



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

ANA LIVIA ASSONUMA

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE QUERATOCISTO
ODONTOGÊNICO MANDIBULAR RECIDIVANTE: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

**Araçatuba- SP
2022**

ANA LIVIA ASSONUMA

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE QUERATOCISTO
ODONTOGÊNICO MANDIBULAR RECIDIVANTE: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de
Odontologia de Araçatuba,
Universidade Estadual Paulista
(Unesp), como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Cirurgião-
Dentista.

Orientador: Prof^ª. Associada Ana
Paula Farnezi Bassi

**Araçatuba- SP
2022**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais **Edson Assonuma** e **Adriana Assonuma** por todo apoio que me dão em todas as minhas escolhas, agradeço por todo suporte, amor e sabedoria, sem vocês nada disso seria possível. A minha irmã **Maria Clara Assonuma** por toda amizade e companheirismo de todos esses anos e da vida toda. Obrigada, vocês são minha base pra tudo.

À **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Odontologia de Araçatuba**, na pessoa do diretor **Prof. Dr. Glauco Issamu Miyahara** e do vice-diretor **Prof. Tit. Alberto Carlos Botazzo Delbem**.

A minha orientadora, **Professora Ana Paula Farnezi Bassi**, pela paciência, orientação e pelo profundo conhecimento compartilhado. Obrigada por todos os ensinamentos na matéria que eu tanto amo professora! Agradeço também ao corpo docente da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, pelo norte ensinado no decorrer desses anos de graduação.

Ao pós graduando de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial **Anderson Maikon de Souza Santos** por toda paciência, ajuda e conhecimentos passados para a realização desse trabalho. Obrigada por me deixar aprender com você.

A **Amanda Paino Sant’ Ana** por toda amizade, confiança e companheirismo durante todos os anos de graduação. Muito obrigada por ser minha dupla em todas as disciplinas e encarar todos os desafios junto comigo.

Aos meus amigos **Bianca Bialon**, **Bruna Viana**, **Leticia Antunes** e **Ruan Barra** por todos esses anos de companheirismo, risadas, choros, erros e acertos. Obrigada por deixarem tudo mais leve.

Aos meus amigos de fora da faculdade por toda amizade, apoio e por acompanharem toda essa jornada comigo.

“Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes”

Albert Einstein

ASSONUMA, A. L. **Tratamento cirúrgico de queratocisto odontogênico mandibular recidivante: relato de caso clínico**. 2022. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

RESUMO

O queratocisto odontogênico (QO) dos maxilares têm sido uma das entidades patológicas mais controversas na patologia maxilofacial, em grande parte devido ao potencial de recorrência. O presente estudo tem por objetivo relatar um caso clínico de uma paciente de 18 anos de idade, que apresentava uma lesão em região de ramo, ângulo e corpo mandibular do lado esquerdo, possuindo edema pronunciado na região, fístula e incomodo, obtendo-se o diagnóstico de queratocisto odontogênico. A paciente foi submetida à drenagem cirúrgica, curetagem da lesão e exodontia do dente 38, sob anestesia geral. Após quatro anos sem comparecer a clínica, a paciente voltou e a lesão apresentava-se maior, acometendo novas regiões mandibulares. Foi instalado um dispositivo para descompressão e após 1 ano e 9 meses foi realizada enucleação da lesão queratocística recidivante. Ela está sendo acompanhada clínica e radiograficamente até os dias atuais, havendo possível recidiva do cisto, porém em menor magnitude. Com isso, concluímos que o diagnóstico deste cisto necessita, mais do que nunca, da união dos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos propriamente ditos, além do que as formas de tratamento ainda são muito discutidas na literatura, por ser uma entidade patológica com elevado índice de recorrência.

Palavras-chave: Cisto odontogênico. Descompressão. Recidiva.

ASSONUMA, A. L. **Surgical treatment of recurrence mandibular odontogenic keratocyst: clinical case report.** 2022. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

ABSTRACT

Odontogenic keratocystic (OK) of the jaws has been one of the most controversial pathological entities in maxillofacial pathology, largely due to the potential for recurrence. The present study aims to report a clinical case of an 18 year old patient, who had a lesion in the region of the ramus, angle and mandibular body on the left side with great swelling in the region, fistula and discomfort that resulted in a diagnosis of odontogenic keratocyst. This was submitted to drainage of the abscess, curettage of the lesion and extraction of tooth 38, under general anesthesia. The patient returned after four years without attending the clinic and the lesion was larger, affecting new mandibular regions. A decompression device was installed and after 1 year and 9 months enucleation of the recurrent keratocystic lesion was performed. She is being followed up clinically and radiographically until the present day with a possible recurrence of the cyst but in a smaller size. That's why we conclude that the diagnosis of this cyst requires, more than ever, the union of clinical, radiographic and histopathological findings themselves, in addition to the forms of treatment that are still much discussed in the literature, as it is a pathological entity with a high rate of recurrence.

Keywords: Odontogenic cysts. Decompression. Recurrence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia panorâmica inicial: lesão radiolúcida aparente com deslocamento do elemento 38, nota-se a ausência de reabsorção radicular	13
Figura 2 – Tomografia computadorizada de corte sagital	14
Figura 3 – Tomografia computadorizada de corte sagital	14
Figura 4 – Imagens histológicas mostrando formação cística revestida por epitélio escamoso estratificado, com cápsula fibrosa com focos de hemorragia recorrentes	15
Figura 5 – Radiografia panorâmica após realização da exodontia do elemento 38, biopsia, curetagem e drenagem de abscesso	16
Figura 6 – Radiografia panorâmica mostrando a recidiva e expansão da lesão após o período de 4 anos	17
Figura 7 – A - região que será instalado o dispositivo; B - descolamento do retalho mostrando a cavidade cística; C - dispositivo em posição	18
Figura 8 – Imagens histológicas mostrando recidiva da lesão queratocística: parede fibrosa com áreas de infiltrado inflamatório linfoplasmático	18
Figura 9 – Radiografia panorâmica de um mês de descompressão	19
Figura 10 – Evolução de 5 meses de descompressão da lesão cística em região mandibular esquerda	20
Figura 11 – Evolução de 9 meses de descompressão da lesão cística em região mandibular esquerda	20
Figura 12 – Enucleação da lesão: loja cirúrgica após remoção do dispositivo; curetagem da lesão; loja cirúrgica após curetagem; osteotomia periférica com broca esférica em peça reta com irrigação de soro constante; sutura	21
Figura 13 – Lesão removida, comparada ao tamanho de uma lâmina 15c de bisturi	22
Figura 14 – Radiografia panorâmica após um ano de enucleação	23

LISTA DE SIGLAS

ATM Articulação temporomandibular

FOA Faculdade de Odontologia de Araçatuba

SGG Síndrome de Gorlin Goltz

TOQ Tumor Odontogênico Queratocisto

QO Queratocisto Odontogênico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	12
3 CASO CLÍNICO	13
4 DISCUSSÃO	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	34

1 INTRODUÇÃO

O queratocisto odontogênico (QO) dos maxilares têm sido uma das entidades patológicas mais controversas na patologia maxilofacial, em grande parte devido ao potencial de recidiva¹. Foi renomeado como cisto odontogênico na nova classificação da OMS de 2017, anteriormente era conhecido como tumor odontogênico queratocístico, pois é de origem odontogênica. Mas, ao contrário dos cistos odontogênicos, o QO apresenta comportamento localmente agressivo e tem uma aparência histológica distinta^{2,3}. Contudo, apesar de seu comportamento invasivo, é um tumor benigno intraósseo de origem epitelial que pode se apresentar como uma lesão unicística ou multicística⁴.

É uma lesão que requer considerações especiais devido ao seu aspecto agressivo e ao seu potencial de recidivas, entretanto a incidência de transformação maligna é baixa⁵. A literatura atual relata uma taxa de recorrência que varia entre 0% a 50%². Assim como outros tumores odontogênicos, o QO tem a tendência de se expandir através das paredes ósseas e invadir estruturas mais profundas², isso acontece pois os cistos aumentam gradualmente devido a uma combinação de pressão osmótica e liberação de fatores de crescimento e prostaglandinas. Essa pressão persistente exercida nas paredes ósseas acoplada a biomoléculas causa reabsorção óssea enquanto a entidade se expande⁶.

Em relação a sua origem, há duas teorias para o seu desenvolvimento: a primeira a partir de remanescentes da lâmina dentária e a outra a partir da proliferação de células da camada basal do epitélio oral da mandíbula e da maxila⁷. Seu crescimento está relacionado a fatores genéticos inerentes do seu próprio epitélio ou de atividade enzimática na parede fibrosa do cisto e não por pressão osmótica⁸.

Existem várias razões para a alta taxa de recorrência¹. Deve-se principalmente a métodos de tratamento cirúrgico, e não a fatores clínico patológicos³. Primeiro, os remanescentes epiteliais do QO podem ser deixados para trás devido ao seu fino revestimento, que é friável e facilmente fragmentado durante a enucleação. Em segundo lugar, cistos satélites ou filhos podem ser deixados além do local do cisto enucleado, particularmente em lesões multiloculares. Terceiro, o desenvolvimento de um novo cisto pode se originar de ilhas epiteliais ou microcistos deixados na mucosa adjacente ao cisto. Ilhas epiteliais e microcistos estão presentes na maioria dos QOs,

principalmente no trígono retromandibular, ramo ascendente e maxila posterior ou através de perfurações óssea^{1,9}.

A probabilidade de recorrência e a capacidade de estudar estatisticamente esses resultados são afetados por inúmeras variáveis, incluindo: discrepâncias sutis nos tratamentos, diferenças na localização dos cistos, presença ou ausência de infecção, dentes associados, envolvimento da mucosa, tamanho da lesão, e associação com a Síndrome de Gorlin Goltz (SGG)¹⁰.

A maioria dos queratocistos odontogênicos são descobertos incidentalmente durante a revisão de radiografias odontológicas de rotina¹⁰. Muitas lesões são completamente assintomáticas, porém um inchaço pode ser relatado como queixa principal de alguns pacientes¹¹. Possui crescimento lento e indolor⁷. Ocasionalmente, dor, inchaço e drenagem irão anunciar uma infecção secundária do cisto. Radiograficamente, os QOs podem aparecer como radiolucências solitárias ou multiloculares com margens lisas, recortadas ou corticalizadas. Dentes impactados são comumente associados, podendo ou não serem deslocados, dando uma aparência semelhante a cistos dentígeros. A expansão da lesão pode causar perfuração das corticais, mas a reabsorção radicular raramente é observada^{11,2}. O local mais frequente é a região de mandíbula posterior e o envolvimento do nervo alveolar inferior ocorre tardiamente⁵. Os QOs têm um pico de incidência em pacientes entre as idades de 10 e 30 anos e uma leve predominância pelo sexo masculino, são de grande interesse entre os cirurgiões bucomaxilofaciais devido à sua alta taxa de recorrência².

Histologicamente, os QO são caracterizados por um revestimento fino e uniforme de epitélio escamoso estratificado que comumente se separa da cápsula de tecido conjuntivo adjacente, uma camada corrugada de paraqueratina, uma camada de células espinhosas de quatro a oito células de espessura, uma camada em paliçada de células basais colunares, ausência de cristas rete e uma cápsula fibrosa relativamente fina que não possui infiltrados de células inflamatórias¹¹.

Várias modalidades de tratamento têm sido utilizadas no tratamento de QOs e podem ser classificadas como abordagens agressivas ou conservadoras. Abordagens conservadoras incluem descompressão com ou sem cistectomia residualsubsequente, já as abordagens agressivas podem ser simples enucleação sem

terapia adjuvante ou enucleação com terapia adjuvante, como aplicação de solução de Carnoy, crioterapia ou osteotomia periférica e ressecção, não há consenso sobre o melhor tratamento com a menor taxa de recorrência para pacientes com QO².

A descompressão cirúrgica é uma técnica em que é instalado um dreno que proporciona uma comunicação entre a cavidade oral e o interior da lesão cística, possibilitando irrigação intralesional^{12,13}. A cistectomia é a conversão de um cisto em bolsa, suturando seu revestimento à mucosa da cavidade oral, hoje, a cistostomia é conhecida como marsupialização¹⁴, que consiste na realização apenas de uma sutura da mucosa cística com a mucosa da cavidade oral¹².

A enucleação é definida como a remoção de uma lesão sem ruptura, o que é dificultado devido ao revestimento cístico fino e friável dos QOs. Por esta razão, a enucleação sozinha tem uma taxa de recorrência relatada de 25-26% e é frequentemente combinada com modalidades de tratamento adjuvantes¹¹. Alternativamente, a lesão pode receber o tratamento adjuvante com crioterapia que utiliza baixa temperatura para induzir a necrose tecidual, cauterização química com solução de Carnoy⁴ ou é feita a osteotomia periférica, que consiste na remoção de 1 a 2 mm de osso além da margem visível da lesão seja adequado para melhorar a taxa de cura⁵.

A ressecção marginal ou segmentar é curativa, associada a uma taxa de recorrência de 0%. Possui maior morbidade e é associada à reconstrução, reservando este regime para lesões altamente agressivas, grandes ou refratárias¹¹.

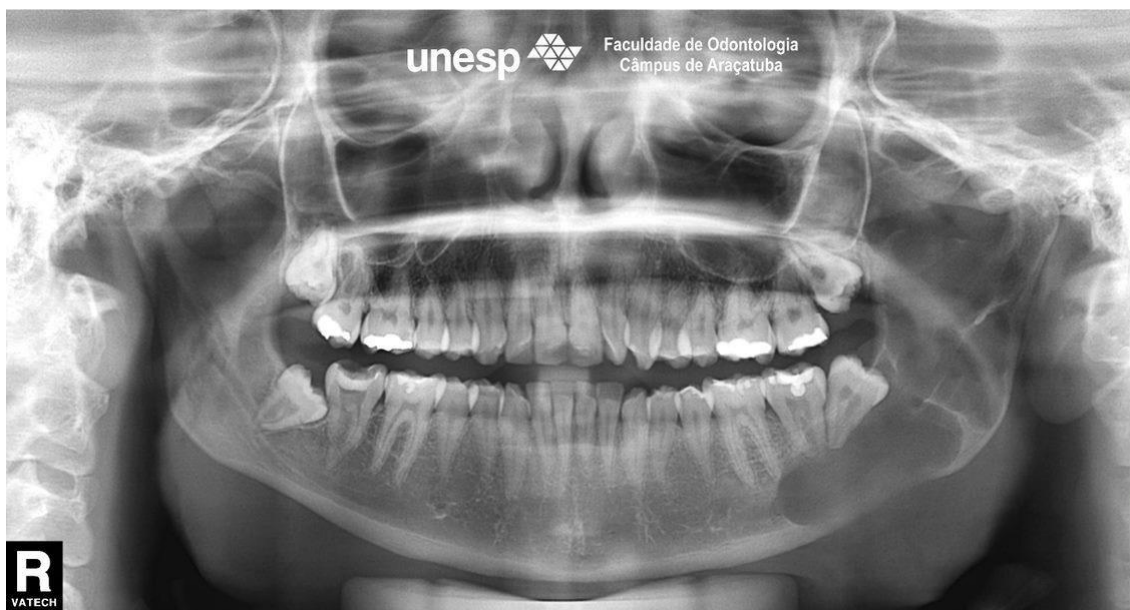
2 OBJETIVOS

O presente trabalho tem o objetivo de apresentar um caso clínico do acompanhamento de um tratamento conservador de um queratocisto odontogênico localizado na região posterior de mandíbula recorrente.

3 CASO CLÍNICO

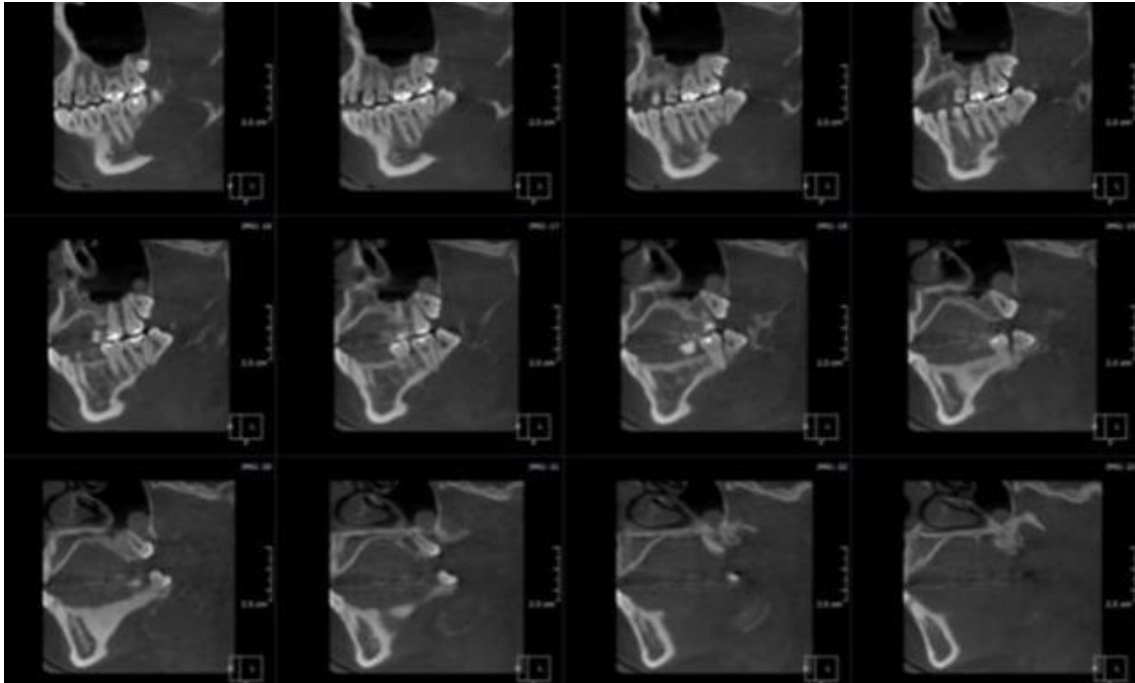
Paciente 18 anos, sexo feminino, compareceu à clínica de Cirurgia e Traumatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba queixando-se de um aumento volumétrico na mandíbula, do lado esquerdo. Na anamnese, paciente nega uso de medicamentos diários, alergias, alterações sistêmicas e antecedentes familiares. Ao exame físico extrabucal observou-se um aumento de volume facial com ponto de flutuação em região de espaço bucal esquerdo. Ao exame físico intrabucal observou-se trismo e aumento de volume endurecido em região de ramo mandibular esquerdo. Em uma primeira imagem radiográfica (Figura 1) notou-se uma lesão radiolúcida multilocular pouco delimitada, com formato irregular, acometendo região de corpo, ângulo e ramo mandibular esquerdo. Foi solicitado tomografia computadorizada (Figura 2 e 3) afim de auxiliar no diagnóstico. Dentre as hipóteses diagnósticas estavam o queratocisto odontogênico infectado e o ameloblastoma infectado. A conduta clínica adotada foi a internação da paciente para drenagem do abscesso, realização da biopsia e exodontia do dente 38.

Figura 1 - Radiografia panorâmica inicial: lesão radiolúcida aparente com deslocamento do elemento 38, nota-se a ausência de reabsorção radicular.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2015)

Figura 2 - Tomografia computadorizada de corte sagital



Fonte: Elaborado pelo Autor (2015)

Figura 3 - Tomografia computadorizada de corte sagital

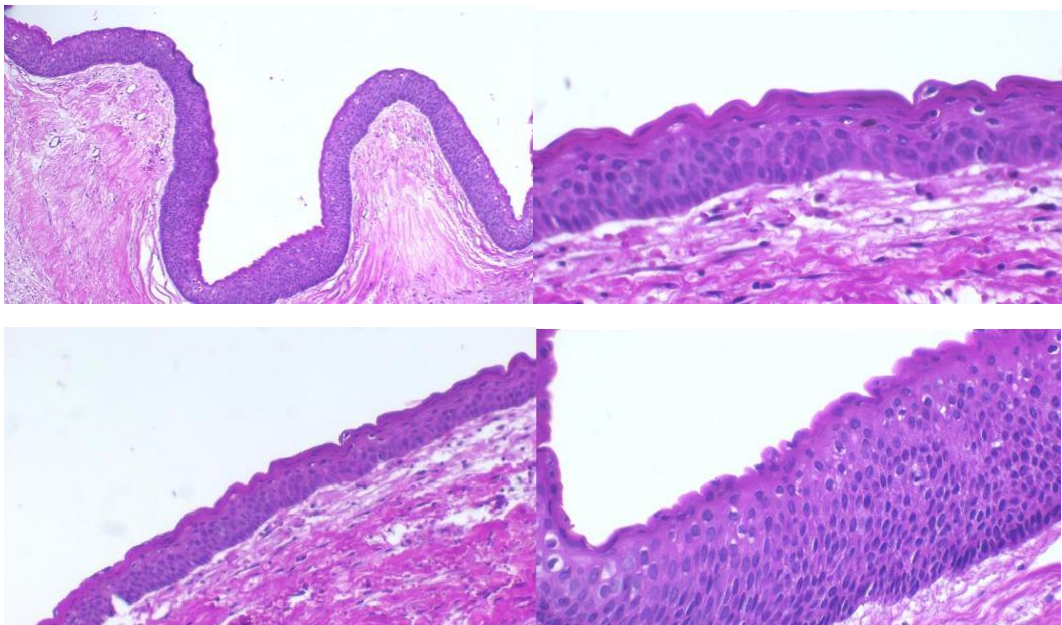


Fonte: Elaborado pelo Autor (2015)

A paciente foi internada na Santa Casa de Araçatuba sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. O procedimento seguiu os protocolos de antisepsia e anestesiologia. Em seguida, foi realizada uma incisão retromandibular intrabucal com descolamento do retalho, inicialmente foi realizada a exodontia do dente 38 para obter acesso a lesão. Foi feita a drenagem da coleção purulenta por via extrabucal e a curetagem da lesão na região. Após a finalização da curetagem, o retalho foi reposicionado e suturado com fio de nylon 6-0, removeu-se o tampão orofaríngeo e a paciente foi extubada.

Com o laudo histopatológico dos fragmentos (Figura 4) constatou-se: tumor de face com hipótese diagnóstica de queratocisto odontogênico. Como resultado da aspiração da lesão cística constatou-se: processo inflamatório agudo e ausência de células neoplásicas no material. (Anexo A).

Figura 4 - Imagens histológicas mostrando formação cística revestida por epitélio escamoso estratificado, com cápsula fibrosa com focos de hemorragia recorrentes.



Fonte: Laboratório de Patologia de Araçatuba (2015)

Agregando as informações clínicas, radiográficas e histopatológicas o diagnóstico clínico foi de queratocisto odontogênico.

A paciente compareceu ao retorno pós operatório, possuindo características cicatriciais compatíveis com o tempo de pós operatório cirúrgico, solicitou-se uma

nova radiografia panorâmica (Figura 5) para acompanhamento da lesão, reagendamento e orientação a paciente.

Figura 5 - Radiografia panorâmica após realização da exodontia do elemento 38, biopsia, curetagem e drenagem de abscesso.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2015)

Paciente retornou após aproximadamente 25 dias do procedimento cirúrgico. Apresentava-se com bom estado de saúde geral, a mucosa em cicatrização estava com sinal de melhora e o tecido cutâneo estava com tecido de granulação sem secreção atípica. Realizou-se o reagendamento da paciente.

Entretanto, a paciente não compareceu ao retorno agendado e parou de utilizar o serviço CTBMF da faculdade. Após 4 anos sem comparecer, a paciente retornou se queixando de um aumento volumétrico maior na mesma região anteriormente diagnosticada, dor na articulação temporomandibular (ATM) e drenagem de pus em boca. Ao exame físico intraoral observou-se drenagem de secreção cística em região do dente 38 e apagamento do fundo de vestibulo nessa área. Em um novo exame radiográfico (Figura 6), observou-se que a lesão havia aumentado de tamanho e invadido novas áreas da mandíbula do lado esquerdo, envolvendo uma parte do corpo mandibular, ângulo, ramo, processo coronoide e se estendendo até o côndilo. A

hipótese diagnóstica é de recidiva de queratocisto e a conduta clínica foi de internação da paciente.

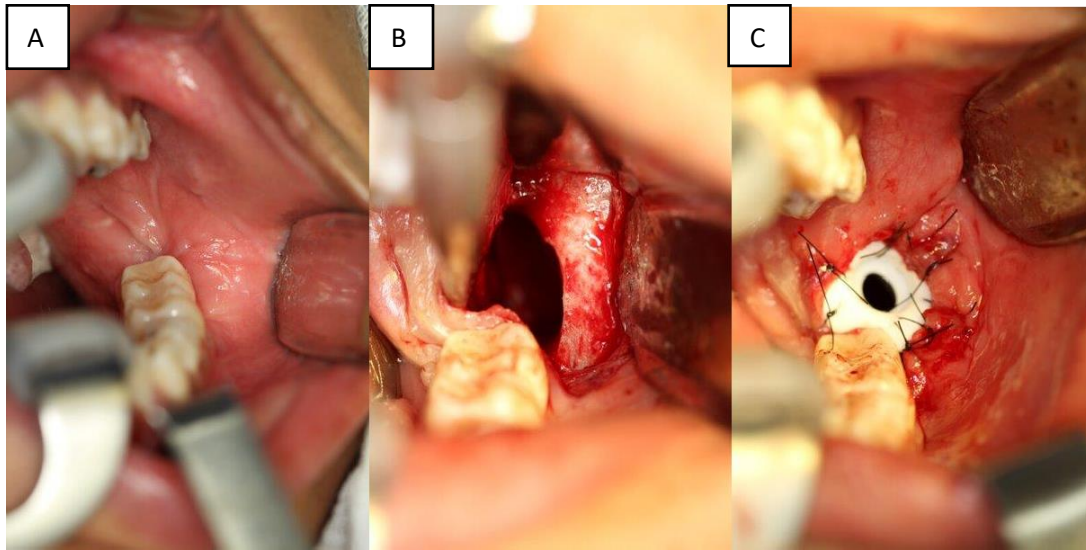
Figura 6 - Radiografia panorâmica mostrando a recidiva e expansão da lesão após o período de 4 anos.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2019)

Neste momento realizou-se, sob anestesia geral, uma biópsia com intercomunicação das lojas patológicas e instalação de um dispositivo para descompressão (Figura 7). A paciente foi orientada em relação aos cuidados com o dispositivo, como irrigar com 40ml de soro fisiológico após todas as refeições e foi reagendada para controle pós operatório.

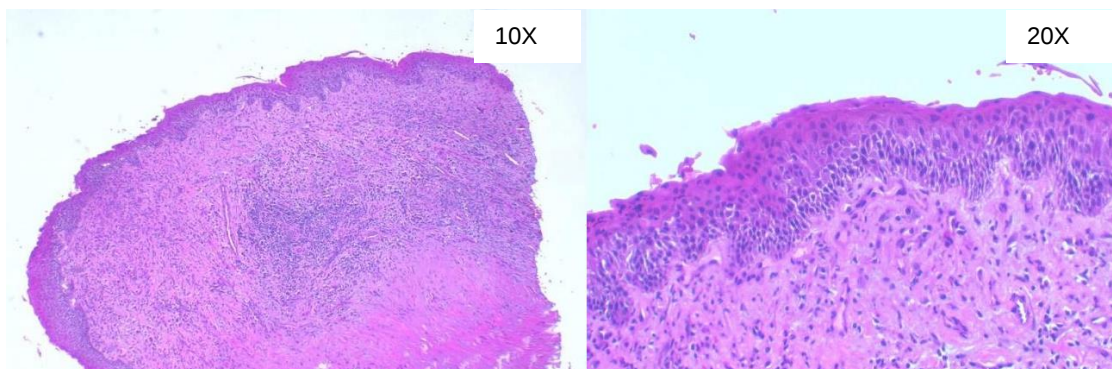
Figura 7 - A- região que será instalado o dispositivo; B- descolamento do retalho mostrando a cavidade cística; C- dispositivo em posição.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2019)

No resultado da nova biopsia (Figura 8), confirmou-se o diagnóstico de queratocisto odontogênico (Anexo B).

Figura 8 - Imagens histológicas mostrando recidiva da lesão queratocística: parede fibrosa com áreas de infiltrado inflamatório linfoplasmático.



Fonte: Laboratório de Patologia de Araçatuba (2019)

Paciente realizou os retornos pós operatórios para acompanhamento da descompressão cística, notava-se ainda o aumento volumétrico na região mandibular esquerda, paciente apresentava um bom estado de saúde geral e ao exame clínico intrabucal o dispositivo encontrava-se em posição. Após um mês de descompressão

paciente queixou-se de dor a palpação na mesma região. A palpação foi constatado um linfonodo submandibular infartado. Foi solicitado uma nova radiografia panorâmica (Figura 9).

Figura 9 - Radiografia panorâmica de um mês de descompressão.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2019)

Paciente continuou comparecendo as consultas para acompanhamento da descompressão cística, sem queixas álgicas, relatava estar irrigando constantemente para limpeza da cavidade, o dispositivo encontrava-se em boa posição e sem sinais de infecção. Após 5 meses de descompressão foi feito o pedido de uma nova radiografia panorâmica (Figura 10) para acompanhamento. E após 9 meses da cirurgia foi solicitado outra documentação radiográfica (Figura 11) afim de acompanhar a evolução.

Figura 10 - Evolução de 5 meses de descompressão da lesão cística em região mandibular esquerda.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2020)

Figura 11 - Evolução de 9 meses de descompressão da lesão cística em região mandibular esquerda.

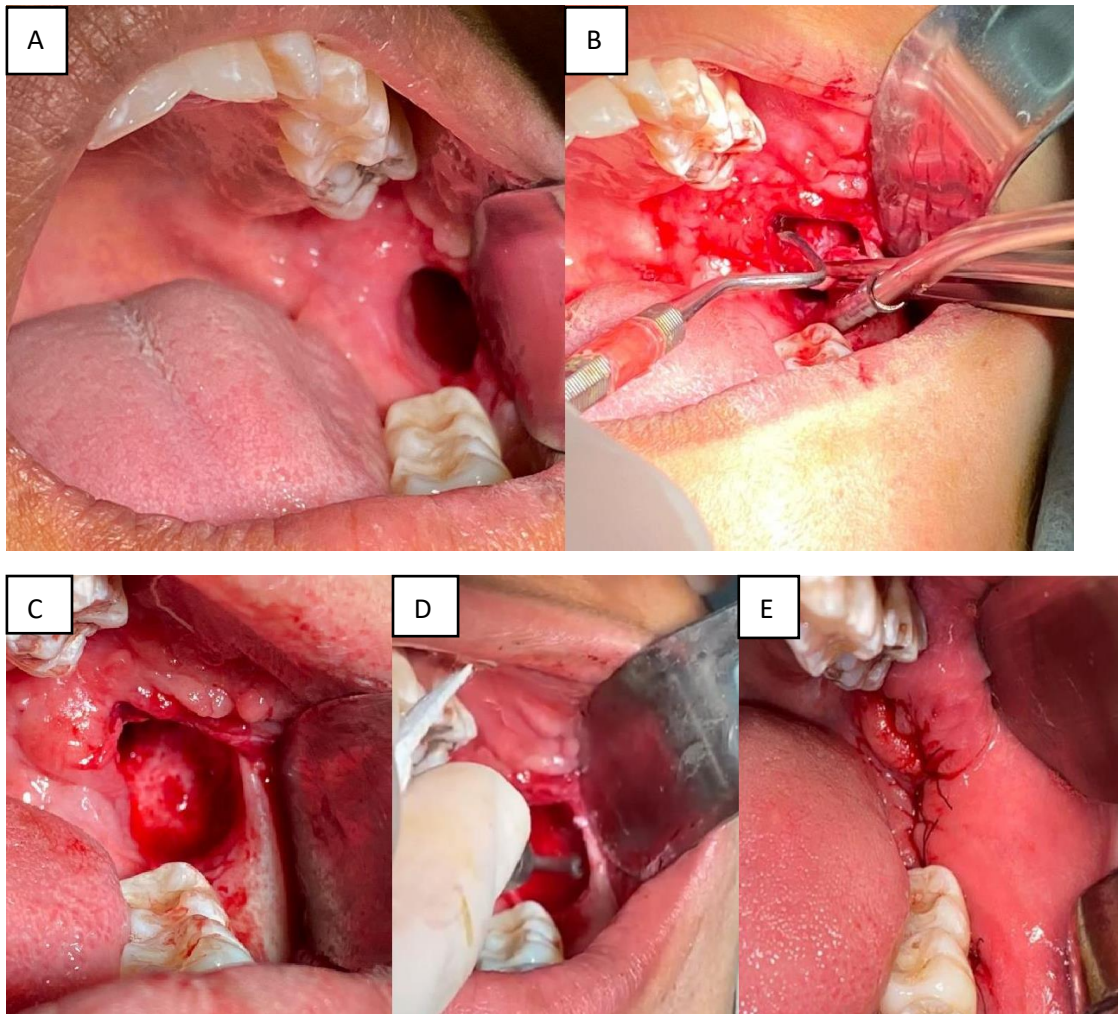


Fonte: Elaborado pelo Autor (2020)

Mesmo com a pandemia do Coronavírus, paciente manteve em contato com a equipe, relatando que estava realizando a higienização do dispositivo, sem queixas álgicas e sem desconfortos.

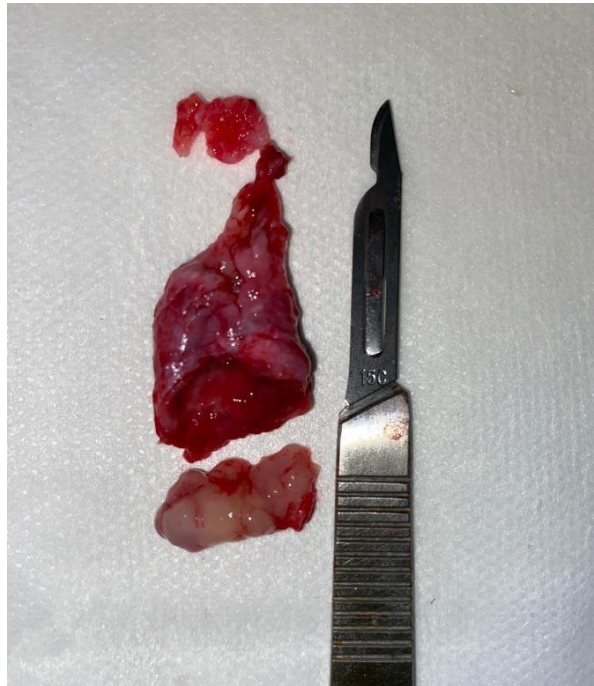
Paciente retorna após 1 ano e 9 meses de descompressão, apresentando redução da lesão e dispositivo em posição. A conduta clínica foi de exérese da lesão associada a osteotomia periférica (Figura 12 e 13), realizada sob anestesia local na clínica da Pós Graduação de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de Araçatuba.

Figura 12 - Enucleação da lesão: A - loja cirúrgica após remoção do dispositivo; B - curetagem da lesão; C - loja cirúrgica após curetagem; D - osteotomia periférica com broca esférica em peça reta com irrigação de soro constante; E - sutura.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2021)

Figura 13 - Lesão removida, comparada ao tamanho de uma lâmina 15c de bisturi.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2021)

Após 1 semana, foi feita a remoção da sutura e reforçou-se as instruções pós operatórias e de acompanhamento.

Foi feito o controle radiográfico após 1 ano da enucleação da lesão (Figura 14) afim de acompanhar o caso, e observou-se pequena lesão radiolúcida em ramo mandibular esquerdo, podendo indicar resquício da lesão. Clinicamente não foi observado alterações. A conduta a ser seguida é de acompanhamento clínico e radiográfico até que a equipe consiga interna-la em centro cirúrgico para enucleação total da lesão, sob anestesia geral. Pois durante a cirurgia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), sob anestesia local, a paciente sentiu muita sensação álgica, porque possivelmente o nervo alveolar inferior estava reposicionado devido ao crescimento prévio do queratocisto.

Figura 14 - Radiografia panorâmica após um ano de enucleação.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

4 DISCUSSÃO

O queratocisto odontogênico (QO), anteriormente conhecido como tumor odontogênico queratocístico (TOQ), é de origem odontogênica². Em 2005, a OMS reclassificou 'queratocisto odontogênico' para 'tumor odontogênico queratocístico', definindo-o como um 'tumor intraósseo uni ou multicístico benigno'¹¹ e em 2017 o termo queratocisto odontogênico voltou a ser utilizado. Muitas dessas lesões são completamente assintomáticas, desde que não tenham infecção associada^{15,16,17}, encontradas incidentalmente durante exames radiográficos odontológicos de rotina¹¹. Também podem ser descobertas devido a características clínicas visíveis, dentre elas o inchaço é uma queixa comum¹¹. Desenvolve-se no sentido anteroposterior, pelos espaços medulares ósseos^{15,16,17}, acometendo a maxila e mandíbula, e podendo apresentar grande volume, por possuir significativo poder de expansão e extensão dentro dos tecidos adjacentes.

A região posterior mandibular é a mais acometida, representando cerca de 12-14% de todos os cistos odontogênicos de mandíbula¹⁸, ocorrendo geralmente entre a segunda e a quinta década de vida, características estas que corroboram o caso clínico apresentado¹⁹. A incidência de transformação maligna é provavelmente extremamente baixa⁵. Dentre a incidência, não há diferenças aparentes nas taxas de recorrência entre pacientes do sexo masculino e feminino²⁰.

Radiograficamente, a lesão possui características comuns com as descritas na literatura, apresentando aspecto multilocular devido ao seu tamanho¹⁹. Encontra-se na região posterior de mandíbula⁵, acometendo região de corpo, ramo e ângulo, sendo esse o local mais comum desse cisto ocorrer¹⁵. Dentes impactados são comumente associados às lesões e a expansão da lesão pode causar perfuração das corticais, mas a reabsorção radicular raramente é observada¹¹. O envolvimento do nervo alveolar inferior ocorre tardiamente⁵.

O diagnóstico requer uma biópsia cirúrgica, e as dificuldades podem surgir quando o cisto foi previamente exposto ou inflamado⁵, como no caso acima supracitado, no qual a paciente possuía um quadro clínico de abscesso associado. Histologicamente, os QO são caracterizados por um revestimento fino e uniforme de epitélio escamoso estratificado que comumente se separa da cápsula de tecido conjuntivo adjacente, uma camada corrugada de paraqueratina, uma camada de células espinhosas de quatro a oito células de espessura, uma camada em paliçada

de células basais colunares , ausência de cristas rete e uma cápsula fibrosa relativamente fina¹¹, características descritas no laudo histopatológico recebido pelo Laboratório de Patologia de Araçatuba, após o envio da biopsia, em ambas ocorrências. O conteúdo cístico era líquido (cor de palha) e cremoso (espesso e acinzentado), contendo queratina, cristais de colesterol e corpos hialinos¹⁹. O exame histopatológico cuidadoso de um cisto odontogênico também deve ser recomendado, pois, embora seja raro, existe a possibilidade de seu revestimento epitelial se tornar maligno²¹.

Existem duas teorias para o seu desenvolvimento: a primeira a partir de remanescentes da lâmina dentária e a outra a partir da proliferação de células da camada basal do epitélio oral da mandíbula e da maxila⁷. Diferente dos demais cistos que crescem devido ao aumento da pressão osmótica^{15,22}, seu crescimento está relacionado a fatores genéticos inerentes do seu próprio epitélio ou de atividade enzimática na parede fibrosa do cisto⁸.

Devido às características clínicas e radiográficas, como a maior parte exibe imagens radiolúcidas associadas à coroa de um elemento dental, geram-se dúvidas quanto ao diagnóstico. Os diagnósticos diferenciais incluem o cisto dentígero, o ameloblastoma, o cisto odontogênico calcificante, o tumor odontogênico adenomatoide e o fibroma ameloblástico. Contudo, quando se apresenta solitária sem a associação de um dente, pode-se incluir, no diagnóstico diferencial, o cisto ósseo traumático, o granuloma central de células gigantes, o cisto periodontal lateral, cistos fissurais e lesões não odontogênicas, como más formações vasculares intraósseas, tumores ósseos benignos e plasmocitomas^{7,8,19}.

Existem várias razões para a alta taxa de recorrência¹, principalmente devido aos métodos de tratamento cirúrgico³. Primeiro, os remanescentes epiteliais do QO podem ser deixados para trás por possuírem um revestimento fino que é friável e facilmente fragmentado durante a enucleação. Em segundo lugar, cistos satélites ou filhos podem ser deixados além do local do cisto enucleado, particularmente em lesões multiloculares. Terceiro, o desenvolvimento de um novo cisto pode se originar de ilhas epiteliais ou microcistos deixados na mucosa adjacente ao cisto, estas estão presentes na maioria dos QOs, principalmente no trígono retromandibular, ramo ascendente e maxila posterior ou através de perfurações ósseas¹.

A região posterior da mandíbula foi o local de maior risco de recorrência³, sendo essa região acometida pela lesão no caso clínico supracitado. As características anatômicas do córtex fino, dificuldade de acesso impedindo a remoção completa de todo o cisto, estreita relação do margens do cisto para estruturas vitais com tentativas de métodos de tratamento conservador como enucleação, e a alta ocorrência de perfuração cortical frequente e firme adesão dos cistos à mucosa subjacente, são possíveis explicações para a localização de alto risco de recidiva³. Os queratocistos odontogênicos da maxila são incomuns em comparação com os da mandíbula²⁰.

Há diversos tipos de tratamentos para o queratocisto odontogênico, dentre eles, os conservadores incluem enucleação simples com ou sem curetagem ou marsupialização/descompressão, com ou sem medidas terapêuticas secundárias. Já os métodos agressivos incluem osteotomia periférica, curetagem química com solução de Carnoy, crioterapia e ressecção (em bloco ou marginal)¹⁸.

A ressecção marginal ou segmentar é descrita na literatura como curativa, sendo associada a uma taxa de recorrência de 0%. Porém é a técnica que possui maior morbidade para o paciente, tanto na ressecção em si como na reconstrução que teria que ser executada posteriormente, reservando este regime para lesões altamente agressivas, grandes ou refratárias¹¹.

A enucleação é definida como a remoção de uma lesão com ou sem ruptura. Essa técnica isolada possui uma taxa de recorrência relatada de 25% devido às características da capsula desse cisto. Por esta razão, é frequentemente combinada com modalidades de tratamento adjuvantes, como a osteotomia periférica; osteotomia periférica com azul de metileno ou violeta cristal, que são corantes aplicados para melhor indicação visual da quantidade óssea a ser removida; pode ser associada também à solução de Carnoy, que consiste em um fixador que age penetrando nos espaços esponjosos do osso, desvitalizando e fixando as células tumorais remanescentes; alternativamente há a associação com crioterapia, que resulta na formação de cristais de gelo intra e extracelulares que rompem o equilíbrio osmótico e eletrolítico normal dentro das células, resultando em morte celular. A enucleação do tumor e a curetagem são consideradas adequadas para pequenas lesões unicísticas ou periféricas, porém essa abordagem produz resultados ruins,

incluindo relatórios taxas de recorrência de até 80%, no tratamento de neoplasias enormes e multicísticas. A preservação de osso marginal fino também aumenta o risco de fratura e recorrência²³, fato que comprova a conservação da lesão e sua recidiva anos depois.

A cápsula fina e friável e a formação de septos e bordas irregulares conforme o crescimento da lesão dificulta a remoção da cavidade óssea através da enucleação por curetagem¹⁵, o que explica a não regressão da lesão inicialmente.

A marsupialização e a descompressão são procedimentos semelhantes nos quais uma janela cirúrgica é criada e mantida para permitir a evacuação do conteúdo cístico ao longo do tempo. A marsupialização mantém uma cavidade aberta, fixando o revestimento cístico evertido à mucosa circundante usando suturas, enquanto a descompressão geralmente se refere à colocação de algum tipo de dreno ou dispositivo para garantir a permeabilidade^{11,13}.

A descompressão é muito utilizada em casos de lesões extensas, visando à preservação de estruturas nobres próximas ao campo operatório, como, os dentes, feixes vâsculo-nervosos e espaços aéreos^{13,19}. Além dessa vantagem, essa técnica permite a manutenção da vitalidade pulpar e prevenção de fraturas mandibulares. Segundo a literatura, a descompressão resultou em formação de osso novo, espessamento da parede do cisto e conservação de estruturas ósseas e anatômicas¹⁴. Em contrapartida, o acompanhamento e visitas pós operatórias devem ser constantes para verificar se o dispositivo não sofreu alguma alteração¹⁴, este deve ser de fácil higienização por parte do paciente¹², que deve ser orientado a irrigar com soro fisiológico diariamente, após as refeições¹⁵ e a colaboração e compromisso do paciente são de fundamental importância para o sucesso dessa técnica, como ocorreu no caso clínico em questão.

Em algumas técnicas, é recomendado que a descompressão seja utilizada para cura e resolução completa da lesão, possuindo uma taxa de recorrência de 10%, enquanto em outras é utilizada para descomprimir a lesão e diminuir seu tamanho, engrossar o revestimento para facilitar para remover, e quando o cisto tiver diminuído de tamanho o suficiente para ficar longe de outras estruturas (nervo alveolar inferior e dentes adjacentes), ele pode ser enucleado⁵, como plano de tratamento a

descompressão foi usada com dois tempos cirúrgicos¹³, possuindo taxa de cura a longo prazo maior.

Conforme achados na literatura, se uma das causas da alta taxa de recorrência após a enucleação simples é causada pela presença de fragmentos retidos de revestimento mais cistos-filhos que são deixados para trás, então a remoção de 1 a 2 mm de osso além da margem visível da lesão seja uma conduta adequada para melhorar a taxa de cura, tal qual foi realizada^{5,11}. Portanto a enucleação com osteotomia periférica tem se mostrado eficaz no tratamento do queratocisto e apresenta menor morbidade⁸, sendo considerado um método de manejo preferencial⁹.

Portanto, alguns critérios importantes devem ser considerados na escolha do plano de tratamento, como o tamanho do cisto, a idade do paciente, a proximidade com estruturas anatômicas nobres, o potencial de crescimento e agressividade da lesão, a importância clínica do dente envolvido, além das peculiaridades de cada caso em si¹². Ademais, as discrepâncias sutis nos tratamentos, presença ou ausência de infecção, envolvimento da mucosa, associação com síndromes e a adesão do paciente nos retornos para acompanhamento são de fundamental relevância para escolha do tratamento a seguir^{10,18,24}. O diagnóstico conclusivo pré operatório não deve ser feito sem a realização de um exame histopatológico¹⁹, afim de eliminar os diagnósticos diferenciais.

Para lesões recorrentes, saber que o primeiro tratamento falhou pode influenciar a escolha dos tratamentos subsequentes¹⁴. Essa recorrência não foi estatisticamente significativamente afetada pela localização da lesão (maxila/mandíbula) ou pelo sexo do paciente²⁰, e parece estar mais relacionada à natureza do queratocisto do que a técnica utilizada para seu tratamento⁸. Cistos múltiplos são mais propensos a recorrer, especialmente em pacientes mais jovens e, portanto, o acompanhamento de perto é essencial³, por isso a importância do acompanhamento clínico-radiográfico prolongado do paciente após a remoção do queratocisto odontogênico⁷.

A maioria das enucleações com ou sem terapia adjuvante foi realizada no centro cirúrgico e houve mais morbidade pós operatória precoce em termos de dor e inchaço, porém foi apenas uma operação realizada e manejos pós operatórios mais simples¹⁴. Os próximos passos consistem no acompanhamento clínico e radiográfico

da paciente, visto que na última radiografia panorâmica encontrou-se um resíduo da lesão, e a intenção é leva-la ao centro cirúrgico para enucleação total da lesão, visto que seu tamanho é diminuto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de queratocisto odontogênico é resultado dos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos, indispensavelmente. A literatura afirma que dentre os tratamentos menos agressivos, a descompressão seguida da enucleação diminui a probabilidade de recorrência e é uma escolha frequente para tratar essas lesões, por diminuir a morbidade do procedimento, como aconteceu com a paciente. Devido à alta frequência de recorrência o acompanhamento clínico e radiográfico é extremamente necessário, principalmente em pacientes jovens.

REFERÊNCIAS

- 1 AL-MORAISSEI, E. A.; POGREL, M. A.; ELLIS III, E. Does the excision of overlying oral mucosa reduce the recurrence rate in the treatment of the keratocystic odontogenic tumor? A systematic review and meta-analysis. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 74, n. 10, p. 1974-1982, 2016.

- 2 AL-MORAISSEI, E. A.; POGREL, M. A.; ELLIS III, E.. 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. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 44, n., p. 1395-1403, 2016.

- 3 FIDELE, N. B. *et al.* Recurrence of odontogenic keratocysts and possible prognostic factors: Review of 455 patients. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 24, n. 4, p. e491, 2019.

- 4 DE SOUZA CRUZ, E. L. *et al.* Use of refrigerant spray of a propane/butane/isobutane gas mixture in the management of keratocystic odontogenic tumors: a preliminary study. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 21, n. 1, p. 21-26, 2017.

- 5 POGREL, M. A. The keratocystic odontogenic tumor. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, v. 25, n. 1, p. 21-30, 2013.

- 6 CASTRO-NÚÑEZ, J. Decompression of odontogenic cystic lesions: past, present, and future. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 74, n. 1, p. 104.e1-104. e9, 2016.

- 7 MOURA, B. S.; CAVALCANTE, M. A.; HESPANHOL, W.. Tumor odontogênico ceratocístico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, p. 466-471, 2016.

- 8 DE OLIVEIRA, M. H. *et al.* Queratocisto odontogênico: índice de recorrência em função do tipo de tratamento. **Archives Of Health Investigation**, v. 10, n. 9, p. 1396-1402, 2021.

- 9 SLUSARENKO DA SILVA, Y.; STOELINGA, P. J. W.; NACLÉRIO-HOMEM, M. G. Recurrence of nonsyndromic odontogenic keratocyst after marsupialization and

delayed enucleation vs. enucleation alone: a systematic review and meta-analysis. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2019.

10 GRASMUCK, E. A.; NELSON, B. L. Keratocystic odontogenic tumor. **Head and Neck Pathology**, v. 4, n. 1, p. 94-96, 2010.

11 COVELLO, P.; BUCHBINDER, D. Recent trends in the treatment of benign odontogenic tumors. **Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery**, v. 24, n. 4, p. 343-351, 2016.

12 OLIVEIRA JÚNIOR, H. C. C. *et al.* Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral: Surgical decompression in the treatment of cystic lesions of the oral cavity. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 14, n. 1, p. 15-20, 2014.

13 PINTO, G. N. S. *et al.* Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **RFO UPF**, v. 20, n. 3, p. 361-366, 2015.

14 KINARD, B. E. *et al.* For treatment of odontogenic keratocysts, is enucleation, when compared to decompression, a less complex management protocol? **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 73, n. 4, p. 641-648, 2015.

15 BALMICK, S. *et al.* Recidiva do tumor odontogênico ceratocístico: análise retrospectiva de 10 anos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 11, n. 1, p. 85-91, 2011.

16 NEVILLE, B. W. *et al.* Cistos e tumores odontogênicos. *In*: NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 565-616.

17 STOELINGA, P. J. W. Long-term follow-up on keratocysts treated according to a defined protocol. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 30, n. 1, p. 14-25, 2001.

18 AL-MORAISSEI, E. A. *et al.* What surgical treatment has the lowest recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: A large systematic

review and meta-analysis. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 45, n. 1, p. 131-144, 2017.

19 ACIOLE, G. T. S. *et al.* Tumor odontogênico queratocisto recidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? relato de caso clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 10, n. 1, p. 43-48, 2010.

20 CHRCANOVIC, B. R.; GOMEZ, R. S. Recurrence probability for keratocystic odontogenic tumors: an analysis of 6427 cases. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 45, n. 2, p. 244-251, 2017.

21 MEDAWELA, R. M. S. H. B. *et al.* Squamous cell carcinoma arising from a keratocystic odontogenic tumor: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2017.

22 SHEAR, M. The aggressive nature of the odontogenic keratocyst: is it a benign cystic neoplasm? Part 1. Clinical and early experimental evidence of aggressive behaviour. **Oral Oncology**, v. 38, n. 3, p. 219-226, 2002.

23 BIANCHI, B. *et al.* Mandibular resection and reconstruction in the management of extensive ameloblastoma. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 71, n. 3, p. 528-537, 2013.

24 POLAK, K. *et al.* Odontogenic keratocyst of the mandible: A case report and literature review. **Dental and Medical Problems**, v. 56, n. 4, p. 433-436, 2019.

ANEXO A - Laudo Histopatológico, 2015



PATOLOGIA CIRÚRGICA - CITOPATOLOGIA - PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA
IMUNOISTOQUÍMICA - PATOLOGIA MOLECULAR



EQUIPE MÉDICA:
Dr. Neivio José Mattar - CRM: 19.059
Responsável Técnico
Dr. Deolino João Camilo Jr. - CRM: 111.081
Dra. Solange Pires d'Ávila - CRM: 34.292
Dr. José Cândido C. Xavier Jr. - CRM: 153.496
ESPECIALISTAS - SBP I AMB EM PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA
Rua Floriano Peixoto, 808 - VI. Mendonça
Fone: (18) 3623-6326 - Aracatuba - SP
www.patologiaaracatuba.com.br

Nome: RAQUEL BRITO MONCAO

Nº Requisição: BS2015-02425

Médico: DR. IDELMO RANGEL GARCIA JUNIOR

Procedimento Médico Diagnóstico: ANATOMO-PATOLÓGICO

Sexo: F Idade: 19 anos

Data Nasc: 02/06/1996

Entrada: 25/09/2015

Data coleta:

Página: 1 / 2

Material: **1. CINCO FRAGMENTOS IRREGULARES IDENTIFICADOS COMO TUMOR DE FACE + 2. OITO FRAGMENTOS IRREGULARES IDENTIFICADOS COMO TUMOR DE FACE + 3. TRÊS FRAGMENTOS IRREGULARES IDENTIFICADOS COMO TUMOR DE FACE + 4. TRÊS FRAGMENTOS IDENTIFICADOS COMO DENTE.**

MACROSCOPIA:

Recebemos quatro frascos:

Frasco nº 1 - identificado como **Tumor de face**: cinco fragmentos irregulares, com tamanhos variando entre 0,4 e 1,5 cm, branco-amarelados, com coágulos sanguíneos aderidos e de consistência elástica.

Incluído todo o material.

Bloco: 01; Fragmentos: 05.

Frasco nº 2 - identificado como **Tumor de face**: oito fragmentos bastante irregulares, com tamanhos variando entre 0,6 e 2 cm, branco-acinzentados, elásticos, mostrando parte de sua superfície lisa e brilhante. Acompanham três fragmentos irregulares de tecido ósseo, com tamanhos variando entre 0,7 e 1 cm, acastanhados e de consistência pétrea.

Incluído todo o material.

Blocos: 03; Fragmentos: 08.

Frasco nº 3 - identificado como **Tumor de face**: formação cística rota medindo 3,5 cm de comprimento, com largura máxima de 1,5 cm, branco-acinzentada, elástica e com coágulos sanguíneos aderidos. Aos cortes transversais, notamos superfície interna finamente trabeculada, de mesma coloração que externamente, com espessura da parede variando entre 0,1 e 0,2 cm. Vem, em separado, dois fragmentos menores, medindo 1 e 2 cm nos maiores eixos, sugerindo fazer parte da peça cirúrgica acima descrita.

Fragmentos representativos foram enviados para preparação histológica.

Bloco: 01; Fragmentos: 02 + 02.

Frasco nº 4 - identificado como **Dente**: três fragmentos de dente, com tamanhos variando entre 0,8 e 1,7 cm, branco-acastanhados, de consistência bastante endurecida e mostrando parte de sua superfície lisa e brilhante.

Fragmentos representativos foram enviados para preparação histológica.

Blocos: 02; Fragmentos: 03.

MICROSCOPIA/CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA:

1 e 2. **Treze fragmentos irregulares identificados como tumor de face (SIC):**

- PROCESSO INFLAMATÓRIO AGUDO - caracterizado por fragmentos de tecido conjuntivo fibroso e adiposo ricamente vascularizados e permeados por denso infiltrado inflamatório predominantemente neutrofílico. De permeio vê-se fragmentos de tecido ósseo.

- continua -



PATOLOGIA CIRÚRGICA - CITOPATOLOGIA - PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA
IMUNOISTOQUÍMICA - PATOLOGIA MOLECULAR



EQUIPE MÉDICA:
Dr. Neivio José Mattar - CRM: 19.059
Dr. Deolino João Camilo Jr. - CRM: 111.081
Dra. Solange Pires d'Ávila - CRM: 34.292
Dr. José Cândido C. Xavier Jr. - CRM: 153.496
ESPECIALISTAS - SBP I AMB EM PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA
Rua Floriano Peixoto, 808 - VI. Mendonça
Fone: (18) 3623-6326 - Araçatuba - SP
www.patologiaaraçatuba.com.br

Nome: RAQUEL BRITO MONCAO

Nº Requisição: BS2015-02425

Médico: DR. IDELMO RANGEL GARCIA JUNIOR

Procedimento Médico Diagnóstico: ANATOMO-PATOLÓGICO



Sexo: F Idade: 19 anos

Data Nasc: 02/06/1996

Entrada: 25/09/2015

Data coleta:

Página: 2 / 2

- Continuação do Exame BS2015-2425 -

3. Três fragtos irregulares identificados como tumor de face (SIC):

- Formação cística rota revestida por epitélio escamoso estratificado. Adjacente ao epitélio vê-se cápsula fibrosa com focos de hemorragia recente.

4. Três fragtos irregulares identificados como dente (SIC):

- Fragmentos de dente dentro dos padrões histológicos da normalidade.

NOTAS:

1. O pedido médico especifica que os materiais acima descritos são de lesão intraóssea localizada em ramo mandibular esquerdo.

2. No espécime 03 as características histopatológicas são compatíveis com a hipótese clínica de ceratocisto odontogênico.

mcs/SPD

T: 170.1 M: 3540

Araçatuba, 30 de setembro de 2015

Drª Solange Pires D'Ávila
CRM: 34292



PATOLOGIA CIRÚRGICA - CITOPATOLOGIA - PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA
IMUNOISTOQUÍMICA - PATOLOGIA MOLECULAR



EQUIPE MÉDICA:

Dr. Nelvio José Mattar - CRM: 19.059
Dr. Derlino João Camilo Jr. - CRM: 111.081
Dra. Solange Pires d'Ávila - CRM: 34.292
Dr. José Cândido C. Xavier Jr. - CRM: 153.496

ESPECIALISTAS - SBCP / AMB EM PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA
Rua Floriano Peixoto, 808 - VI. Mendonça
Fone: (18) 3623-6326 - Araçatuba - SP
www.patologiaaracatuba.com.br

Nome: RAQUEL BRITO MONCAO

Nº Requisição: CI2015-00776

Médico: DR. IDELMO RANGEL GARCIA JUNIOR

Procedimento Médico Diagnóstico: CITOPATOLÓGICO



Sexo: F Idade: 19 anos

Data Nasc: 02/06/1996

Entrada: 25/09/2015

Data coleta:

Página: 1 / 1

Material: PRODUTO DE ASPIRAÇÃO DE LESÃO CÍSTICA EM MANDÍBULA ESQUERDA.

Material: Uma seringa com 2,6 ml de líquido acastanhado e levemente espesso.

Método: Citocentrifugação (três sedimentos).

Coloração: Hematoxilina-Eosina.

MICROSCOPIA: três sedimentos constituídos por células inflamatórias predominantemente neutrófilos. Em menor quantidade vê-se linfócitos e macrófagos.

CONCLUSÃO:

- PROCESSO INFLAMATÓRIO AGUDO.

- AUSÊNCIA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS NESTE MATERIAL.

mcs/SPD

Araçatuba, 30 de setembro de 2015

Drª Solange Pires D'Ávila
CRM: 34292

ANEXO B - Laudo histopatológico, 2017

Material: LESÃO CÍSTICA INTRAÓSSEA DE CORPO E CÔNDILO DA MANDÍBULA ESQUERDA.

Dados clínicos: A paciente foi operada há 4 anos, de lesão cística no ângulo da mandíbula esquerda com resultado de exame anátomo-patológico de Ceratocisto Odontogênico, mas não fez acompanhamento e retornou com possível recidiva da lesão.

MACROSCOPIA:

Fragmento irregular medindo 1,3 x 0,9 x 0,5 cm, constituído por tecido pardoacinzentado, elástico, com pequenas porções de coágulos sanguíneos aderidos. Acompanham dois fragmentos menores medindo 0,5 e 0,9 cm nos maiores eixos, pardoscurcidos e elásticos.

Incluído todo o material.

Descrição: bloco:1 fragmentos:4.

MICROSCOPIA/CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA:

Lesão cística intraóssea de corpo e côndilo da mandíbula E.:

- CERATOCISTO ODONTOGÊNICO - com alterações inflamatórias, constituído de parede fibrosa, com áreas de infiltrado inflamatório linfoplasmocitário e de granulócitos e revestida por epitélio plano estratificado. Nas áreas de maior infiltrado inflamatório o epitélio é espesso com hiperplasia de cristas epiteliais e onde a inflamação é mais leve e/ou ausente, o epitélio escamoso tem no máximo oito camadas de células e apresenta paraceratose com aspecto ondulado.

Ausência de indícios morfológicos de malignidade neste material.