



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFª MARIA DA PENHA
CENTRO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

WILSON VALÉRIO DA SILVA NETO

**QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO:
RELATO DE CASO CLÍNICO CIRÚRGICO**

**ARARUNA
2019**

WILSON VALÉRIO DA SILVA NETO

**QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO:
RELATO DE CASO CLÍNICO CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Me. José Endrigo Tinoco Araújo

**ARARUNA
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586q Silva Neto, Wilson Valério da.
Queratocisto odontogênico: relato de caso clínico cirúrgico [manuscrito] / Wilson Valério da Silva Neto. - 2019.
24 p.: il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2020.
"Orientação: Prof. Me. José Endriço Tinoco Araújo, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."
1. Ceratocisto. 2. Cistos Odontogênicos. 3. Doenças Mandibulares. I. Título
21. ed. CDD 617.6

WILSON VALÉRIO DA SILVA NETO

QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO:
RELATO DE CASO CLÍNICO CIRÚRGICO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de graduação em Odontologia.

Aprovado em: 14/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

José Endrigo Tinoco

Prof. Me. José Endrigo Tinoco Araújo (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Amanda Lira Rufino de Lucena

Prof^a. Me. Amanda Lira Rufino de Lucena
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Karoline Gomes da Silveira

Prof^a. Me. Karoline Gomes da Silveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho, bem como todas as minhas demais conquistas, a minha amada mãe **Simone Valério da Silva**, que desde sempre priorizou a minha educação. Como tenho sorte em ter você. Obrigado por tanto amor, minha luz no fim do túnel.

“São as nossas escolhas, muito mais do que as nossas capacidades, que revelam quem realmente somos.”

(Albus Dumbledore)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Exame clínico intraoral.....	18
Figura 2 – Exame radiográfico.....	19
Figura 3 – Curetagem cirúrgica local.....	19
Figura 4 – Após curetagem cirúrgica e sutura.....	20
Figura 5 – Exame histopatológico.....	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações nas classificações da OMS de 2005 e de 2017.....	12
Quadro 2 – Principais Características Clínicas da Síndrome do Carcinoma Nevoide Basocelular	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COO	Ceratocisto Odontogênico Ortoqueratinizado
OMS	Organização Mundial de Saúde
QO	Queratocisto Odontogênico
TOQ	Tumor Odontogênico Queratocístico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	Queratocisto Odontogênico (QO)	12
2.2	Cisto Odontogênico Ortoqueratinizado (COO)	15
2.3	Associação a Síndrome de Gorlin-Goltz	16
3	RELATO DE CASO	18
4	DISCUSSÕES	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	22

QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO: RELATO DE CASO CLÍNICO CIRÚRGICO ODONTOGENIC KERATOCYST: A SURGICAL CLINICAL CASE REPORT

Wilson Valério da Silva Neto*
José Endrigo Tinoco Araújo**

RESUMO

Introdução: O queratocisto é uma forma distinta de cisto odontogênico, que merece atenção especial devido ao seu comportamento clínico agressivo e a sua alta taxa de recidiva, além de apresentar aspectos histológicos específicos. Em 2005 foi classificado pela OMS como tumor odontogênico ceratocístico, entretanto em 2017 voltou à sua nomenclatura original por apresentar características incompatíveis com processos neoplásicos. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso clínico cirúrgico de queratocisto odontogênico. **Relato de caso:** Paciente, 27 anos, sexo feminino, leucoderma. Nega hábitos e vícios. No exame físico intraoral apresenta higiene oral regular e abaulamento na região retromolar esquerda, sem relação com fatores traumáticos, assintomática e sem expansão das corticais ósseas. No exame radiográfico foi observado uma área radiolúcida na região dos molares inferiores do lado esquerdo. Obteve a hipótese diagnóstica de queratocisto odontogênico. O tratamento proposto foi a enucleação para biópsia excisional da lesão com curetagem severa, preservando o nervo alveolar inferior, e com preservação de seis meses. **Considerações Finais:** O sucesso do tratamento depende do diagnóstico, que inclui achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos. A preservação da paciente é fundamental, pois essa lesão apresenta altas taxas de recidiva.

Palavras-chave: Ceratocistos. Cistos Odontogênicos. Doenças Mandibulares.

ABSTRACT

Introduction: Keratocysts is a distinct form of an odontogenic cyst, which deserves special attention due to its aggressive clinical behavior and its high recurrence rate, besides presenting specific histological aspects. In 2005 it was classified by the WHO as a keratocystic odontogenic tumor, however, in 2017 it returned to its original nomenclature for presenting characteristics incompatible with neoplastic processes. **Objective:** To present a surgical case report of an odontogenic keratocyst. **Case report:** Patient, 27 years old, female, leukoderma. She denies habits and addictions. Physical examination shows regular oral hygiene and bulging in the left retromolar region, unrelated to traumatic, asymptomatic factors and without expansion of bone cortices. Radiographic examination revealed a radiolucent area in the region of the left lower molars. The diagnosis of odontogenic keratocyst was obtained, then proposed as treatment enucleation for excisional biopsy of the lesion with severe curettage, preserving the inferior alveolar nerve. **Final Consideration:** Successful treatment depends on the diagnosis, which includes clinical, imaging and histopathological findings. The patient's preservation is fundamental, as this lesion presents high recurrence rates.

Keywords: Keratocysts. Odontogenic Cysts. Mandibular Diseases.

* Graduando da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. (wvsn.neto@gmail.com)

** Prof. Me. da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. (endrigotinoco@gmail.com)

1. INTRODUÇÃO

Queratocisto Odontogênico (QO) é o nome dado a uma entidade patológica que foi relatada por Mikulic em 1876 e, posteriormente por Philipsen em 1956. O QO é um cisto odontogênico de desenvolvimento e acredita-se que sua etiologia se dá a partir das células da camada basal do epitélio oral adjacente à lesão ou então a partir de remanescentes celulares da lâmina dentária. Seu crescimento parece estar associado a fatores inerentes, de cunho genético, do próprio epitélio, ou à atividade enzimática na cápsula fibrosa do cisto. O queratocisto é uma forma distinta dos cistos odontogênicos que merece atenção especial devido ao seu comportamento clínico agressivo e a sua alta taxa de recorrência, além de apresentar aspectos histológicos específicos. (NEVILLE et al., 2016)

Este tipo de lesão tem características histológicas muito bem definidas e aspectos clínicos que justificam o seu reconhecimento e separação como entidade distinta, entre os quais o índice de recorrência, que é extremamente elevado, varia, segundo autores, de 13 a 60% dos casos, além da possibilidade da lesão apresentar comportamento agressivo (NEVILLE et al., 2016).

Clinicamente, este tipo de lesão é geralmente assintomática sendo encontrado em exames de rotina, porém, ocasionalmente edema, dor e drenagem estarão associados em caso de uma infecção secundária à lesão. Acomete, principalmente, indivíduos do sexo masculino na segunda e terceira décadas de vida. Radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida circunscrita delimitada por um halo radiopaco podendo ser uni ou multilocular localizado frequentemente em região de posterior da mandíbula, mais precisamente ângulo e ramo mandibular (NEVILLE et al., 2016).

Na maioria das vezes, o tratamento consiste numa cirurgia de enucleação para retirada total da lesão. Em casos de lesões maiores com comprometimento de estruturas, é feita uma marsupialização inicial para posterior remoção total da lesão. O prognóstico para o queratocisto é bom, dependendo da agressividade da lesão e presença de recidivas (NEVILLE et al., 2016).

Sugere-se que o queratocisto pode ser considerado mais como um cisto neoplásico benigno do que um cisto propriamente dito, por isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 denominou tal lesão como sendo um tumor odontogênico queratocisto (TOQ), – baseando-se em estudos que mostraram algumas alterações genéticas moleculares que também se fazem presentes em algumas neoplasias. (NEVILLE et al., 2016). Contudo, em 2017 a OMS entrou em consenso e reclassificou o TOQ como um cisto novamente e ele voltou a ser chamado de queratocisto odontogênico (SILVA et al., 2018).

Essas lesões são de grande importância para diagnóstico e tratamento adequados por três razões: (1) Enorme potencial de crescimento se comparado a maioria dos cistos odontogênicos; (2) Alto índice de recidiva; e (3) Possibilidade de associação com a síndrome do carcinoma nevoide basocelular. (NEVILLE et al., 2016).

Duas variantes do queratocisto são bastante conhecidas: o cisto associado à síndrome do carcinoma nevoide basocelular e o cisto esporádico. Acredita-se que todos eles também derivem do remanescente das células da lâmina dentária. (MILORO et al., 2016). O desenvolvimento de queratocistos é umas das características clínicas mais comum para conduzir a um diagnóstico precoce da síndrome do carcinoma nevoide basocelular (síndrome de Gorlin-Goltz), que é uma condição autossômica dominante que exhibe alta penetrância e expressividade variável. Tal síndrome é causada por mutações no gene patched (PTCH), um gene

supressor de tumor que foi mapeado no cromossomo 9q22.3-q31. Aproximadamente 35% a 50% dos pacientes acometidos representam novas mutações. A prevalência da síndrome de Gorlin-Goltz é estimada de 1:19.000 a 1:256.000, isso vai depender da população estudada. (NEVILLE et al., 2016).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Queratocisto Odontogênico (QO)

Sendo inicialmente descrito em 1956 por Philipsen, o Queratocisto Odontogênico (QO) é um cisto odontogênico de desenvolvimento distinto que se origina do remanescente da lâmina dentária e que de acordo com Pindsburg e Hansen (1963) merece atenção especial devido às suas características histopatológicas específicas, seu comportamento clínico agressivo e sua alta taxa de recidiva devido à presença de restos epiteliais de cistos-satélites em sua margem óssea (OGUNSAU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. 2007).

A maioria dos estudos indicam que os queratocistos somam 3% a 11% de todos os cistos odontogênicos, porém, existem múltiplas variações da frequência de queratocisto documentada na literatura quando comparamos a outros tipos de cistos odontogênicos (NEVILLE et al., 2016).

O QO pode ser encontrado em pacientes com idades que podem variar da infância à velhice, sendo 60% das vezes achado em pessoas entre 10 e 40 anos. Em uma série de 312 casos, Brannon (1976) encontrou uma idade média próxima dos 38 anos de idade. O pico de prevalência estava na segunda e terceira década de vida, e apenas 15% dos casos ocorriam após os 60 anos. Woolgar et al. (1987) analisaram 682 casos de QO em 522 pacientes e constataram a média etária de 40 anos para pacientes sem cistos esporádico recorrentes e aproximadamente 26 anos para pacientes com cistos múltiplos associado a síndrome do carcinoma nevoide basocelular. É sabido ainda que o QO apresenta pequena predileção pelo sexo masculino, e em 60 a 80% dos casos é a mandíbula que é afetada, mais precisamente na porção posterior do corpo mandibular e no ramo ascendente (MILORO, Michael; GHALI, G. E.; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. 2008).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alterou a nomenclatura do QO tornando-o "*tumor odontogênico queratocístico*" (TOQ) devido a fatores determinantes como: seu crescimento agressivo, recorrência e mutações no gene PTCH. Contudo, em 2017, durante a quarta reunião da OMS, o consenso foi de que não existem evidências suficientes para mantê-lo na classificação de neoplasias, justificando que um tumor continua a evoluir depois que o estímulo que o produziu é removido, pois neoplasias não regridem espontaneamente. Todavia, existem relatos de QO's que involuíram completamente após descompressão. Wright e Vered (2017) enfatizaram ainda que o consenso não diz necessariamente que QO's não são neoplásicos, e sim que ainda faltam evidências para justificar a permanência dessa patologia na classificação de tumor, sendo assim o TOQ foi reclassificado como sendo um cisto, novamente, Queratocisto Odontogênico (OMS, 2017. TOLENTINO, 2018).

QUADRO 1 – Alterações nas classificações da OMS de 2005 para 2017

OMS 2005	OMS 2017
----------	----------

Tumores do epitélio odontogênico com estroma fibroso maduro sem ectomesênquima	Tumores odontogênicos Epiteliais
Tumores do epitélio odontogênico com ectomesênquima, com ou sem formação de tecidos duros	Tumores odontogênicos Mistos
Tumores mesenquimais e/ou ectomesenquimais com ou sem epitélio odontogênico	Tumores odontogênicos mesenquimais / ectomesenquimais
Carcinoma ameloblástico intraósseo primário Carcinoma ameloblástico intraósseo secundário Carcinoma ameloblástico periférico secundário	Carcinoma ameloblástico
	Adicionados: Carcinoma odontogênico esclerosante Carcinossarcoma odontogênico
Ameloblastoma sólido / multicístico	Ameloblastoma
Ameloblastoma desmopásico e odontoameloblastoma	Removidos
TUMOR ODONTOGÊNICO QUERATOCÍSTICO	QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO
Tumor odontogênico cístico calcificante	Cisto odontogênico calcificante
	Nova entidade: Tumor odontogênico primordial
Fibro-odontoma ameloblástico Fibro-dentinoma ameloblástico	Subtipos do odontoma
Fibroma odontogênico simples ou pobre em epitélio Fibroma odontogênico rico em epitélio	Fibromas odontogênicos
	Adicionado: Fibroma cemento-ossificante

Fonte: OMS 2005; OMS 2017.

Quanto ao seu crescimento e comportamento biológico, este cisto demonstra um mecanismo diferente se comparado aos cistos mais comuns, como o cisto dentífero e o cisto radicular, por exemplo. Acredita-se que os cistos dentíferos e

radiculares continuam o seu crescimento como resultado do aumento da pressão osmótica dentro do lúmen cístico. Tal mecanismo já não se aplica para os queratocistos, pois seu crescimento pode estar relacionado a fatores genéticos inerentes ao seu próprio epitélio ou ainda de atividade enzimática da cápsula fibrosa do cisto (MILORO, Michael; GHALI, G. E.; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. 2008).

A cápsula cística é fina e friável, fragmentando-se com facilidade, isso traz dificuldade durante a sua remoção por completo além de trazer risco de recidiva. Normalmente o material puncionado apresenta-se com consistência semissólida e nos casos onde houveram infecção secundária, apresenta-se purulento (SHEAR, 2012).

No que diz respeito às características histopatológicas, o QO apresenta lesões exibindo células escamosas típicas, paraqueratótica de espessura variável e facilmente retirado do estroma subjacente. Em algumas áreas, no entanto, o epitélio mostra transição para epitélio tipo ameloblástico e gemas de pequenas dimensões que estavam presentes no estroma. Esta característica representa transformação ameloblastomática na parede do queratocisto (OGUN SALU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. 2007).

Apresenta ainda uma cavidade cística fina limitada por tecido epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana. Observa-se separação do limitante epitelial da cápsula fibrosa e presença de células paraqueratinizadas e ortoqueratinizadas, achatadas, em paliçada e de aparência corrugada na parte superficial luminal. Sua camada basal possui células de núcleo hiper cromático também dispostas em paliçada. Além de cistos-satélites que também são comumente observados (SOUZA TOLENTINO, Elen. et al. e TADEU SANTOS, Gilberth. et al. 2007).

A cápsula fibrosa do queratocisto é constituída por 5 a 10 camadas celulares. Ele apresenta baixa aderência ao tecido conjuntivo e um lúmen com uma quantidade variável de queratina descamada. Analisando o fluido ou semifluido presente em suas cavidades, podemos observar um líquido que contém menos de 4g/100ml de proteínas solúveis e que é constituído predominantemente por albumina (70%) e escamas de queratina (PAGOTTO, S. et al. 2004).

Quanto aos achados radiográficos, o QO exhibe uma área radiolúcida, uni ou multilocular, esférica ou ovoide, bem circunscrita, cercada por margens escleróticas. Dentes adjacentes a lesão podem ser deslocados, porém reabsorções radiculares são raras. Apesar desses achados radiográficos serem bastante sugestivos, não caracterizam sinal patognomônico. Lesões que mostram imagens radiolúcidas uniloculares pequenas podem ser facilmente confundidas com cisto dentígero, quanto estão associadas a um dente impactado ou incluso, ou ainda, a alguns cistos periapicais ou periodontais laterais, a depender dos demais achados clínicos. Já as lesões uniloculares maiores podem apontar para um possível ameloblastoma (SILVA et al., 2018). As lesões podem atingir grandes proporções, podendo ocorrer ou não ocorrer expansão das corticais ósseas e pode inclusive ocorrer fratura patológica (HARING; DIS. Van. 1988).

Ainda sobre o aspecto radiográfico da lesão, o QO pode apresentar halo esclerótico com margens regulares ou onduladas, unilocular ou multilocular, que pode ainda envolver um dente incluso ou impactado (TOLENTINO et al. e SANTOS et al. 2007).

As lesões podem ser diferenciadas quanto a sua localidade, capacidade de crescimento, associação com dentes adjacentes, capacidade de reabsorção óssea mesmo que rara, sua forma, aspecto do líquido puncionado, sintomatologia (que nem sempre está presente) e histórico. O diagnóstico definitivo se dá através do estudo

histopatológico da biópsia e do líquido puncionado presente no interior da cápsula cística, levando em consideração aspectos relacionados à própria cápsula, ao epitélio e ao lúmen cístico (SHEAR, 2012).

Existem propostas de diversas modalidades cirúrgicas para o tratamento dos queratocistos, podemos exemplificar a enucleação, seguida ou não por curetagem e remoção do mucoperiósteo, podendo ainda ser feita descompressão, excisão em bloco, ressecção com enxerto ósseo imediato, e também, a depender do tamanho da lesão, marsupialização (PAGOTTO, S. et al. 2004).

A marsupialização é uma indicação de tratamento para cistos de grandes dimensões. O procedimento irá cessar o potencial de crescimento tornando a parede do cisto mais espessa, com isso, facilitando a sua remoção por completo num outro tempo cirúrgico (PAGOTTO, S. et al. 2004).

Grande parte dos autores esquematizaram algumas propostas para um manuseio mais adequado para a intervenção terapêutica que segue a seguinte classificação: Conservadora; Cirúrgica; Combinação das duas anteriores (MARISSOL. Agueda; FLORES, Arellano; GONZÁLEZ MONTELONGO, Manuel. 2008).

Como se trata de uma entidade com alta taxa de recidiva e com capacidade de atingir grandes extensões, é necessária uma abordagem mais específica. O tratamento irá sempre variar e poderá ser constituído de enucleação, marsupialização e descompressão, sendo a última um procedimento no qual um tubo de drenagem é inserido no caso de lesões extensas, visando permitir a descompressão e consequente redução no tamanho da lesão, para que posteriormente seja feita a enucleação do queratocisto (POGREL; JORDAN, 2004).

Algumas correntes da comunidade científica defendem a utilização da crioterapia como alternativa para tratamento de queratocistos odontogênicos. Segundo POGREL (2001), devido à capacidade do nitrogênio líquido em desvitalizar osso *in situ* e assim manter a estrutura intacta, a crioterapia é sim uma alternativa de tratamento que pode ser utilizada para lesões localmente agressivas dos maxilares, incluindo não só o queratocisto odontogênico, como também ameloblastomas e o fibroma cemento-ossificante. Todavia, devido à dificuldade em controlar a quantidade de nitrogênio líquido que deve ser aplicada diretamente na cavidade cística, o edema e a necrose resultante podem ser imprevisíveis. Além disso, esse nitrogênio líquido pode fragilizar o osso remanescente e tem alto custo (POGREL, 2001).

Introduzir solução de Carnoy (um fixador de tecido contendo 6 ml de álcool absoluto, 3 ml de clorofórmio e 1 g de ácido férrico) dentro da loja cirúrgica, por um curto tempo de três minutos após a enucleação, pode reduzir a chance de recidiva, assim como o uso concomitante da crioterapia. Contudo, o clorofórmio foi proibido pela *Food and Drugs Administration* (FDA) devido ao seu efeito carcinogênico. Porém a solução de Carnoy sem clorofórmio apresenta taxa de recidiva sete vezes maior. Uma saída seria a curetagem e osteotomia periférica de 1 a 1,5mm com azul de metileno (BRONDUM; JENSEN, 1991; HSUN-TAU, 1998; BLANAS et al., 2000; NAKAMURA et al., 2002; ISRAEL; BRAGA; DIAS, 2004).

Os relatos da frequência de recidivas em diferentes estudos variam de 5% a 62%. Ainda que exista essa tendência de recidiva, o prognóstico para a maioria dos casos de QO é bom. (PAYNE, 1972; BRANNON, 1976; MEARA, 1998; NEVILLE et al., 2004).

2.2 Cisto Odontogênico Ortoqueratinizado (COO)

Mesmo sendo consideradas entidades separadas, o QO e o cisto odontogênico ortoqueratinizado (COO) possuem algumas semelhanças histológicas, além de um comportamento clínico extremamente parecido, porém com taxas recidivantes completamente distintas. Observando-se esse dado, portanto, o exame histopatológico é reafirmado como sendo imperativo no diagnóstico final, tratamento e preservação do caso (NASCIMENTO et al., 2012).

Segundo as amostras do trabalho de Diniz et al., (2010) o COO apresenta a presença de uma cápsula fibrosa revestida de um epitélio escamoso estratificado, com superfície ortoqueratinizada de espessura variável. Grânulos de querato-hialina são bem visíveis na camada epitelial superficial subjacente à ortoqueratina, e o limite epitelial pode ser relativamente fino (NASCIMENTO et al., 2012).

Contrastando com a alta e significativa taxa de recorrência após tratamento cirúrgico convencional do QO, o COO apresenta-se como uma entidade de baixa agressividade clínica. A atividade mitótica do QO é bem maior do que a dos outros cistos odontogênicos, e talvez, por isso, tenha tendência a recidiva. Enquanto isso o COO tem baixa atividade proliferativa, comparado com o QO e maior índice de apoptose celular (NASCIMENTO et al., 2012).

O COO é um cisto odontogênico que tem sua etiologia desconhecida, e que ocorre, predominantemente, em adultos jovens, com uma leve relação de predileção pelo sexo masculino, principalmente na porção posterior da mandíbula. Suas características clínicas e/ou radiográficas não se diferenciam dos outros tipos de cistos odontogênicos. De forma geral, a lesão é radiolúcida e unilocular, podendo, em alguns casos, ser multilocular, e, às vezes, acaba sendo confundida com um cisto dentígero (ARAGAKI, T. et al., 2010).

2.3 Associação com a Síndrome de Gorlin-Goltz

A síndrome de Gorlin-Goltz ou síndrome do carcinoma nevoide basocelular ou ainda polissonose cutaneomandibular hereditária é uma doença multissistêmica rara, que é caracterizada por neoplasias e algumas outras anormalidades do desenvolvimento. (ORTEGA, G. A. A.; GARCÍA, A. O.; ZEPEDA, N. S.; ACHA, S. A.; AGUIRRE, U. J. M. 2018). É uma condição hereditária herdada que tem característica autossômica dominante e é causada por mutações no gene PTCH1, que foi mapeado no braço longo do cromossomo 9q22.3-q31 (KAYSERILI et al., 2009).

O diagnóstico da síndrome de Gorlin-Goltz é feito quando temos a união de dois critérios principais ou de um principal e dois menores, identificados no mesmo paciente. Os critérios principais incluem: múltiplos queratocistos odontogênicos dos maxilares; mais de dois carcinomas basocelulares locais ou um carcinoma basocelular local em pessoas com menos de 20 anos; três ou mais fossas palmares ou plantares, calcificação da foice cerebral; costelas bífidas ou fundidas, parente de primeiro grau portador da síndrome de Gorlin-Goltz (NEVILLE et al., 2004).

A incidência desse distúrbio apresenta-se numa faixa de 50.000 a 150.000 na população, afetada pela distribuição regional, sem distinção de predileção por sexo (PATIL, K.; MAHIMA, V. G., 2005).

A apresentação clínica da síndrome difere entre indivíduos da mesma família ou membros de famílias diferentes. Queratocistos múltiplos devem alertar o dentista para o possível diagnóstico dessa síndrome (BERNARDES, F.V.; LACERDA, J.C.; AGUIAR, M.C.; GOMEZ, R.S., 2008).

Quanto as características clínicas, os pacientes afetados pela síndrome de Gorlin-Goltz podem apresentar protuberância frontal e temporoparietal, hipertelorismo

leve e prognatismo. Outras anomalias frequentes são costela bífida, calcificação lamelar da foice do cérebro e queratocistos odontogênicos múltiplos. A característica clínica mais significativa será a tendência para o desenvolvimento de múltiplos carcinomas de célula basal, tal carcinoma afeta tanto as áreas da pele expostas a luz solar quanto as áreas que foram não expostas. É possível ainda encontrar defeitos nas palmas das mãos e nas solas em cerca de dois terços de todos os pacientes acometidos com a síndrome (MILORO, Michael; GHALI, G. E.; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. 2008).

O diagnóstico de queratocistos odontogênicos múltiplos costuma ser a primeira manifestação encontrada da síndrome que dá suporte ao diagnóstico final. Por esse motivo, todo e qualquer paciente com um queratocisto odontogênico deverá ser avaliado para análise da possível síndrome acima descrita. É sabido que os cistos em pacientes com a síndrome do carcinoma nevoide basocelular não podem ser diferenciados a nível microscópico daqueles que não têm associação com a síndrome, porém, eles sempre reproduzem uma maior proliferação epitelial, além de formação de cistos-satélites na parede cística. (MILORO, Michael; GHALI, G. E.; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. 2008).

QUADRO 2 – Principais Características Clínicas da Síndrome do Carcinoma Nevoide Basocelular

FREQUÊNCIA ≥ 50%	FREQUÊNCIA DE 15% a 49%	FREQUÊNCIA <15% (mas não aleatória)
Múltiplos carcinomas basocelular	Fibromas ovarianos calcificados	Meduloblastoma
Queratocistos	Encurtamento dos ossos metacarpais IV	Meningioma
Cistos epidermóides na pele	Cifoescoliose ou outras anomalias vertebrais	Cistos linfomesentéricos
Depressões palmoplantares	Pectus excavatum ou carinatum	Fibroma cardíaco
Foice do cérebro calcificada	Estrabismo (exotropia)	Rabdomioma fetal
Circunferência craniana aumentada	-	Constituição física marfanoide
Anomalias das costelas: (chanfradas, fusionadas, parcialmente ausentes ou bífidas)	-	Fenda labial e/ou palatina
Hipertelorismo ocular leve	-	Hipogonadismo em homens

Espinha bífida oculta das vértebras Cervicais ou Torácicas	-	Retardo mental
--	---	----------------

Fonte: De Gorlin RJ. Nevoid basal-cell carcinoma syndrome, Medicine 66:98-113, 1987.

3 RELATO DE CASO

Paciente, 27 anos, sexo feminino, leucoderma. Compareceu a clínica-escola do curso de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campus VIII, situada na cidade de Araruna-PB, para tratamento odontológico restaurador. A paciente nega hábitos e vícios. No exame físico intraoral, observou-se higiene oral regular e abaulamento característico de tumefação, na porção retromolar esquerda, na região dos dentes 37 e 38 - que estavam ausentes -, sem relação com fatores traumáticos, assintomática e sem expansão das corticais ósseas. Devido a essa tumefação, solicitou-se um exame radiográfico panorâmico da região.

Figura 1 – Exame Clínico Intraoral



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

No exame radiográfico foi observado uma área radiolúcida, unilocular, ovoide, circunscrita com bordas escleróticas e bem definidas, na região dos molares inferiores do lado esquerdo. Não apresentava deslocamento do dente circunvizinho e nem reabsorção radicular. O tamanho da imagem radiolúcida na panorâmica é 2,5 cm.

Figura 2 – Exame Radiográfico



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

O tratamento proposto foi a enucleação para biópsia excisional da lesão com curetagem severa, preservando o nervo alveolar inferior. Para o procedimento cirúrgico, foi realizada anestesia local com 2 tubetes de mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.00 dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual. Foi realizada uma incisão linear se estendendo da borda anterior do ramo mandibular até a mesial do primeiro molar inferior esquerdo, obtendo um retalho em envelope suficiente para realizar ostectomia sobre a lesão, abrindo uma "janela cirúrgica" com dimensão suficiente para enuclear a lesão.

Figura 3 – Curetagem Cirúrgica Local



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Após remover o tecido patológico e curetar a cavidade, foi feita irrigação abundante com soro fisiológico 0,9% e a sutura foi realizada com fio seda 4.0. A cirurgia removeu 3 fragmentos de tecido mole, com superfície irregular, cor branca, medindo em conjunto 0,6 x 0,2 x 0,1 cm.

Figura 4 – Peça Cirúrgica Após Curetagem

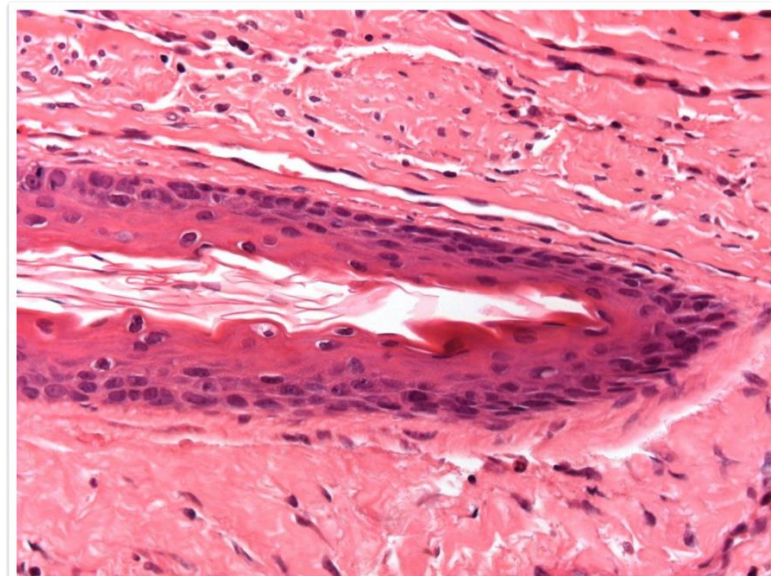


Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Prescreveu-se antibiótico (Amoxicilina 500mg) por 7 dias, anti-inflamatório (Nimesulida 100mg) por 4 dias e analgésico (Dipirona 500mg) por 3 dias. Fez-se ainda as devidas instruções pós-operatórias quanto à alimentação, limpeza e necessidade de repouso.

A análise histopatológica da peça cirúrgica mostrou fragmentos de lesão de origem odontogênica disposta em arranjo cistiforme, e revestidos por epitélio pavimentoso estratificado paracerasinizado, com superfície corrugada e camada basal constituída por células colunares altas, hiper cromáticas e dispostas em paliçada, exibindo uma interface plana com o tecido conjuntivo. O lúmen apresentava fragmentos sugestivos de paracerasina descamada. Observou-se ainda uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso vascularizado, envolvendo a proliferação epitelial odontogênica. O diagnóstico definitivo foi de Queratocisto Odontogênico.

Figura 5 – Exame Histopatológico



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Uma semana após a cirurgia o paciente retornou sem queixas, sem complicações pós-operatórias. Os pontos de sutura estavam mantidos, sem sinais flogísticos. Após a remoção da sutura, o paciente foi orientado a comparecer regularmente a cada 3 ou 4 meses para o acompanhamento radiográfico da lesão durante um ano para proervação e após isso foi liberado para realizar outros procedimentos odontológicos.

4 DISCUSSÕES

Este trabalho buscou relatar um caso de ocorrência de um queratocisto odontogênico em uma paciente de 27 anos. Apesar de não ter sido necessária fazer punção aspirativa e de ter fugido a regra no que diz respeito ao gênero, o caso clínico cirúrgico relatado se encaixa nos padrões gerais encontrados em relatos semelhantes de queratocisto odontogênico, isso se deve ao fato de ele ser invasivo, indolor e apresentar características radiográficas compatíveis (sendo a radiografia panorâmica fundamental para o diagnóstico diferencial do queratocisto), além de um exame histopatológico que relatou fragmento de epitélio escamoso paraqueratinizado e tecido conjuntivo fibroso denso com aspecto de normalidade. Todos esses resultados se enquadram nas características relatadas na literatura de outros casos de queratocisto odontogênico.

O tratamento adotado foi de enucleação com curetagem severa e ostectomia periférica, que aconteceu sem intercorrências. Tais procedimentos visam remover até dois milímetros de osso ao redor da cavidade cística, com o objeto de prevenir que remanescentes epiteliais proliferem na parede cística e leve a recidiva. O paciente deve ser proservado de maneira cuidadosa, periódica e sistemática, através de exames radiográficos e clínicos, por no mínimo de cinco anos após o ato cirúrgico.

Concordando com Israel, Braga e Dias (2004), o autor deste trabalho acredita que a enucleação associada à curetagem severa, é uma medida importantíssima no que diz respeito da tentativa de prevenção a recidiva, seja a terapia mais recomendada para o tratamento do queratocisto odontogênico. Acredita ainda que o paciente deve ser acompanhado clínica e radiograficamente com consultas semestrais por pelo menos cinco anos, devido ao alto índice recidivante desse cisto distinto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso do tratamento depende do diagnóstico, que inclui achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos. A proervação periódica da paciente é fundamental, pois essa lesão apresenta altas taxas de recidiva.

As características do QO, aliadas à sua frequência, atrasa o diagnóstico final, limitando o prognóstico e dificultando o tratamento. Deve-se salientar que um exame clínico minucioso e a análise histopatológica devem ser realizadas para detectar quaisquer características que associe a lesão com síndrome de Gorlin-Goltz. Como os queratocistos podem ser a primeira manifestação encontrada da síndrome do carcinoma nevoide basocelular, no geral, o CD talvez seja o primeiro a detectá-la e, nesse caso, é importante referenciar o paciente para aconselhamento genético e definir o melhor e mais apropriado tratamento para as lesões encontradas.

A enucleação da lesão seguida de curetagem severa da cavidade cística é o tratamento de eleição para o QO. A recidiva pode ocorrer apesar desse procedimento e isso apenas justifica a proervação periódica do paciente por um período de cinco anos, aproximadamente.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Gilberth Tadeu dos Santos; SANTOS, Marcos Antônio Martins; ACIOLE, Joubert Mateus dos Santos. Tumor odontogênico queratocisto recidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? relato de caso clínico. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac**, Camaragibe, v. 10, n. 1, p.43-48, 2010.

ARAGAKI T, MICHI Y, KATSUBE K, UZAWA N, OKADA N, AKASHI T, AMAGASA T, YAMAGUCHI A, SAKAMOTO K. Comprehensive keratin profiling reveals diferente histopathogenesis of keratocystic odontogenic tumor and orthokeratinized odontogenic cyst. **Hum Pathol**. 2010 Dec;41(12):1718-25.

CHAN JKC, EL-NAGGAR AK, GRANDIS JR, TAKATA T, SLOOTWEG PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours. **World Health Organization**, 4th edition; 2017.

DE MOLON RS, VERZOLA MH, PIRES LC, MASCARENHAS VI, DA SILVA RB, CIRELLI JA et al. Five years follow-up of a keratocyst odontogenic tumor treated by marsupialization and enucleation: a case report and literature review. **Contemp Clin Dent**. 2015 Mar; 6(Suppl 1):S106-10.

DINIZ MG, GALVÃO CF, MACEDO OS, GOMES CC, GOMEZ RS. Evidence of loss of heterozygosity of the PTCH gene in orthokeratinized odontogenic cyst. **J Oral Pathol Med**. 2011; 40: 277–80

GRASMUCK EA, NELSON BL. Keratocystic odontogenic tumor. **Head Neck Pathol**. 2010 Mar; 4(1):94-6.

KORNAFEL O, JAŻWIEC P, PAKULSKI K. Giant keratocystic odontogenic tumor of the mandible - a case report. **Pol J Radiol**. 2014 Dec; 79:498-501.

KUNIHIRO T, KAWANA H, KODAKA R, OBA T. Keratocystic odontogenic tumor invading the maxillary sinus: a case report of collaborative surgery between an oral surgeon and an otorhinolaryngologist. **J UOEH**. 2014 Dec; 36(4):251-6.

LIRA, Alexandre Aires Braga de; CUNHA, Belisse Brandão da; BRITO, Hiarles Barreto Sampaio. Tumor odontogênico ceratocístico. **Rsbo** (online), Joinville, v. 7, n. 1, p.0-1, 2010.

MARQUES, Jorge Antônio Ferreira; NEVES, José Luiz; ALENCAR, Deyvison Almeida. Ceratocisto Odontogênico: Relato de Caso. **Sitientibus**, Feira de Santana, v. 34, n. 1, p.59-69, 2006.

MENON S. Keratocystic odontogenic tumours: etiology, pathogenesis and treatment revisited. **J Maxillofac Oral Surg**. 2015 Sep; 14(3):541-7.

NAYAK, Meghanand T et al. "Queratocisto odontogênico: o que há no nome?". **Jornal de ciências naturais, biologia e medicina** vol. 4,2 (2013): 282-5. doi: 10.4103 / 0976-9668.116968

NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. **Patologia Oral e Maxillofacial**, 2 ed. Guanabara/Koogan, 2004

OHKI K, KUMAMOTO H, ICHINOHASAMA R, SATO T, TAKAHASHI N, OOYA K. PTC gene mutations and expression of SHH, PTC, SMO, and GLI-1 in odontogenic keratocysts. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2009; 33:584-92.

PAN S, DONG Q, SUN LS, LI TJ. Mechanisms of inactivation of PTCH1 gene in keratocystic odontogenic tumors: modification of the two-hit hypothesis. **Clin Cancer Res** 2010; 16:442-50.

PEREIRA, Cassiano Costa Silva; CARVALHO, Abrahão Cavalcante Gomes de Souza; GAETTI, Ellen Cristina. Tumor Odontogênico Queratocístico e Considerações Diagnósticas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 10, p.73-79, 2012.

POGREL MA, JORDAN RC. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. **J Oral Maxillofac Surg** 2004; 62:651-5.

ROOPAK B, SINGH M, SHAH A, PATEL G. Keratocystic odontogenic tumor: treatment modalities: study of 3 cases. **Niger J Clin Pract.** 2014 May-Jun; 17(3):378-83.

SRIVATSAN KS, KUMAR V, MAHENDRA A, SINGH P. Bilateral keratocystic odontogenic tumor: a report of two cases. **Natl J Maxillofac Surg.** 2014 Jan; 5(1):86-9.

TOLENTINO, E. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 1, 15 ago. 2018

WRIGHT JM, VERED M. Update from the 4th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumors. **Head Neck Pathol** 2017; 11(1):68-77.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me permitir chegar até aqui, mesmo eu sabendo que não sou merecedor de tamanha graça, minha sincera gratidão. Para Ele toda honra e toda glória. Tenho certeza que se cheguei até aqui, foi por permissão d'Ele.

Se existe alguém a quem eu devo tudo, esse alguém se chama **Simone Valério da Silva**, minha amada mãe, mulher de fibra. Eu me lembro bem e todo o seu sacrifício para fazer de mim o homem que sou hoje. Eu te agradeço por nunca desistir de mim, te agradeço por todo esse amor incondicional, te agradeço por ser a mãe que eu escolheria mil vezes. O mérito dessa vitória é todo seu, mãe. Sua garra, determinação e persistência me fez entender que sim, era possível e então aqui estamos. Tuas noites de sono, tua luta incansável, fizeram de nós dois, vencedores. Amo você! Contudo, acho que nós dois concordamos quando digo que meu padrasto, **José Carlos da Costa Rêgo**, foi papel fundamental, foi peça chave, foi a nossa base e com toda certeza devemos tudo isso a ele. A você, tio Carlos, minha eterna gratidão.

Agora, preciso falar de uma mulher que sempre me deu formas para seguir nessa estrada, minha amada avó **Zenaide Moura da Silva**. Ô, vô! Só tu sabes de todos os medos e fantasmas que me afligiram várias vezes. Aqui, em Araruna, sempre sinto saudades do seu colo, do seu abraço, da sua voz doce me dizendo sempre o quanto me ama e que eu sou seu presente de Deus. Hoje, quero te dizer que você que é o meu presente de Deus. Obrigado por todo apoio e amor.

Ao patriarca dessa família tão bonita, tão unida e que se ama. Sr. **Wilson Valério da Silva**. Quero dizer que hoje é uma honra carregar o teu nome. Obrigado por nunca me abandonar. Te amo, meu pai.

Ao meu pai, **Jamesson Correia das Chagas**, que embora existam dificuldades e diferenças, assumiu sua responsabilidade e aposto nesse sonho junto comigo, assim me fortalecendo. Sei que, a seu modo (como você costuma dizer) você me ama, e pode ter certeza que eu também te amo muito meu pai. E aproveito o ensejo para reafirmar o meu amor por toda a minha família de lá (como costumamos falar). Minha avó, **Romilda Correia Virães**, a senhora não sabe o quanto suas mensagens de bom dia me sustentam; minhas tias: **Janaina Luiza Gonçalves**, teu amor me sustentou em várias situações durante minha temporada no Rio de Janeiro; e ainda, **Jocycleide Luiza Gonçalves** que nunca me deixou esquecer de Deus e de seus planos para a minha vida. Gratidão!

Minha gratidão as minhas tias **Maria Suzana Valério da Silva** e **Suzany Valério da Silva**. Vocês me mostraram o verdadeiro sentido de família. Com vocês aprendi sobre amor, sobre cuidado, sobre carinho e atenção. Obrigado por sempre estarem presente e nunca me abandonarem. Essa conquista também é de vocês. Também não posso esquecer do meu tio **Vanilson da Paz Silva**, que mesmo não sendo meu tio de sangue isso nunca atrapalhou a nossa relação. Todos esses anos o amor, respeito e admiração que tenho por você só cresce. Sempre serei grato por tanto cuidado.

Ao meu orientador, professor e mestre, **José Endrigo Tinoco Araújo**, gratidão! Obrigado por comprar essa briga junto comigo e me orientar de maneira amigável e compreensiva. Você me deixou a vontade para trabalhar e isso me encheu de confiança. Você é nota mil!

A minha banca avaliadora: **Amanda Lira Rufino de Lucena** e **Karoline Gomes da Silveira**. Vocês são fonte de inspiração. Serei sempre grato por toda

disponibilidade e atenção. Obrigado por todos os ensinamentos. Vocês têm um papel fundamental em tudo isso.

A minha dupla de clínica, **Emilly Katley Ferreira Rodrigues**. Foram longos cinco anos de aprendizado, companheirismo e união. Agradeço por toda compreensão, por todas as broncas e todos os momentos de alegria e tristeza que dividimos. Sempre vou me lembrar com carinho de tudo que vivemos e vou sorrir com a lembrança. Sei que nem tudo são flores, mas a nossa amizade é bem mais que tudo isso. Estou certo que será uma profissional brilhante, o mundo é seu, por isso voe.

Que agradecer a todos os meus amigos pois sem eles eu não teria prosseguido nessa caminhada até o fim. Em especial ao meu irmão de alma, **Ari Dantas de Carvalho Junior**, e aos amigos da patotinha secreta: **Luciliana Ferreira, Bertson Brunnelli, Daldiane Araújo, Fernanda Araújo, Danielle Porto, Bruna Dantas e Priscilla Bezerra**. Vocês não fazem noção do quanto são importantes para mim. Como diz Milton Nascimento em sua canção: amigo é coisa para se guardar debaixo de sete chaves... podem ter certeza de que vou levá-los em minhas lembranças para o resto da vida. Vocês tornaram tudo muito mais leve.

Aos professores e funcionários dessa instituição, pois se não houvessem eles dispostos a facilitar o conhecimento, eu não chegaria até aqui. Obrigado, obrigado, obrigado!