadas, de aparência corrugada na superfície luminal. Cistos satélites também foram observados. Estes dados confirmaram o diagnóstico de queratocisto odontogênico. (REGESI & SCIUBA, 2000)

Radiograficamente, o cisto residual apresenta-se como uma radiotransparência de forma circular a oval, de tamanho variável, no sítio de uma extração prévia. O queratocisto odontogênico apresenta-se como uma área radiolúcida, bem delimitada, que pode apresentar halo esclerótico, de margens regulares ou onduladas, unilocular ou multilocular, sendo que 25 a 40% dos casos podem envolver um dente retido. Em geral, não provoca reabsorção radicular, deslocamento do feixe vasculonervoso e/ou deslocamento radicular. (SHAFER, 1987; SHEAR, 1989)

No caso relatado, os aspectos clínicos e radiográficos da lesão assim como o seu aspecto macroscópico, durante o transoperatório, justificam a conduta adotada, que não consistiu em um tratamento convencional para o queratocisto odontogênico. Este, por se tratar de uma lesão recidivante e com capacidade de atingir grandes extensões, necessita de uma abordagem mais específica. O tratamento para os casos de queratocisto odontogênico varia, podendo ser constituído de enucleação, marsupialização e descompressão, sendo esta última um procedimento no qual um tubo de drenagem de polietileno é inserido em lesões extensas, para permitir a descompressão e conseqüente redução no tamanho da lesão, para posterior enucleação. A marsupialização também é utilizada em casos de lesões extensas, porém necessita de um segundo tempo cirúrgico para total remoção da lesão. (POGREL & JORDAN, 2004)

Considerando a alta taxa de recorrência do queratocisto e sua difícil remoção, devido à cápsula fina e friável e possível presença de cistos satélites, alguns estudiosos recomendam a escarificação ou ostectomia periférica da cavidade cística através de broca. Outros indicam a enucleação associada à crioterapia. Segundo Pogrel (2001), devido à capacidade do nitrogênio líquido de desvitalizar osso *in situ* e manter a estrutura inorgânica intacta, a crioterapia pode ser utilizada para lesões localmente agressivas dos maxilares, incluindo o queratocisto odontogênico, ameloblastoma e fibroma cemento-ossificante. Entretanto, em decorrência da dificuldade em controlar a quantidade de nitrogênio líquido aplicada à cavidade, a necrose resultante e o edema podem ser imprevisíveis. (SCHMIDT & POGREL, 2001)

A não ser pela tendência de recorrência, o prognóstico para a maioria dos casos de queratocisto odontogênico é bom. A maioria das recidivas é clinicamente evidente após 5 anos da cirurgia, contudo podem se manifestar até 10 anos ou mais, sendo, assim, de extrema importância um longo acompanhamento das lesões (BRONDON & JENSEN, 1991). No

caso clínico em questão, o tempo de preservação será prolongado, já que nenhuma abordagem mais específica para este tipo de lesão foi adotada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revisão de literatura pesquisada e com a descrição do caso clínico, conclui-se que:

- 1) O queratocisto odontogênico é uma lesão de características distintas apresentando altas taxas de recorrência.
- 2) O correto diagnóstico é necessário para que um plano de tratamento adequado seja aplicado assim como um período prolongado de preservação, reduzindo, assim, as possibilidades de recidivas e complicações para os pacientes.

REFERÊNCIAS

- BRONDUM, N. JENSEN, V. J. Recurrence and decompression treatment: A long-term follow-up of forty-four cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, 72:265, 1991.
- CASTRO, Acyr Lima; **Estomatologia**. Ed. Santos, 2ª ed., 1995.
- CROWLEY, T. E., KAUGARS, G. E., GUNSOLLEY, J. C. Odontogenic keratocysts: a clinical and histologic comparison of the parakeratin and orthokeratin variants. **J Oral Maxillofac Surg**, 50:22-26, 1992.
- LI, T. J., BROWNE, R.M., MATTHEWS, J. B. Epithelial cell proliferation in odontogenic keratocysts: a comparative immunocytochemical study of Ki67 in simple, recurrent and basal cell nevus syndrome (BCNS) – associated lesions. **J Oral Pathol Med**, 24:221-226, 1995.
- MEISELMAN F. Surgical management of the odontogenic keratocyst : Conservatice approach. **J Oral Maxillofac Surg**, 52:960, 1994.

NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2004.

POGREL, M.A.; JORDAN, R.C.K.; Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic Keratocyst; **J Oral Maxillofac Surg**, 62(6):651-55, June, 2004;

REGEZI, Joseph A.; SCIUBA, James J.; **Patologia Bucal: correlações clinicopatológicas**. Ed. Guanabara Koogan, 3ª ed., 2000.

SCHMIDT, Brian L.; POGREL, M.A.; The use of Enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the Management of Odontogenic Keratocysts; **J Oral Maxillofac Surg**, 59:720-25, 2001;

SHEAR, Mervyn; **Cistos da região bucomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento**. Ed. Santos, 2ª ed., 1994.

THOSAPORN, W.; IAMAROON, A.; PONGSIRIWET, S.; A comparative study of epithelial cell proliferation between the odontogenic keratocyst, orthokeratinized odontogenic cyst, dentigerous cyst and ameloblastoma; **Oral Dis**, 10:22-26, 2004.

TOMMASI, Antonio Fernando; **Diagnóstico em Patologia Bucal**. Pancasti Editorial, 2ª ed., 1989.

VEDTOFTE, P., PRAETORIUS, F. Recurrence of the odontogenic keratocyst in relation to clinical and histologic features. **Int J Oral Surg**, 8: 412, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION CLASSIFICATION OF TUMOURS (WHO) - **International Agency for Research on Cancer (IARC)**, IARCPress Lyon, 2005.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Elen de Souza Tolentino
Rua Campos Sales, 255 apto 602
Zona 07
CEP 87020-080
Maringá-Pr
elen_tolentino@hotmail.com