

Ceratocisto Mandibular - Relato de caso clínico

Elissa Silva Freitas **Gama**¹, Antonio Eduardo Ribeiro **Izidro**²

Resumo

O tumor odontogênico ceratocisto é conhecido também pela sigla TOQ, é um tumor de origem odontogênica que apresenta grande agressividade e altas taxas de se recidivar. É definido histologicamente por apresentar uma cápsula de tecido conjuntiva frágil delgada aderida sobre um epitélio de revestimento. É um tumor complexo de difícil diagnóstico, constatado em exames rotineiros, sua prevalência se dá por pacientes do sexo masculino e estão mais localizados em região inferior de mandíbula.

O presente estudo retrata um caso clínico de ceratocisto na região inferior envolvendo o corpo e ângulo mandibular demonstrando suas características radiográficas e tratamento.

Palavras-chave: TOQ. Tumor Odontogênico. Ceratocisto.

¹Graduanda Bacharel do Curso de Odontologia no Centro Universitário do Planalto Central Professor Aparecido dos Santos- UNICEPLAC- DF.

²Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial- Uniceplac- HBDF- SES/DF

Como citar este artigo: Gama ESF, Izidro AER

Autor para Correspondência: Elissa Silva Freitas Gama
Endereço: Quadra 10, casa 65, setor leste, Gama-DF
Telefone: (61) 99876-3644
E-mail: elissasilvaFG@hotmail.com

Categoria: Relato de Caso Clínico
Área: Cirurgia Buco maxilo facial

Introdução

Segundo Neville et. al ¹. O ceratocisto odontogênico é originado a partir de restos celulares da lâmina dentária e para identificá-lo são necessárias observações especiais devido à suas características peculiares e comportamentos específicos.

Diferentemente dos demais cistos que crescem devido ao aumento da pressão osmótica o TOQ aparenta ter um mecanismo específico de crescimento relacionado a elementos inerentes do próprio epitélio ou com a atuação enzimática na cápsula fibrosa. ^{2,3,4,}

Atualmente o tumor odontogênico ceratocisto foi renomeado para ressaltar sua natureza neoplásica agressiva e alta taxa de recidiva, embora seu crescimento seja contínuo e tardio. Ele é uma lesão que acomete os maxilares de forma violenta sendo

diagnosticado mais frequentemente na segunda e terceira década de vida, atingindo geralmente a região posterior da mandíbula podendo ou não ter um dente incluso envolvido, sendo habitualmente descoberto por exames rotineiros radiográficos. Radiograficamente, ele se apresenta como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular bem delimitada, com limite esclerótico fino causando deslocamento dos dentes adjacentes mais frequente do que a reabsorção. ^{5,6}

Na grande maioria dos casos o TOQ não apresenta sintomatologia, mas quando presentes causam dor, aumento de volume dos tecidos moles adjacentes, expansão do osso, drenagem de secreção purulenta além de manifestações neurológicas como disestesia do lábio ou dos dentes. ^{6,7}

O diagnóstico do ceratocisto é baseado no aspecto histopatológico tendo como diagnóstico diferencial o ameloblastoma e cisto dentífero. Seu tratamento é fundamentado na enucleação, curetagem ou marsupialização. ^{6, 7, 8,9}

O objetivo do presente estudo foi avaliar a importância do tratamento precoce do ceratocisto odontogênico e suas causas, através de um relato de caso clínico.

Relato de Caso Clínico

Paciente WBLJ, sexo masculino, 26 anos de idade, raça parda, assintomático, diagnosticado radiograficamente, por exame de rotina, com uma lesão que se apresentava radiolúcida, corticalizada, com disposição ântero-posterior no lado direito da mandíbula na região do elemento 48.

O aspecto por imagem gerou um diagnóstico radiográfico de Ceratocisto, para a exclusão da hipótese de cisto dentígero e ameloblastoma, tendo em vista o envolvimento de um molar incluído, foi necessária a realização de um diagnóstico diferencial por meio de biópsia.

Foi realizada uma incisão simples e por meio de curetagem obteve-se o material que posteriormente foi encaminhado para biópsia tendo como intuito a confirmação do diagnóstico.

Análise Radiográfica:



Figura 1 e 2 - Radiografia panorâmica, mostrando lesão radiolúcida em ramo mandibular, região do elemento 48.



Figura 3 - Cortes Transversais oblíquos, coronais e axiais de tomografia computadorizada evidenciando extensão da lesão e envolvimento dos tecidos moles ao redor.

Discussão

Em 1950 especialistas adotaram o termo “queratocisto odontogênico”, entretanto em 1972 a OMS empregou o termo “cisto primordial”, já em 1992 a mesma instituiu o termo “queratocisto odontogênico” como mais apropriado, sendo que em 2005 a mesma organização o efetivou como tumor odontogênico e não como uma simples lesão cística em virtude do seu comportamento biológico.^{1,6}

De acordo com Kramer et. al.⁶ o ceratocisto odontogênico é proveniente da lâmina dentária ou de seus restos epiteliais, sendo incógnito o incentivo para sua formação, entretanto para Shear et. al.⁷ o TOQ é um transtorno de crescimento que tem sua origem por meio do epitélio odontogênico, formando-se no espaço de um dente.

Para a maioria dos autores o TOQ não apresenta sintomatologia dolorosa, salvo em casos mais avançados.^{2, 3, 4,5}

Segundo Neville et. al.¹ a região posterior da mandíbula é o local mais afetado pela lesão, tendo cerca de 60-90% de casos

envolvidos, como o relato de caso descrito anteriormente. já alguns autores enfatizam que a localização da lesão é um fator essencial no que diz respeito à recidiva da lesão salientando que o pior prognóstico são os casos relatados na maxila, devido ao seu grande potencial de infiltração tendo em vista a difícil identificação por meio do diagnóstico precoce.^{6,7,8}

Myung et. al.⁸ afirmam que pacientes com idade de 50 anos têm mais possibilidades de desenvolver o tumor comparado com pacientes de outras faixas etárias.

Para Crestani et. al.^{6,7} a radiografia panorâmica e tomografia são essenciais para o diagnóstico das lesões, elas podem mostrar com nitidez e de forma precisa os estágios iniciais do tumor. Segundo Vieira et. al.^{6,7} a tomografia computadorizada pode ser um facilitador para o planejamento cirúrgico, sendo que esta, supera outros exames convencionais e é por meio dela que temos acesso as estruturas internas anatômicas. Já para Frederiksen et. al.^{7,9} exames convencionais e ressonância magnética podem auxiliar no diagnóstico. Conforme Chapelle et. al.^{8,9} para um diagnóstico final determinante é essencial que seja feita a biópsia seguida de exame histopatológico para sanar qualquer dúvida e indicar as características peculiares da lesão. Borba et. al.⁶ mencionou um ponto importante relacionado ao diagnóstico diferencial que é a respeito da compreensão da lesão vinculado

ao seu coeficiente de atenuação em tomografia computadorizada, para ele o TOQ apresenta unidades inferiores ao ameloblastoma, concluindo assim que, de acordo com ele o principal diagnóstico diferencial do ceratocisto se comparado ao ameloblastoma, é a variante uni cística.

Conclusão

Após o presente artigo, foi possível concluir que:

1. O ceratocisto odontogênico tem origem a partir de restos epiteliais da lâmina dentária e apresenta características específicas;
2. É um tumor agressivo que, na maioria dos casos surge de forma assintomática com grandes taxas de recorrência;
3. Sua prevalência maior se dá na região posterior de mandíbula em pacientes entre a 2ª e 3ª década de vida;
4. Para o diagnóstico do mesmo, exames convencionais como panorâmica e alguns específicos como tomografia computadorizada são essenciais, seguidamente de biópsia e exame histopatológico, apresentando ameloblastoma e cisto dentígero como diagnóstico diferencial.

Mandibular keratocyst - Clinical case report

Abstract

The odontogenic keratocyst tumor is also known by the acronym TOQ, is a tumor of odontogenic origin that presents great aggressiveness and high rates of recurrence. It is histologically defined as having a thin fragile connective tissue capsule adhered to a coating epithelium. It is a complex tumor of difficult diagnosis, verified in routine examinations, its prevalence is given by male patients and they are more located in inferior region of jaw.

The present study portrays a clinical case of keratocyst in the lower region involving the body and mandibular angle demonstrating its radiographic characteristics and treatment

Descriptors: TOQ.Odontogenic Tumor. Keratocyst.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial , 3^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. P.684-689.
2. Fetter F, Grasselli S, Batista FC, Schneider LE, Krause RGS, Smidt R. Odontogenic keratocyst involving body and branch mandibular of a young patient - case report. [periodico na internet]. 2004, 10 (january/june) : [Acesso em 2019 february 19] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85001808>> ISSN 1519-4442, acesso: 21/02/2019
3. Moura BS, Cavalcante MA, Hespanhol W. Tumor odontogênico ceratocístico. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Feb 19]; 43(6): 466-471. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000600466&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016006013>, acesso em: 21/02/2019.
4. Costa Silva Pereira, Cassiano & Carvalho, Abrahão & Gaetti-Jardim, Ellen & Shinohara, Elio & Garcia-Júnior, Idelmo. (2012). Turmor Odontogênico Queratocisto e Considerações Diagnósticas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde - USCS. 10. 10.13037/rbcs.vol10n32.1439.
5. BALMICK, Stephanie; Hespanhol, Wagner; Cavalcante, Maria Aparecida de Albuquerque e Gandelmann, Italo Honorato Alfredo. Recidiva do Tumor Odontogênico Ceratocístico: Análise retrospectiva de 10 anos. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.*[online]. 2011, vol.11, n.1 [citado 2019-03-12], pp. 85-91 . Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102011000100014&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 11808-5210, acesso em:21/02/2019.
6. Conceição ACA, Santos AMS, Santos GP, Almeida JA, Dias AMN, Mainenti P. Keratocyst Odontogenic Tumor: An Update. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, v. 4, n. único, p. 29-35, 2012.
7. Oliveira MM, Mosocatto DS, Oliveira JM, Jardim ECG. Treatment Odontogenic Keratocyst Tumor. 2013, archhealthinvestigation.com.br.
8. Jardim GEC,Pereira SCC, Carvalho SACG, Gealh CW, Shinohara HE. Keratocyst odontogenic tumor: review of literature. Rev Bras Cir Craniomaxilofac 2011; 14(3): 159-61
9. Marques JAF, Neves JL, Alencar DA,Lemos IM, Marques LC. Ceratocisto Odontogênico – Relato de Caso. Sitientibus, 2006 uefs.br.