

# Ceratocisto odontogênico em mandíbula: relato de caso

Odontogenic keratocyst in mandible - case report

## RESUMO

O ceratocisto odontogênico (CO) é um cisto de origem odontogênica, cujo diagnóstico final é dado com base nos aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos. O tratamento mais comum consiste na enucleação cirúrgica. O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de CO em região posterior de mandíbula, abordando as características clínico-patológicas e a terapia para essa lesão. Paciente do sexo feminino, 69 anos de idade, apresentou um tumor, de superfície ulcerada, na região retromolar inferior do lado direito. O exame radiográfico da região afetada revelou a presença de uma imagem radiolúcida com limites bem definidos. Após dois meses da primeira consulta e de ter feito ajuste de sua prótese mal adaptada, a paciente retornou apresentando uma lesão tumoral, sem a presença de úlcera, na mesma região. Sob as hipóteses diagnósticas de CO e de cisto residual, foi realizada biópsia excisional. Os achados histopatológicos foram compatíveis com CO. Dezoito meses após a remoção da lesão, não foram identificados sinais de recidiva. O CO possui achados clínicos e radiográficos característicos, bem como diferentes possibilidades terapêuticas, sendo estas abordagens agressiva ou conservadora. Em todos os casos, faz-se necessário o acompanhamento periódico, considerando as altas taxas de recorrência da doença. **Palavras-chave:** Patologia bucal; Mandíbula; Cistos odontogênicos.

## ABSTRACT

The odontogenic keratocyst (OK) is a cyst of odontogenic origin, which final diagnosis is given from the clinical, radiological and histopathological findings. The most common treatment is surgical enucleation. The objective of the present study was to report a case of OK in the posterior mandible, approaching the clinicopathological features and treatment for this lesion. A 69-year-old female patient presented a tumor lesion of ulcerated surface in the retromolar region of the right side. Radiographic examination of the affected region revealed the presence of radiolucent image with well-defined limits. After two months of the first appointment and after having made adjustments to her poorly adapted prosthesis, the patient returned presenting a tumor lesion, without the presence of ulcers, in the same region. Under the diagnostic hypotheses of OK and residual cyst, excisional biopsy was performed. The histopathologic findings were consistent with OK. Eighteen months after the removal of the lesion there were not identified clinical and radiographic signs of recurrence. The OK has characteristic clinical and radiographic findings, as well as different therapeutic possibilities, being these approaches aggressive or conservative. In all cases, periodic follow-up is necessary, taking into account the high recurrence rates of the disease. **Key words:** Oral pathology; Mandible; Odontogenic cysts.

### **Diego Filipe Bezerra Silva**

Graduando em Odontologia,  
Departamento de Odontologia,  
Universidade Estadual da  
Paraíba, UEPB, Campina Grande, PB.

### **Daliana Queiroga de Castro Gomes**

Professora Doutora do Departamento de  
Odontologia da Universidade Estadual  
da Paraíba, UEPB, Campina Grande, PB.

### **Tony Santos Peixoto**

Mestre em Odontologia pela  
Universidade Estadual da Paraíba, UEPB,  
Campina Grande, PB.

### **Cassiano Francisco Weege Nonaka**

Professor Doutor do Departamento de  
Odontologia da Universidade Estadual  
da Paraíba, UEPB, Campina Grande, PB.

### **Bárbara Vanessa de Brito Monteiro**

Professora Doutora do Centro de Saúde  
e Tecnologia Rural da Universidade  
Federal de Campina Grande, UFCG,  
Patos, PB.

## INTRODUÇÃO

O ceratocisto odontogênico (CO), anteriormente conhecido como tumor odontogênico ceratocístico, e reclassificado pela Organização Mundial da Saúde em 2017 como cisto, é um cisto odontogênico de desenvolvimento<sup>1,2,3,4</sup> relativamente raro,<sup>3</sup> representando, quando considerado um cisto, entre 4 e 12% de todos os cistos odontogênicos.<sup>2</sup> Sua etiologia está relacionada com remanescentes epiteliais da lâmina dentária.<sup>2,3,4,5,6</sup>

Essa lesão pode ocorrer em qualquer época da vida, porém possui dois picos de incidência, um entre 25 e 34 anos e outro entre 55 e 64 anos de idade,<sup>7</sup> com predileção pelo sexo masculino.<sup>4,5</sup> Tanto a maxila quanto a mandíbula podem ser envolvidas,<sup>3,8</sup> mas ocorrem com mais frequência na mandíbula,<sup>3,5,9</sup> exibindo predileção pela região posterior de corpo e pelo ramo,<sup>3,4,5</sup> de forma similar a muitos tumores odontogênicos, como o ameloblastoma, o tumor odontogênico epitelial calcificante e o mixoma.<sup>1</sup> Grande parte dos COs são descobertos apenas durante exames radiográficos rotineiros,<sup>2</sup> pois geralmente são indolores.<sup>3</sup> Ocasionalmente, dor, aumento de volume e drenagem estarão associados a uma infecção secundária à lesão.<sup>2</sup>

Radiograficamente, o CO exibe uma área radiolúcida, uni ou multilocular, esférica ou ovoide, bem circunscrita, cercada por margens escleróticas.<sup>2,3,4,5,6,9</sup> Dentes adjacentes podem ser deslocados, mas reabsorções radiculares raramente acontecem.<sup>2</sup> Apesar de os achados radiográficos serem frequentemente sugestivos, não são patognomônicos.<sup>10</sup> Lesões que produzam imagens radiolúcidas uniloculares pequenas podem ser confundidas com cisto dentígero, se associadas a um dente incluso ou impactado,<sup>2,4,10</sup> ou a cistos periapicais ou periodontais laterais, dependendo dos demais achados clínicos. Ainda, lesões uniloculares maiores podem mimetizar um ameloblastoma.<sup>4</sup>

Histopatologicamente, o CO é caracterizado por um revestimento epitelial paraceratinizado uniforme, geralmente ondulado superficialmente, com seis a oito células de espessura, e sua camada basal composta por células colunares altas a cuboidais, hiper cromáticas e dispostas em paliçada. Envolvendo a proliferação epitelial, está uma cápsula fibrosa, e o lúmen é, na maioria das vezes, preenchido por um fluido claro, branco-amarelado, correspondente à ceratina, podendo haver, também, a presença de um dente incluso.<sup>2,4</sup> O tratamento conservador para essa doença inclui enucleação com ou sem o uso de tratamento adjuvante,<sup>1,4,5,6,8,10</sup> tais

como a marsuapilização,<sup>1,4,5,6,8</sup> descompressão,<sup>4,5,6,8</sup> e curetagem.<sup>4</sup> A frequência de recidiva é de 10 a 50%.<sup>9</sup> Dessa forma, o objetivo do presente estudo é relatar um caso de CO em região posterior de mandíbula, abordando suas características clínico-patológicas e a terapia para essa lesão.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 69 anos de idade, leucoderma, procurou atendimento na clínica de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, queixando-se de dor na região retromolar inferior direita, a qual havia se iniciado há aproximadamente 20 dias. Ao exame físico intraoral, observou-se uma lesão de aspecto tumoral, localizada na região retromolar inferior do lado direito, medindo cerca de 5,0 cm de diâmetro, com a superfície ulcerada, de coloração semelhante à da mucosa e de consistência flácida. Também foi identificado que a paciente utilizava uma prótese parcial removível mal adaptada a qual traumatizava a região. O exame radiográfico revelou a presença de uma imagem radiolúcida com limites bem definidos na região posterior da mandíbula, do lado direito, sugerindo uma lesão de origem odontogênica (Figura 1).

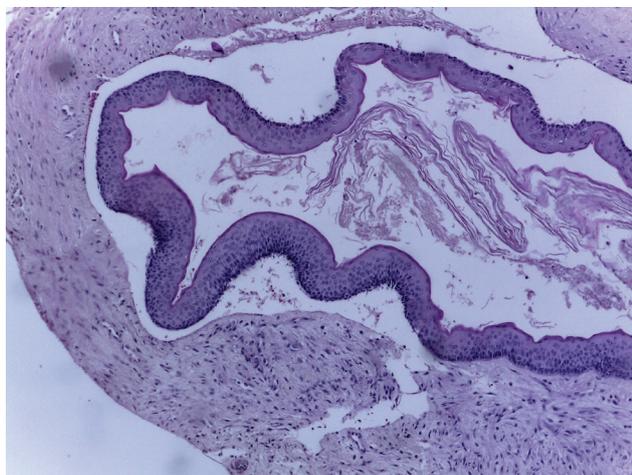


**Figura 1** - Aspecto radiográfico inicial. Notar a imagem radiolúcida unilocular de limites bem definidos na região posterior direita da mandíbula.

A paciente foi encaminhada para ajuste da prótese para cessar o trauma na região. Após dois meses da primeira consulta, a paciente retornou apresentando um aumento de volume de aspecto tumoral, mas sem a presença de úlcera na mesma região. Após a realização de uma punção aspirativa positiva para líquido amarelo citrino e sob as hipóteses diagnósticas de CO e cisto residual, foi realizada a enucleação cirúrgica da lesão com posterior curetagem do tecido ósseo remanescente nas regiões adjacentes.

A análise histopatológica do espécime cirúrgico mostrou fragmentos de lesão de origem

odontogênica disposta em arranjo cistiforme, sendo revestida por epitélio pavimentoso estratificado parakeratinizado, com superfície corrugada e camada basal composta por células colunares altas, hiper cromáticas e dispostas em paliçada, exibindo uma interface plana com o tecido conjuntivo. O lúmen exibia fragmentos sugestivos de paraceratina descamada (Figura 2). Envolvendo a proliferação epitelial odontogênica, observou-se uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso vascularizado, com alguns focos de intenso infiltrado inflamatório com espessamento epitelial suprajacente. O diagnóstico definitivo foi de CO. Dezoito meses após a remoção da lesão, não foram identificados sinais clínicos e radiográficos de recidiva (Figura 3). A paciente permanece em acompanhamento.



**Figura 2** - Aspecto histopatológico da lesão. O epitélio de revestimento característico de Ceratocisto Odontogênico (CO). Observar o destacamento da interface com a cápsula, bem como os fragmentos de ceratina descamada no lúmen cístico (HE, 40X).



**Figura 3** - Aspecto radiográfico após 18 meses da enucleação cirúrgica. Percebe-se a ausência de sinais radiográficos de recidiva.

## DISCUSSÃO

Os COs possuem diversas características clínicas e histológicas distintas, como potencial para

comportamento localmente destrutivo,<sup>2,4,6,8</sup> taxa de recorrência relativamente elevada<sup>2,4</sup> e tendência à multiplicidade, particularmente quando associados à síndrome do carcinoma nevoide basocelular ou síndrome de Gorlin.<sup>2,4,6</sup>

Apesar do seu potencial localmente agressivo, é comum que o CO seja descoberto acidentalmente, pois uma das características de crescimento da lesão é a tendência para se desenvolver ao longo dos espaços medulares, tornando difícil de se identificar em estágios iniciais.<sup>5,6</sup> Sua principal característica é o crescimento na direção méso-distal ao invés de vestibulolingual, e para cima nas áreas do ramo mandibular, o que atrasa os sintomas de distensão óssea.<sup>6</sup> No entanto, os cistos maxilares são mais propensos à infecção, mesmo quando pequenos, tornando-os mais susceptíveis de serem diagnosticados numa fase precoce do seu desenvolvimento.<sup>5</sup> No presente caso, a paciente já se apresentou com aumento de volume associado à dor, o que facilitou o rápido diagnóstico. Porém, são comuns relatos na literatura, em que os COs apresentem grande extensão, mas sem aumento de volume ou sintomatologia dolorosa.<sup>8</sup>

Vários tratamentos têm sido propostos para o CO, gerando muitas controvérsias, principalmente devido ao seu potencial de recorrência. O desafio consiste em minimizar tanto o risco de recorrência quanto a morbidade de uma extensa ressecção.<sup>2,6</sup> Dentre eles, a enucleação com ou sem terapia adjuvante como crioterapia, solução de Carnoy e ostectomia periférica é o tratamento que possui menores taxas de recorrência, porém este não é o único fator que afeta a escolha do tratamento para o CO, pois o comprometimento de estruturas anatômicas e fratura mandibular também devem ser considerados.<sup>1</sup> Entretanto, em lesões de grandes extensões, é necessário um tratamento mais agressivo, como no caso relatado por Kornafel et al.<sup>3</sup>, em que foi feita uma descompressão associada à ressecção da mandíbula, pois o cisto tinha cerca de 10cm.

Nesse caso, o tratamento proposto foi enucleação associada à curetagem. Já em outros relatos de casos na literatura, outras técnicas, como marsupialização e descompressão, precederam a enucleação, considerados menos traumáticos para o paciente e sem recorrência.<sup>4,7,8</sup> Em revisão sistemática da literatura com metanálise, Al-Morraissi *et al.*<sup>1</sup> afirmaram que enucleação inicial com ou sem terapia adjuvante está associada com menor chance de recidivas. Após um ano da

cirurgia, a paciente do presente caso encontra-se também livre de recidiva e ainda permanece em acompanhamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o CO possui achados clínicos e radiográficos sugestivos, porém o diagnóstico definitivo só é alcançado com o exame histopatológico do espécime. A abordagem terapêutica para essa lesão é diversificada, podendo variar entre tratamentos agressivos ou conservadores. Essa escolha depende de numerosos fatores, considerando-se, principalmente, a qualidade de vida do indivíduo. Por fim, é de suma importância o acompanhamento periódico, levando em consideração a elevada taxa de recidiva dessa lesão.

## REFERÊNCIAS

1. Al-Moraissi EA, Pogrel MA, Ellis E 3rd. Enucleation with or without adjuvant therapy versus marsupialization with or without secondary enucleation in the treatment of keratocystic odontogenic tumors: A systematic review and meta-analysis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016 Sep; 44(9):1395-403.
2. Grasmuck EA, Nelson BL. Keratocystic odontogenic tumor. *Head Neck Pathol.* 2010 Mar; 4(1):94-6.
3. Kornafel O, Jaźwiec P, Pakulski K. Giant keratocystic odontogenic tumor of the mandible - a case report. *Pol J Radiol.* 2014 Dec; 79:498-501.
4. de Molon RS, Verzola MH, Pires LC, Mascarenhas VI, da Silva RB, Cirelli JA et al. Five years follow-up of a keratocyst odontogenic tumor treated by marsupialization and enucleation: a case report and literature review. *Contemp Clin Dent.* 2015 Mar; 6(Suppl 1):S106-10.
5. Roopak B, Singh M, Shah A, Patel G. Keratocystic odontogenic tumor: treatment modalities: study of 3 cases. *Niger J Clin Pract.* 2014 May-Jun; 17(3):378-83.
6. Menon S. Keratocystic odontogenic tumours: etiology, pathogenesis and treatment revisited. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015 Sep; 14(3):541-7.
7. Sanchez-Siles M, Camacho-Alonso F, Lopez-Jornet P, Salazar-Sanchez N. Keratocystic odontogenic tumor. Case report and review of the literature. *N Y State Dent J.* 2013 Mar; 79(2):44-7.
8. Park SY, Shin YJ, Kim CH, Kim BJ. Reconstruction of extensive jaw defects induced by keratocystic odontogenic tumor via patient-customized devices. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2015 Oct; 37(1):37.
9. Srivatsan KS, Kumar V, Mahendra A, Singh P. Bilateral keratocystic odontogenic tumor: a report of two cases. *Natl J Maxillofac Surg.* 2014 Jan; 5(1):86-9.
10. Kunihiro T, Kawana H, Kodaka R, Oba T. Keratocystic odontogenic tumor invading the maxillary sinus: a case report of collaborative surgery between an oral surgeon and an otorhinolaryngologist. *J UOEH.* 2014 Dec; 36(4):251-6.