

Marsupialização de extenso queratocisto odontogênico em região anterior de mandíbula

Marsupialization of an extensive Odontogenic Keratocyst in the anterior mandibular region

Elen de Souza Tolentino

Livia de Souza Tolentino

Cirurgiãs-dentistas

Edevaldo Tadeu Camarini

Liogi Iwaki Filho

Professores Doutores da Disciplina de Cirurgia da Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Lilian Cristina Vessoni Iwaki

Professora Doutora das Disciplinas de Estomatologia e Radiologia da UEM

Resumo

O queratocisto odontogênico é uma lesão de comportamento clínico e microscópico específicos. O tratamento pode ser a descompressão, marsupialização e enucleação associadas a procedimentos auxiliares, já que essa lesão possui altas taxas de recidiva. O objetivo do trabalho é apresentar um caso clínico onde, ao exame radiográfico, detectou-se uma extensa área radiolúcida unilocular na região anterior de mandíbula. A lesão foi marsupializada e a análise microscópica constatou um queratocisto odontogênico. Após um ano a lesão, com tamanho reduzido, foi enucleada. O paciente encontra-se em proservação de cinco anos e não apresenta sinais clínicos e radiográficos de recidiva.

Palavras-chave: queratocisto odontogênico; marsupialização; enucleação.

Abstract

The odontogenic keratocyst is a lesion which presents specific clinical and microscopic behavior. The treatment can be decompression, marsupialization and enucleation, followed by auxiliary procedures because of the high recurrence rates. The aim of this study is to present a case where the radiographic exam showed an extensive unilocular radiolucent area in the anterior mandibular region. The patient was submitted to marsupialization and the microscopic exam showed an odontogenic keratocyst. After one year, the lesion, with a smaller size, was enucleated. The patient is being followed-up for five years and no clinical or radiological evidences of recurrence have been found.

Keywords: odontogenic keratocyst; marsupialization; enucleation.

Introdução

O queratocisto odontogênico por muito tempo foi considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento de comportamento clínico e aspectos histopatológicos específicos (6). Entretanto, a mais recente classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS-2006) (14) considera o queratocisto um tumor odontogênico e não uma lesão cística.

A maioria dos casos de queratocistos odontogênicos é diagnosticada entre a segunda e a terceira décadas 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 (6).

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 (8).

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 seis a oito 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 (6).

O exame microscópico é de fundamental importância para o diagnóstico do queratocisto odontogênico, uma vez 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 ostectomia periférica também podem ser utilizados como adjuvantes no tratamento das lesões, já que estas entidades apresentam um elevado índice de recorrência.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de queratocisto odontogênico em região anterior de mandíbula, no qual a marsupialização seguida de enucleação foi o tratamento de escolha, considerando a elevada extensão da lesão.

Relato de Caso

Paciente do gênero masculino, 53 anos de idade, leucoderma, com queixa principal de dor na região dos incisivos inferiores, foi submetido à anamnese, exame físico e exames radiográficos periapical e panorâmico. O paciente apresentava bom estado de saúde geral e ausência de antecedentes fami-

liares ou hábitos nocivos.

Ao exame físico intra e extrabucal, não foram observadas alterações na pele e mucosa. Os dentes inferiores apresentavam-se com vitalidade pulpar, com exceção do dente 32. O dente 31 apresentava sensibilidade à percussão.

Na radiografia panorâmica foram constatadas duas imagens radiográficas distintas (Figura 1). Uma das imagens era radiolúcida, unilocular, bem delimitada na região anterior da mandíbula, estendendo-se do primeiro molar inferior direito até o primeiro molar inferior esquerdo. Não foram observadas reabsorções radiculares adjacentes a esta lesão. O dente 33 apresentava-se retido em posição horizontal na região mandibular anterior, próximo à base da mandíbula.

A outra imagem era circunscrita, bem delimitada e estava próxima aos ápices dos dentes 31 e 32, que foram submetidos ao tratamento endodôntico.

O tratamento endodôntico do dente 31 foi realizado uma vez que a odontalgia era a queixa principal do paciente e este apresentava lesão periapical do tipo crônica que poderia estar infectada secundariamente.

O paciente foi então submetido à marsupialização visando à regressão da outra lesão, que possuía grandes dimensões, e exodontia do canino retido que estava anquilosado na base da mandíbula. Foi realizada a incisão em fundo de sulco na região anterior de mandíbula, descolamento do retalho mucoperiosteal e conseqüente exposição da cápsula cística, que continha líquido em seu interior. As bordas da lesão foram suturadas na mucosa alveolar circunjacente e um fragmento da cápsula lesional foi enviado para exame microscópico, sendo o diagnóstico compatível com queratocisto odontogênico. O paciente foi submetido a controle clínico e radiográfico.

Após um ano, observou-se

diminuição do tamanho do queratocisto na radiografia panorâmica (Figura 2) e, em um segundo tempo cirúrgico, foi realizada a total remoção da lesão através de enucleação e escarificação do osso circunjacente. Após esse procedimento, foi realizada a sutura. Houve total regressão da lesão periapical referente ao dente 31.

O exame microscópico da peça removida revelou cavidade cística com limitante epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana, separação do limitante epitelial da cápsula fibrosa e presença de células paraqueratinizadas achatadas de aparência corrugada na superfície luminal. Observou-se camada basal com células de núcleo hiper cromático dispostas em paliçada (Figura 3). Cistos satélites também foram observados. Estas características confirmaram o diagnóstico anterior de queratocisto odontogênico.

Sucessivas consultas de acompanhamento foram realizadas. Um ano após a enucleação do cisto/tumor, os dentes 35 e 36 apresentaram uma lesão periapical e foram tratados endodonticamente. Na reavaliação de dois anos, as lesões periapicais desapareceram e o paciente não apresentou sintomatologia (Figura 4).

O caso encontra-se em prosservação de cinco anos e o paciente não apresenta sintomas ou sinais clínicos e/ou radiográficos de recidiva do queratocisto.

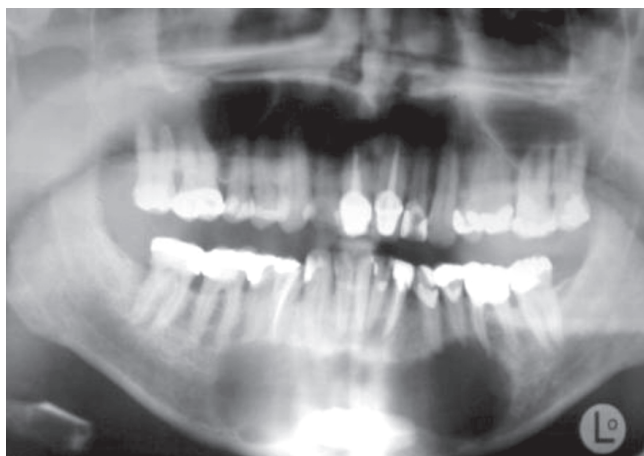


Figura 1. Radiografia panorâmica inicial

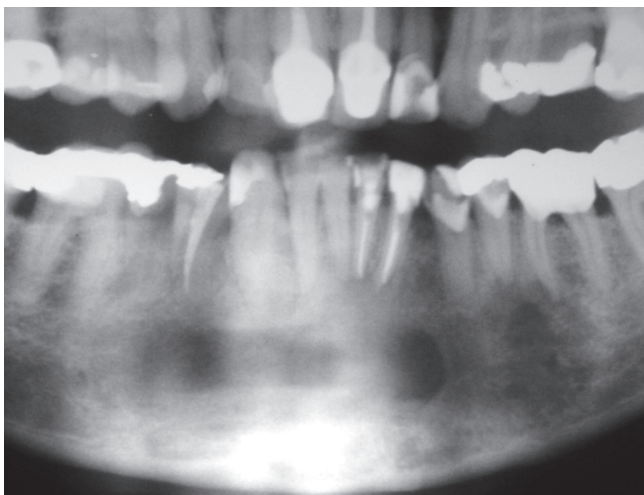


Figura 2. Radiografia panorâmica após 1 ano, no momento da enucleação

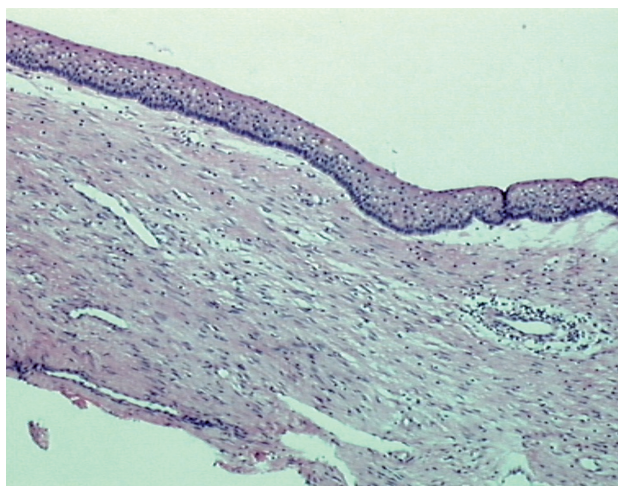


Figura 3. Limitante epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana. Presença de células paraqueratinizadas achatadas de aparência corrugada na superfície luminal (HE: 10x)



Figura 4. Radiografia panorâmica dois anos após a enucleação

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 por muito tempo considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento de considerações especiais, já que apresenta comportamento clínico e histopatológico específicos (6).

Entretanto, a mais recente classificação da OMS-2006 (14) considera o queratocisto um tumor odontogênico e não uma lesão cística. Toller, em 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 dentígero 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 dentígeros 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 (11).

Há um consenso na literatura de que a maioria dos casos de queratocistos odontogênicos é diagnosticada entre a segunda e a terceira décadas de vida, sendo o gênero masculino ligeiramente mais afetado que o feminino, numa proporção de 1,44:1 (6).

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 mandíbula, sendo que, segundo NEVILLE *et al.* (8), esta região é acometida em apenas 9% dos casos. A mandíbula é acometida na maior parte dos casos, entretanto com elevada tendência de envolvimento da região posterior e ramo ascendente.

Radiograficamente, 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 (10). No caso relatado, o dente 33 apresentava-se retido e envolvido pela lesão bem delimitada e unilocular, estendendo-se do dente 36 ao 46, com margens regulares e ausência de deslocamento ou reabsorção radicular.

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 (8).

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 geralmente necessita de um segundo tempo cirúrgico para total remoção da lesão (7), como realizado no presente caso.

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 *et al.* (9), por causa da 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, por causa da dificuldade em controlar a quantidade de nitrogênio líquido aplicada à cavidade, a necrose resultante e o edema podem ser imprevisíveis (9).

No presente caso o tratamento de escolha foi a marsupialização, devido à extensão da lesão, seguida de sucessivas consultas de acompanhamento clínico e radiográfico. Após um ano, mediante a diminuição da lesão, optou-se pela enuclea-

ção, seguida de escarificação do osso com broca, para evitar possíveis recidivas.

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 cinco anos da cirurgia, contudo podem se manifestar até 10 anos ou mais, sendo assim de extrema importância um longo acompanhamento das lesões (1). No caso clínico em questão, o paciente apresenta cinco anos de acompanhamento, sendo que o tempo de preservação será prolongado, dada a agressividade local e capacidade de recidiva do queratocisto.

Conclusão

De acordo com a revisão de literatura pesquisada e com a descrição do caso clínico, conclui-se que o queratocisto odontogênico é uma lesão de características distintas e com altas taxas de recorrência. 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 Bibliográficas

- BRONDUM, N., JENSEN, V. J. Recurrence and decompression treatment: A long-term follow-up of forty-four cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 72, p. 265, 1991.
- CASTRO, A. L. *Estomatologia*. 2ª ed., Ed. Santos, 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.*, v. 50, p. 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.*, v. 24, p. 221-226, 1995.
- MEISELMAN, F. Surgical management of the odontogenic keratocyst: Conservative approach. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 52, p. 960, 1994.
- NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. *et al. Patologia Oral & Maxillofacial*. 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.*, n. 62, n. 6, p. 651-655, June, 2004.
- REGEZI, J. A., SCIUBA, J. J. *Patologia Bucal: correlações clinicopatológicas*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- SCHMIDT, B. L., POGREL, M. A. The use of Enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the Management of Odontogenic Keratocysts. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 59, p. 720-725, 2001.
- SHEAR, M. *Cistos da região bucomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento*. 2ª ed., Ed. Santos, 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.*, v. 10, p. 22-26, 2004.
- TOMMASI, A. F. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2ª ed., Pancast Editorial, 1989.
- VEDTOFTE, P., PRAETORIUS, F. Recurrence of the odontogenic keratocyst in relation to clinical and histologic features. *Int. J. Oral Surg.*, v. 8, p. 412, 1979.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION CLASSIFICATION OF TUMOURS (WHO) - International Agency for Research on Cancer (IARC), IARC Press Lyon, 2005.

Recebido em: 27/03/2008
Aprovado em: 30/07/2008

Elen de Souza Tolentino
Rua Campos Sales, 255/apto. 602 - Zona 7
Maringá/Pr - CEP: 87020-080
E-mail: elen_tolentino@hotmail.com