

CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: RELATO DE CASO

*Jorge Antonio Ferreira Marques**

*José Luiz Neves***

*Deyvison Almeida Alencar****

*Iracema Menezes Lemos****

*Leonardo Carneiro Marques****

RESUMO — *O Ceratocisto Odontogênico é dos cistos que acometem a cavidade bucal, um dos mais agressivos e mais recidivantes, precisando por isso de um melhor entendimento dos cirurgiões-dentistas acerca de suas características clínicas e opções de tratamento. Os autores descrevem um caso clínico que faz diagnóstico diferencial com o ameloblastoma e discutem suas características clínicas, opções de tratamento e prognóstico.*

PALAVRAS-CHAVE: *Ceratocisto; Cisto odontogênico; Ameloblastoma.*

INTRODUÇÃO

O termo Ceratocisto Odontogênico (CO) foi introduzido por Philipsen em 1956 e referia-se a qualquer cisto dos maxilares que apresentasse formação de ceratina representativa (SANTOS; YURGEL, 1999; AMORIM et al., 2003). Porém, em 1962, Pindborg, Philipsen e Henriksen estabeleceram critérios histológicos e caracterizaram um comportamento clínico específico para esta

* Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial PUC-RS, Prof. Assistente DSAU (UEFS). Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do HGCA. E-mail: ifap@oi.com.br

** Pós-graduado em cirurgia pela UEFS, Pós-graduado em Ortodontia pela UCCB-SP e plantonista do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do HGCA.

***Graduandos do Curso de Odontologia da UEFS.

Universidade Estadual de Feira de Santana – Dep. de Saúde. Tel./Fax (75) 3224-8089 - BR 116 – KM 03, Campus - Feira de Santana/BA – CEP 44031-460. E-mail: sau@uefs.br

lesão em particular, que seria diferente dos demais cistos dos maxilares (SANTOS; YURGEL, 1999), pois outros cistos odontogênicos, em determinadas circunstâncias, também podem apresentar ceratinização dos seus limitantes epiteliais, citando-se, como exemplo, os cistos radicular e dentígero.

Atualmente, esse cisto representa um tipo específico de cisto odontogênico, não-inflamatório, com características peculiares. Mostrando agressividade local, potencial de recidiva elevado, atingindo tamanhos grandes sem manifestações sintomatológicas (GIL; MANFRO, 2001).

Este trabalho tem por objetivo divulgar e discutir um caso clínico de Ceratocisto Odontogênico que apresentava grandes dimensões e fazia o diagnóstico diferencial com o ameloblastoma.

REVISÃO DE LITERATURA

O Ceratocisto Odontogênico é uma forma distinta de cisto odontogênico de desenvolvimento que necessita de considerações especiais por causa do seu comportamento clínico, aspectos histopatológicos específicos e sua alta taxa de recidiva (SHEAR, 1999; MYOUNG et al., 2001; NEVILLE et al., 2004).

No tocante a sua etiologia, algumas suposições têm sido estudadas, tais como a partir das células da camada basal do epitélio oral adjacente à lesão ou a partir da proliferação de pequenos hamartomas epiteliais do epitélio gengival (AMORIM et al., 2003). Neville et al. (2004) afirmam que o CO se origina a partir de remanescentes celulares da lâmina dentária e que seu crescimento parece estar associado a fatores inerentes, desconhecidos, do próprio epitélio, ou à atividade enzimática na cápsula fibrosa.

Ainda em relação ao fator estimulador responsável pela formação do CO, acredita-se que esse não seja de natureza inflamatória (SHAFER; HINE; LEVY, 1987; MUTARDI et al., 1996; SANTOS; YURGEL, 1999).

A prevalência dessa espécie de cisto varia de 10 a 12% dos cistos odontogênicos e pode ser encontrado em uma ampla faixa etária, mais comumente em pessoas do sexo masculino, localizando-se, com maior frequência, na região dos molares

inferiores e no ramo da mandíbula, porém, como afirmam Santos e Yurgel (1999), essas características não são patognomônicas.

Amorim e outros (2003), em um estudo epidemiológico, observaram distribuição idêntica entre os gêneros masculino e feminino, com o acometimento de pacientes dos 10 aos 66 anos, sendo a quarta década de vida a mais afetada com 34,62% dos casos. A terceira e sétima décadas de vida também concentraram uma considerável porcentagem dos casos, com 15,38% cada.

Hsun-Tau (1998), Zhao, Wei e Wang (2002) e Neville e outros (2004) afirmam que há uma predileção pelo sexo masculino e que, em mais de 60% dos casos, o CO localiza-se na mandíbula, com acentuada tendência para envolver a região posterior e o ramo ascendente.

De acordo com Shear (1999) e Neville e outros (2004), na maioria das vezes, o CO é uma lesão assintomática, ocasionalmente, em casos de lesões mais extensas, observa-se tumefação, drenagem ou dor associada, com uma tendência a se estender pelos espaços medulares, fazendo com que a expansão clínica só seja observada tardiamente.

Com base no exame radiográfico, Zhao, Wei e Wang (2002) observaram que 83,02% dos ceratocistos apresentavam-se uniloculares contra 16,98% multiloculares e que apenas 33,13% dos casos estavam localizados na maxila e 35,38% dos ceratocistos estavam associados a dentes impactados.

Baseando-se numa análise radiográfica, o CO geralmente se apresenta como uma lesão circular ou ovóide, bem delimitada por halo radiopaco, com margens bem definidas, por vezes apresentando aspecto radiolúcido multilocular. Logo, podemos ter como diagnóstico diferencial o cisto dentífero (quando a lesão está associada à coroa de um dente), ameloblastoma, estágios iniciais do cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico adenomatóide e fibroma ameloblástico (MEARA et al., 1998; SCHOLL et al., 1999; NEVILLE et al., 2004).

O tratamento dos COs é semelhante aos de outros cistos odontogênicos, isto é, feito por enucleação ou curetagem. A completa remoção da lesão é, muitas vezes, difícil devido à natureza friável e à delgada espessura da cápsula cística (PAYNE, 1972; BRANNON, 1976; MEARA, 1998; NEVILLE et al.,

2004).

A colocação de solução de Carnoy (fixador de tecido contendo 6 ml de álcool absoluto, 3 ml de clorofórmio e 1 g de ácido férrico) na loja cirúrgica, por três minutos após a enucleação, pode reduzir a chance de recidiva, assim como o uso adjunto da crioterapia (BRONDUM; JENSEN, 1991; HSUN-TAU, 1998; BLANAS et al., 2000; NAKAMURA et al., 2002; ISRAEL; BRAGA; DIAS, 2004).

O relato da freqüência de recorrência em diferentes estudos varia de 5% a 62%. Exceto pela tendência à recorrência, o prognóstico para a maioria dos casos de CO é bom (PAYNE, 1972; BRANNON, 1976; MEARA, 1998; NEVILLE et al., 2004).

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 46 anos, melanoderma, compareceu ao Serviço de Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Geral Clériston Andrade, na cidade de Feira de Santana, em agosto de 2003, queixando-se de ter “uma laranja” na região posterior da mandíbula do lado esquerdo e de estar “minando” um líquido de dentro da lesão. Realizou-se exame clínico e foi solicitada uma radiografia panorâmica da face.

No exame clínico extra-oral, constatou-se assimetria facial com aumento de volume na região entre o corpo e o ramo da mandíbula do lado esquerdo. No exame intra-oral, notou-se abaulamento das corticais lingual e vestibular da área correspondente e um ponto de drenagem de líquido característico, junto à face disto-vestibular da unidade 36.

Através do exame radiográfico, observou-se a presença de uma extensa lesão multilocular com halos radiopacos, localizada do lado esquerdo da mandíbula na região de corpo (desde o primeiro molar), estendendo-se ao ângulo e ramo da mandíbula alcançando o processo coronóide (Figura 1).

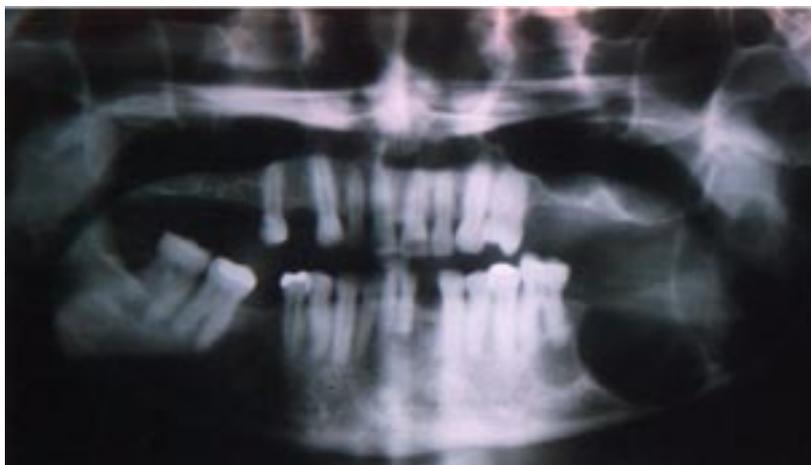


Figura 1 - Radiografia de diagnóstico.

Diante das evidências clínica e radiográfica, houve a suspeita de ceratocisto odontogênico ou ameloblastoma.

Foi feita a descompressão da lesão através do uso de um dreno circular rígido, que permaneceu por um período de seis meses. Após esse período, solicitou-se nova radiografia panorâmica na qual ficou evidente uma diminuição do volume cístico com o aumento da espessura óssea que envolvia a lesão (Figura 2).



Figura 2 - Exame radiográfico após seis meses de descompressão.

Diante do resultado obtido com a descompressão cística, optou-se por biópsia excisional, através da enucleação da lesão seguida de curetagem severa.

A lesão apresentava-se extremamente friável à enucleação, o que levou à fragmentação da cápsula cística (Figura 3).

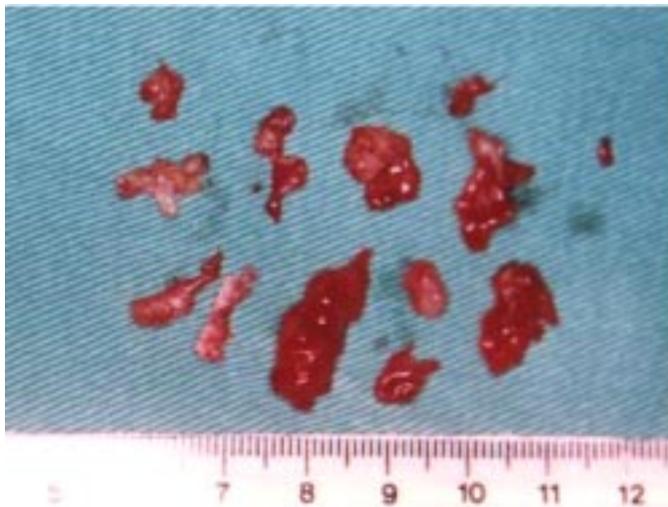


Figura 3 - Fragmentos da cápsula cística após a enucleação e curetagem.

A peça foi entregue ao paciente para que o mesmo a encaminhasse ao serviço de estudo anatomopatológico.

Mediante o exame histopatológico, observaram-se fragmentos da parede de lesão cística constituída por tecido conjuntivo fibroso sem infiltrado inflamatório. O revestimento epitelial apresentava-se formado por uma camada uniforme de epitélio escamoso estratificado com seis a oito células de espessura. A junção epitélio-conjuntiva mostrava-se plana sem formação de projeções epiteliais. Observaram-se focos de separação de parte do limitante epitelial da cápsula fibrosa. A superfície luminal possuía células paraceratinizadas que tinham aparência conrugada ou ondulada. A camada basal era composta de uma fileira de células epiteliais cúbicas dispostas em paliçada (Figura 4).

A conclusão diagnóstica foi, portanto, de ceratocisto odontogênico.

Atualmente, o paciente encontra-se sob preservação e, após um ano e seis meses da enucleação, notou-se imagem radiográfica sugestiva de recidiva da lesão em região de ramo mandibular esquerdo, mais precisamente na base do processo coronóide (Figura 5). Notou-se, também, que nas demais áreas, anteriormente acometida pela lesão, houve regeneração óssea, inclusive, com visualização do canal mandibular (Figura 5).

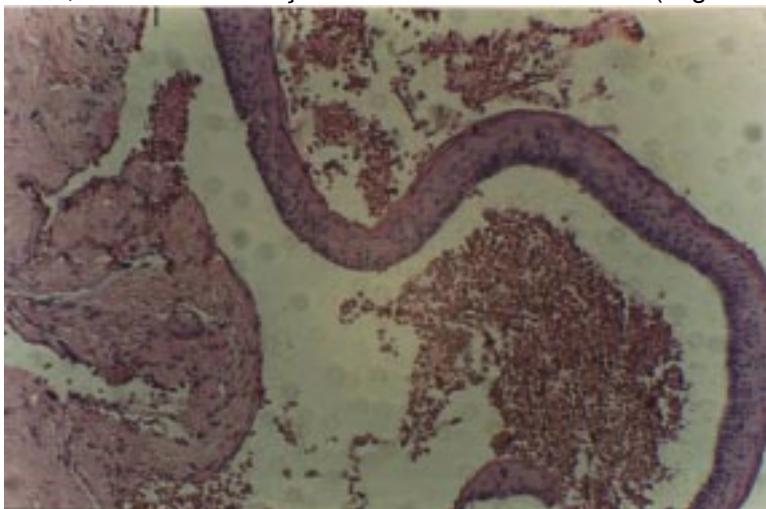


Figura 4 - Aspecto histológico da lesão.

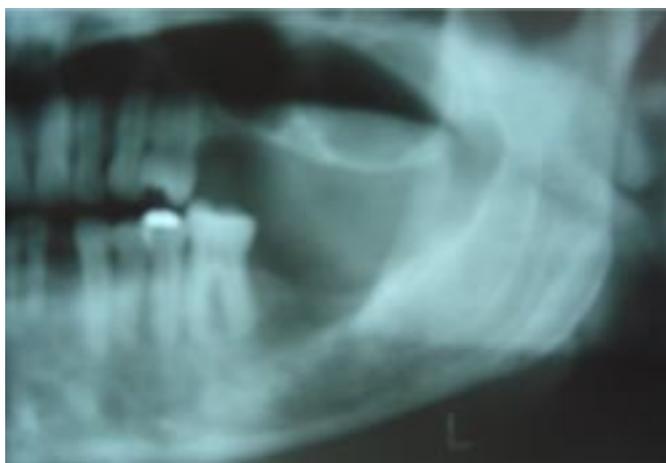


Figura 5 - Radiografia de acompanhamento, após 18 meses da enucleação.

DISCUSSÃO

O caso relatado enquadra-se nos achados da maioria dos estudos realizados acerca do CO, no que diz respeito à prevalência, quanto ao gênero, idade e região anatômica mais acometida.

Uma vez que o paciente compareceu ao serviço com drenagem espontânea, fez-se a opção pela colocação de um dreno, realizando assim a descompressão prévia à enucleação, o que está indicado em casos de lesões extensas.

Com esse procedimento, a pressão intracística é eliminada e a cavidade será, aos poucos, preenchida por tecido ósseo (SILVA; BARONI; CABRAL, 2002). Além disso, a descompressão reduz o dano às estruturas adjacentes, é uma operação menos grave e o Cirurgião-Dentista pode tratar um cisto bastante extenso sob anestesia local e sem internação do paciente (HOWE, 1995), com o que os autores do presente estudo concordam plenamente.

Após o período de seis meses de descompressão, foi realizada a enucleação com curetagem. Esse procedimento cirúrgico visa remover um a dois milímetros de osso ao redor da cavidade cística, com o intuito de prevenir que remanescentes epiteliais possam proliferar na parede cística e levar a uma recidiva (PETERSON et al., 1995).

Em concordância com Israel, Braga e Dias (2004), os autores deste trabalho acreditam que a enucleação associada à curetagem severa, na tentativa de evitar a recidiva, seja a terapia recomendada para o tratamento do CO, devendo o paciente ser, então, acompanhado clínica e radiograficamente com consultas semestrais por pelo menos oito anos, devido ao alto índice de recidiva.

CONCLUSÃO

As características do CO, aliadas à frequência com que esse ocorre, retarda o diagnóstico, limita o prognóstico e dificulta o tratamento.

Quanto ao tratamento, deve-se, sempre, realizar a descompressão cística nos casos de lesões extensas, para que ocorra uma

redução do volume cístico, concomitantemente, o preenchimento da cavidade por tecido ósseo.

A enucleação da lesão seguida de curetagem severa da cavidade cística é o tratamento de eleição para o Ceratocisto Odontogênico, porém a recidiva pode ocorrer apesar desse procedimento, o que justifica a proervação sistemática do paciente por um longo período.

ODONTOGENIC KERATOCYST: A CASE REPORT

ABSTRACT — *The Odontogenic Keratocyst is one of the most aggressive and recurrent cysts which attack the buccal cavity. For that reason, it requires a better comprehension by the dentist surgeons concerning its clinical characteristics and treatment options. The authors describe a clinical case that shows a differential diagnosis with the ameloblastoma and discuss its clinical characteristics, treatment options and prognosis.*

KEY WORDS: *Keratocyst; Odontogenic cysts; Ameloblastoma.*

REFERÊNCIAS

AMORIM, R. F. B. et. al., Ceratocisto Odontogênico: estudo epidemiológico de 26 casos. **Revista Odonto Ciência - Fac. Odonto/ PUCRS**, v.18, n.39, p. 23-30, Jan./Mar. 2003.

BLANAS, N. et al. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 90, n. 5, p. 553-558, 2000.

BRANNON, R. B. The odontogenic keratocyst: a clinicopathological study of 312 cases. Part I. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 42, p. 54-72, 1976.

BRONDUM, N.; JENSEN, V. J. Recurrence of Keratocysts and decompression treatment: a long-term follow-up of forty-four cases. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 72, p. 265-269, 1991.

GIL, J. N.; RAU, L.H.; MANFRO, R. Ceratocisto Odontogênico. **RGO**, v. 49, n. 3, p. 149-151, jul/set., 2001.

HOWE, G. L. **Cirurgia oral menor**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 430p.

HSUN-TAU, C. Odontogenic Keratocyst: a clinical experience in Singapore. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology**, v. 86, n. 5, p. 573-577, Nov. 1998.

ISRAEL, M. S.; BRAGA, C.L.; DIAS, E. P. Ceratocisto Odontogênico: revisão da literatura e relato de caso. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v. 3, n. 2, p. 53-56, 2004.

MEARA, J. G. et al. Odontogenic keratocyst: a 20-year clinicopathologic review. **Laryngoscope**, v.108, n.2, p. 280-283, 1998.

MURTADI, A. et al. Proliferating cell nuclear antigen staining in syndrome and nonsyndrome odontogenic keratocysts. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 81, n. 2, p. 217-220, Feb. 1996.

MYOUNG, H. et al. Odontogenic Keratocyst: review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 91, n. 3, p. 328-333, 2001.

NAKAMURA, N. *et al.* Marsupialization for odontogenic keratocysts: Long-term follow-up analysis of the effects and changes in growth characteristics. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 94, n. 5, p. 543-553, nov., 2002.

NEVILLE, B. W.; **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 570p.

PAYNE, T. F. An analysis of the clinical and histopathologic parameters of the odontogênico keratocist. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 33, n. 4, p. 538-546, Apr., 1972.

PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 772p.

SANTOS, A. M. B.; YURGEL, L.S. Ceratocisto odontogênico: avaliação das variantes histológicas paraceratinizada e ortoceratinizada. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 14, n. 27, p. 61-86, Jun. 1999.

SCHOLL, R. J. et al. Cyst and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. **Radiographics**, v.19, p. 1107-1124, 1999.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837p.

SHEAR, M. **Cistos da região bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento**. 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 1999.

SILVA, F. M.; BARONI, E. J.; CABRAL, R. J. B. Abordagem do tratamento de lesões císticas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 23, n. 1, p. 33-37, jan./jul. 2002.

ZHAO, Yi-Fang; WEI, Jin-Xiong; WANG, Shi-Ping. Treatment of odontogenic Keratocysts: a follow-up of 255 Chinese patients. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol & Endod**, v. 94, n. 2, p. 151-156, Aug. 2002.