

BRUNA BABLER IGREJA

**Tumor odontogênico
queratocístico**

ARAÇATUBA - SP

2011

BRUNA BABLER IGREJA

Tumor odontogênico queratocístico

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara

Coorientador: Prof. Dr. Eder Ricardo Biasoli

ARAÇATUBA - SP

2011

Dedicatória

A Deus por ter me proporcionado a vida e tudo nela conquistado.

A minha mãe e meu pai, os quais amo muito, pela dedicação, esforço, pelo exemplo de vida e família.

Ao meu irmão e minha prima Flávia pelos conselhos, apoio e companheirismo.

As minhas amigas irmãs Maitê, Marina, Renata, Camila, Priscila, Daniela, Náyra e Patrícia pela amizade incondicional, que mesmo longe nesses anos de graduação, se mostraram presentes em todos os momentos.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação.

A Profa. Dra. Rita Cássia Menegati Dornelles que contribuiu para meu crescimento científico.

Agradeço aos colegas de turma pelo acolhimento e pela alegria dentro e fora desta faculdade, tornando Araçatuba nossa segunda casa, vocês fazem parte da minha vida.

Um agradecimento especial às amigas Bruna Alves e a Mariana pela amizade, apoio e cumplicidade, à distância e o tempo nunca irão nos separar, vocês estão no meu coração.

Agradeço também a Bruna Carolina, minha dupla de clínica de Estomatologia que colaborou para que este trabalho pudesse ser feito.

Agradeço a minha família, pais, irmão, avó, vocês são tudo na minha vida.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para finalização deste trabalho.

E finalmente a Faculdade de Odontologia de Araçatuba e todo seu corpo docente pela excelência de ensino e infraestrutura invejável, que tanto me orgulho de ter feito parte.

Uma longa viagem começa com um único passo.

Lao tsé

IGREJA, B. B. **Tumor odontogênico queratocístico**. 2011. 20 f. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

Resumo

O tumor odontogênico queratocístico (TOQ), anteriormente denominado queratocisto odontogênico paraqueratinizado, foi classificado como neoplasia benigna pela OMS em 2005. O tumor apresenta grande potencial proliferativo e sua recidiva é frequente, fatores fundamentais para sua classificação como neoplasia. A cápsula fibrosa é fina, friável, ocasionalmente, exibindo microcistos e sem infiltrado inflamatório. O presente trabalho tem o objetivo de descrever informações e apresentar o caso clínico de um TOQ na região anterior da mandíbula em paciente do sexo masculino, 63 anos, cuja queixa principal foi de “sensação de anestesia” na região vestibular da gengiva, entre o 33 e o 34. A conduta realizada foi punção aspirativa e biópsia excisional. Após 18 meses de controle, apresentou aspectos radiográficos com neoformação óssea deficiente e possível recidiva da lesão. Nova cirurgia foi realizada com método auxiliar de crioterapia. Paciente apresenta boa recuperação e continua em preservação até os dias atuais.

Palavras-chave: Cistos Odontogênicos. Recidiva. Crioterapia.

IGREJA, B. B. **Keratocystic odontogenic tumor**. 2011. 20 f. Trabalho de conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

Abstract

The keratocystic odontogenic tumor (KCOT), formerly known as keratocystic odontogenic parakeratinized, was classified as benign tumour by the WHO in 2005. The tumour has a large proliferative potential and its recurrence is frequent, essential factor for its classification as a neoplasm. The fibrous capsule is thin, friable, occasionally showing micro cysts and no inflammatory infiltrate. This paper aims to describe information and to present a case of a KCOT in the anterior jaw region of a male patient, aged 63, whose main complaint was a "sensation of anesthesia" in the vestibular region of the gum, between 33 and 34. The conduct was held aspiration and excisional biopsy. After 18 months of control, with radiographic findings showed poor bone formation and possible recurrence. New surgery was performed with an auxiliary method of cryotherapy. Patient has recovered well and continues in proservation.

Keywords: Odontogenic cysts. Recurrence. Cryotherapy.

Lista de Figuras

Figura 1 – Área de tumefação entre os dentes 33 e 34.	12
Figura 2 – Radiografia panorâmica com área radiolúcida em região anterior de mandíbula.	12
Figura 3 – Imagem histológica com diagnóstico de TOQ.	13
Figura 4 – Radiografia periapical após dezoito meses, com neoformação óssea deficiente e provável recidiva da lesão.	13
Figura 5 – Cápsula da lesão durante a cirurgia.	14
Figura 6 – Spray de Nitrogênio usado na crioterapia.	14
Figura 7 – Exame clínico e radiográfico três meses após a última cirurgia.	15

Sumário

1 Introdução	09
2 Caso Clínico	12
3 Discussão	16
4 Conclusão	18
Referências	19

1 Introdução

O queratocisto odontogênico apresenta duas variantes, a ortoqueratinizada e a paraqueratinizada. A variante paraqueratinizada apresenta uma maior proliferação celular, principalmente na camada supra basal. A ortoqueratinizada apresenta atividade proliferativa e de diferenciação celular mais discreta que estariam relacionadas à menor taxa de recidiva e às baixas características invasivas (LI et al., 1998).

Por muito tempo, o queratocisto odontogênico foi considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento de comportamento clínico e aspectos histopatológicos específicos (NEVILLE et al., 2004). Entretanto, a mais recente classificação da OMS considera o queratocisto de variante paraqueratinizada um tumor odontogênico queratocístico (TOQ) e não uma lesão cística.

O TOQ apresenta dois mecanismos de crescimento, o primeiro é a expansão por osmose e remodelação óssea que são características de cistos e a segunda é a proliferação celular, característica das neoplasias (POGREL, 2005).

A maioria dos casos de TOQ 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 80% dos casos, com elevada tendência de envolvimento da região posterior e ramo ascendente (NEVILLE et al., 2004).

A expansão cortical é variável de acordo com a densidade óssea do osso acometido, desta forma na maxila, por ser um osso menos compacto e se apresentar próximo ao seio maxilar, pode ser percebida nos estágios iniciais. Por outro lado, pode atingir um tamanho considerável sem apresentar grandes expansões ósseas na mandíbula, desenvolvendo-se no sentido anteroposterior ao longo dos espaços menos resistentes do tecido ósseo compacto (HSUN TAU, 1998).

O TOQ pode se localizar periapicalmente, simulando um cisto periapical, em torno da coroa de dentes inclusos, simulando cistos dentígeros, entre as raízes dos dentes, simulando cistos periodontais laterais e cistos laterais radiculares ou na linha média da maxila, simulando cistos nasopalatino (ALI; BAUGHMAN, 2003).

As características radiográficas do queratocisto odontogênico são: área radiolúcida, bem delimitada, pode apresentar halo esclerótico, margens regulares ou onduladas, multilocular ou unilocular, pode ou não envolver um dente retido (TOLENTINO et al., 2007).

O TOQ apresenta uma cápsula cística fina e friável, com conteúdo líquido claro, semelhante ao transudato do plasma, ou pode estar preenchida com material caseoso, que, ao exame microscópico, consiste em restos de queratina. O limitante epitelial é constituído de uma camada uniforme de epitélio escamoso estratificado, comumente de 6 a 8 células de espessura. A superfície luminal é formada por células epiteliais paraqueratinizadas achatadas com aparência corrugada ou ondulada. Ilhas, cordões ou pequenos cistos satélites podem ser vistos na cápsula fibrosa (NEVILLE et al., 2004).

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 (nitrogênio líquido), aplicação da solução de Carnoy (que anteriormente constou de uma mistura de álcool absoluto, clorofórmio, ácido acético glacial e cloreto férrico, clorofórmio não é mais utilizado devido à sua carcinogenicidade) e escarificação, também podem ser utilizados como adjuvantes no tratamento das lesões, já que esta lesão apresenta um elevado índice de recorrência (TOLENTINO et al., 2007).

Em geral, a ressecção da maxila é indicada somente em casos de recidivas múltiplas (três ou mais vezes), de agressividade (geralmente grandes, multilocular) (PORAMATE, 2010) ou para pacientes que não podem ser seguidos de perto após tratamento conservador. A ressecção oferece uma alta taxa de cura, mas produz significativa morbidade, como a perda da continuidade da mandíbula ou desfiguração facial (BLANAS et al., 2000; CHAPELLE et al., 2004; TOLSTUNOV; TREASURE, 2008).

É importante frisar que a cirurgia deve ser adiada quando há uma infecção, pois dificulta a remoção completa do cisto e leva a uma alta taxa de recorrência (GIULIANI et al., 2006; TOLSTUNOV; TREASURE, 2008).

Técnicas avançadas de imagem como tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem ser úteis em casos de grande envolvimento do seio maxilar e os raros casos que se estendem a base do crânio. (ALI; BAUGHMAN, 2003).

O prognóstico para a maioria dos casos de queratocisto odontogênico é bom. A maioria das recidivas é clinicamente evidente após cinco anos da cirurgia, contudo podem se manifestar até dez anos ou mais, sendo, assim, de extrema importância

um acompanhamento das lesões por um longo período de tempo (BLANAS et al., 2000).

O presente trabalho tem o objetivo de descrever informações e apresentar o caso clínico de um TOQ na região anterior da mandíbula, abordando seus aspectos clínicos, radiográficos e histológicos.

2 Caso Clínico

Paciente leucoderma, sexo masculino, 63 anos, foi encaminhado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba na disciplina de Estomatologia relatando como queixa principal “sensação de anestesia” na região vestibular, entre canino e 1º pré-molar inferior esquerdo.



Figura 1 – Área de tumefação entre os dentes 33 e 34.

Foi realizado exame físico extrabucal e se apresentou dentro da normalidade. No exame físico intrabucal constatou-se a presença de tumefação na região anterior da mandíbula, de aproximadamente quatro centímetros, mole à palpação e de coloração amarelada. As características radiográficas apresentaram área radiolúcida com halo radiopaco bem delimitado entre as raízes dos dentes 33 e 34, com divergência entre elas.



Figura 2 – Radiografia panorâmica com área radiolúcida em região anterior da mandíbula.

O diagnóstico diferencial foi Tumor odontogênico adenomatóide, Cisto periodontal lateral e TOQ. Como conduta foram realizadas punção aspirativa com o objetivo de coletar dados para auxiliar no diagnóstico, biópsia excisional para análise citopatológica e histopatológica e curetagem vigorosa do local.



Figura 3 - Imagem histológica com diagnóstico de TOQ.

O processo de cicatrização foi satisfatório e o diagnóstico definitivo foi TOQ.

O paciente retornou a cada três meses para nova tomada radiográfica e exame físico intrabucal.

Decorridos dezoito meses, foi realizado novo exame radiográfico onde se constatou formação óssea deficiente e permanência de área radiopaca, porém, menor que a anterior, mas com suspeita de recidiva.



Figura 4 - Radiografia periapical após dezoito meses, com neoformação óssea deficiente e provável recidiva da lesão.

Foi realizada nova cirurgia e biopsia excisional com curetagem vigorosa e um método auxiliar foi utilizado, a crioterapia com nitrogênio líquido em spray. Neste método, o nitrogênio foi aplicado por três vezes, durante dez segundos cada vez. A cicatrização também ocorreu de forma satisfatória.



Figura 5 – Cápsula da lesão durante a cirurgia.



Figura 6 – Spray de Nitrogênio usado na crioterapia.

As análises citopatológicas e histopatológicas confirmaram o diagnóstico de TOQ e o paciente continua em preservação até os dias atuais.



Figura 7 – Exame clínico e radiográfico três meses após a última cirurgia.

3 Discussão

Na primeira cirurgia, por ser uma lesão em região anterior, e pelos aspectos clínicos e radiográficos, tivemos a indicativa de se tratar de um cisto odontogênico comum. Por conta disso, a abordagem foi punção aspirativa e biópsia excisional com curetagem vigorosa sem nenhum outro método auxiliar. A partir do resultado histopatológico tivemos o diagnóstico definitivo de um TOQ, portanto existe a necessidade de uma abordagem mais cuidadosa por conta das altas taxas de recidiva e pela presença dos cistos satélites.

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).

As taxas de recorrência podem ser influenciadas por uma variedade de fatores, incluindo a duração do período de acompanhamento, modalidade de tratamento, tamanho da lesão e a presença histopatológica de cistos satélites. (HONG; SEONG; JUNG, 2009).

A localização exata dos cistos satélites permanece controversa. Podem estar localizados no tecido conjuntivo, no tecido mole sobrejacente e/ou no leito ósseo do cisto. O objetivo do uso de nitrogênio líquido, da solução de Carnoy e da ostectomia periférica é eliminar esses remanescentes no osso periférico. Estes métodos auxiliares tendem a diminuir as taxas de recorrência (STOELINGA, 2005; TOLSTUNOV; TREASURE, 2008).

No entanto, os principais inconvenientes da solução de Carnoy são seus efeitos corrosivos que podem danificar os tecidos adjacentes e os nervos (STOELINGA, 2005; ZHAO et al., 2002).

Na última cirurgia um método auxiliar foi utilizado: a crioterapia. Espera-se com este método, resultados positivos.

A crioterapia é um método efetivo de destruição tecidual por congelamento. Ela provoca uma destruição controlada e não seletiva, sendo utilizada no tratamento de diversas lesões bucais, tanto em tecidos moles como ósseos (SCHIMDT; POGREL, 2004).

A crioterapia não deve ser utilizada indiscriminadamente, somente em casos indicados onde às lesões são mais agressivas, pois pode causar necrose tecidual se usada de maneira incorreta.

A utilização da crioterapia pode apresentar resultados bastante satisfatórios em lesões da mucosa bucal. Muitos benefícios têm sido atribuídos com o uso dessa técnica no tratamento de tumores odontogênicos, principalmente nos ameloblastomas e nos tumores odontogênicos queratocísticos, que são bastante conhecidos por sua agressividade local dentro dos ossos maxilares afetados (SCHIMDT; POGREL, 2004).

As vantagens da crioterapia incluem ausência de sangramento durante o tratamento, baixa incidência de infecção secundária, relativa ausência de dor e de formação de cicatrizes, facilidade de manipulação do aparelho e baixo custo tendo boa aceitação por parte dos pacientes. (SANTOS, 2002).

A erradicação do cisto é a meta principal do tratamento do TOQ. No entanto, minimizar a morbidade cirúrgica e a recorrência já é de grande importância (GIULIANI et al., 2006; KOLOKYTHAS et al., 2007; STOELINGA, 2005).

4 Conclusão

O conhecimento do TOQ seus aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos é de extrema importância devido seu potencial proliferativo e recidivante, para que seja feito um diagnóstico correto e um tratamento efetivo com menor perda óssea possível.

O acompanhamento do paciente é imprescindível e por longo período de tempo.

Referências

ALI, M.; BAUGHMAN R. A. Maxillary odontogenic keratocyst: A common and serious clinical misdiagnosis. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 134, p. 877-883, 2003.

BLANAS, N. et al. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 90, p. 553-558, 2000.

CHAPELLE, K. A. et al. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 42, p. 381-390, 2004.

GIULIANI, M. Conservative management of a large odontogenic keratocyst: report of a case and review of the literature. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 64, p. 308-316, 2006.

HONG KEUN, H.; SEONG DOO, H.; JUNG WOOK, K. Recurrent keratocystic odontogenic tumor in the mandible: A case report and literature review. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 108, n. 2, p. 7-10, 2009.

HSUN TAU, C. Odontogenic keratocyst: a clinical experience in Singapore. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 86, n. 5, p. 573-577, 1998.

KOLOKYTHAS, A. et al. Odontogenic keratocyst: to decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 65, p. 640-644, 2007.

LI, T. J. et al. Orthokeratinized odontogenic cyst: a clinicopathological and immunocytochemical study of 15 cases. **Histopathol.**, v. 32, n. 3, p. 242-251, 1998.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POGREL, M. A. Treatment of keratocysts: the case for decompression and marsupialization. **J. Oral Maxillof. Surg.**, v. 63, n. 11, p. 1667-1673, 2005.

PORAMATE, P. A. Management of odontogenic keratocysts of the jaws: A ten-year experience with 120 consecutive lesions. **J. Cranio-Maxillof. Surg.**, v. 38, p. 358-364, 2010.

SANTOS, A. M. B. Análise macroscópica do efeito de diferentes protocolos de nitrogênio líquido sobre a mucosa bucal: estudo em ratos. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 43, n. 2, p. 18-23, 2002.

SCHIMDT, B. L.; POGREL, M. A. Neurosensory changes after liquid nitrogen cryotherapy. **J. Oral Maxillof. Surg.**, v. 62, p. 1183-1187, 2004.

STOELINGA, P. J. The treatment of odontogenic keratocysts by excision of the overlying, attached mucosa, enucleation, and treatment of the bony defect with Carnoy solution. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 63, p. 1662-1666, 2005.

TOLENTINO, E. S. et al. Queratocisto odontogênico em região anterior de maxila: Relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v. 7, n. 3, p. 35-40, 2007.

TOLSTUNOV, L.; TREASURE, T. Surgical treatment algorithm for odontogenic keratocyst: combined treatment of odontogenic keratocyst and mandibular defect with marsupialization, enucleation, iliac crest bone graft, and dental implants. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 66, p. 1025-1036, 2008.

THOSAPORN, W. L. A. et al. A comparative study of epithelial cell proliferation between the odontogenic keratocyst, orthokeratinized odontogenic cyst, dentigerous cyst and ameloblastoma. **Oral Dis.**, v. 10, p. 22-26, 2004.

ZHAO, Y. F. et al. Treatment of odontogenic keratocysts: a follow-up of 255 Chinese patients. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 94, p. 151-156, 2002.