



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

ROMULLO THIAGO MEDEIROS ISIDORO

Enucleação de um Tumor Odontogênico Ceratocístico associado à eletrocauterização como terapia cirúrgica complementar – *Relato de caso*

Campina Grande

2014

ROMULLO THIAGO MEDEIROS ISIDORO

Enucleação de um Tumor Odontogênico Ceratocístico associado à eletrocauterização como terapia cirúrgica complementar – *Relato de caso*

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia, pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande – PB.

Orientadora: Profa. Dr^a. Daliana Queiroga de Castro Gomes

Campina Grande-PB

2014

É expressamente proibida 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 da dissertação.

I81e Isidoro, Rômulo Thiago Medeiros.

Enucleação de um tumor odontogênico ceratocístico associado à eletrocauterização como terapia cirúrgica complementar [manuscrito] : relato de caso / Romulo Thiago Medeiros Isidoro. - 2014.

27 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes, Departamento de Odontologia".

1. Tumor odontogênico. 2. Cirurgia bucal. 3. Terapia combinada. I. Título.

21. ed. CDD 617.605

ROMULLO THIAGO MEDEIROS ISIDORO

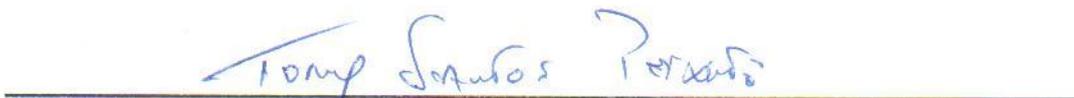
Enucleação de um Tumor Odontogênico Ceratocístico associado à eletrocauterização como terapia cirúrgica complementar – Relato de caso

Aprovado em 16/07/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dr.ª Daliana Queiroga de Castro Gomes / UEPB
(Orientadora)



Prof. Me. Tony Santos Peixoto / UEPB
(1º Examinador)



Prof.ª. Dr.ª Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo / UEPB
(2ª Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo o dom da vida, e pela oportunidade de realização deste sonho, não só meu, mas de toda minha família. E por ter me ajudado a enfrentar todas as dificuldades durante essa minha trajetória. Obrigado senhor por tudo!

Aos meus pais, pelo amor, educação, e por todo o esforço que fizeram para que eu conseguisse almejar este sonho. E principalmente a minha mãe Gilva, pela vida, por toda dedicação, carinho e por sempre me apoiar em todos os momentos, mesmo quando ninguém mais acreditava. Mãe, se hoje sou o que sou devo muito a senhora, obrigado. Te amo.

Ao meu irmão Douglas, pelo companheirismo, amizade, e carinho. E a quem eu desejo que futuramente possa compartilhar desta mesma alegria.

A minha namorada Priscila, pelo amor, companheirismo, dedicação, carinho e amizade. E que agora, mesmo estando longe nunca deixou de me apoiar e me incentivar. Obrigado meu amor por fazer dos meus dias os mais felizes. Te amo minha nega, volta logo!

A toda minha família, que sempre esteve ao meu lado, dando palavras de incentivo e sempre fazendo me sentir amado. Agradeço principalmente, ao meu avô Genival, a quem admiro muito, e sou grato eternamente, por toda ajuda financeira, e por sua história de vida, que me faz ter a cada dia mais orgulho do avô que tenho.

A minha orientadora professora Daliana Queiroga, por todos os ensinamentos e conhecimentos adquiridos desde a disciplina de estomatologia até hoje. E por todo apoio, confiança e principalmente pela paciência, durante a elaboração deste trabalho. Sem esquecer também da grande oportunidade de aprendizado que tive, não só profissional, mas também de vida, todas as quintas, durante o estágio no Hospital Laureano.

Ao professor Tony Peixoto, pela realização da cirurgia abordada neste relato. E por todo suporte, dedicação e colaboração para que este trabalho fosse concluído. Mostrando-se sempre disposto a ajudar nos eventuais contratemplos existentes.

A professora Robéria por ter aceitado participar da avaliação da minha banca, enriquecendo ainda mais este trabalho.

Quero agradecer também a todos os cirurgiões bucomaxilofaciais que fazem parte do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga, em especial aos professores Dr. Rafael Grotta e Dr. Josuel Cavalcante, onde tive o privilégio de estagiar e com os quais de conviver e, de obter grandes ensinamentos que me fizeram admirar ainda mais esta especialidade e de crescer tanto profissional como pessoalmente.

A todos meus amigos de infância e aos colegas de faculdade, irmãos de profissão, que pudemos conviver todos esses anos, dividindo as mesmas alegrias e angustias, às vezes compartilhando das mesmas dificuldades, mas sempre nos ajudando uns aos outros, como uma verdadeira família. Carregarei a amizade de vocês eternamente, pois sei que elas foram verdadeiras. Quero agradecer e desejar muito sucesso na vida de todos vocês.

Enfim, agradeço a todos que participaram dessa trajetória seja ela de forma direta ou indireta, contribuindo para o meu sucesso e para a conclusão deste curso. O meu muito obrigado a todos vocês!

RESUMO

A partir de 2005, o até então Ceratocisto Odontogênico, passou a ser chamado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Tumor Odontogênico Ceratocístico (TOC), devido ao seu comportamento agressivo e a sua alta taxa de recidiva, variando entre 2 a 60%. Dentre os tumores odontogênicos, ele apresenta uma prevalência de aproximadamente 35,8%, acometendo preferencialmente o sexo masculino, na faixa etária de dez a 40 anos de idade e com uma predileção pela região posterior e ramo da mandíbula, estando na maioria dos casos associado a um dente incluso. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de TOC na maxila, de uma paciente do sexo feminino, oito anos de idade, com sintomatologia dolorosa, notada a partir de uma assimetria facial decorrente de aumento de volume na região superior direita da maxila. Na radiografia panorâmica, observou-se uma área radiolúcida, unilocular, com margens bem definidas, que envolvia a parte cervical de um dente retido, causando deslocamento dos dentes vizinhos. Após a biopsia incisional da lesão, obteve-se o diagnóstico histopatológico de TOC. Com isso, realizou-se a enucleação do tumor e, em seguida, a eletrocauterização da loja cirúrgica, com a finalidade de se evitar recidivas da lesão. No momento a paciente encontra-se em proervação, sem sinais de recidiva da lesão, e realizando tratamento ortodôntico, para o reposicionamento dentário. Diante do exposto, destaca-se a importância do conhecimento sobre as características clínicas e radiográficas dos tumores odontogênicos, e da realização de uma biopsia incisional para um diagnóstico conclusivo e um planejamento cirúrgico adequado, evitando assim que a lesão progrida e resulte em maiores complicações para o paciente.

Palavras-chave: Tumores Odontogênicos; Cirurgia Bucal; Terapia Combinada.

ABSTRACT

The Odontogenic Keratocyst received this denomination until 2005, when it started to be called by the World Health Organization (WHO) as Keratocystic Odontogenic Tumor (KOT), due to their aggressive behavior and their high recurrence rate between 2 and 60%. Among the Odontogenic tumors, it has a prevalence of approximately 35.8% and affects mainly males aged between 10 and 40 years old and it has a predilection for the mandible bone in the ramus and posterior region. Moreover, it is in the majority of cases associated with an impacted tooth. So, the objective of this study was to report a case of KOT in the maxilla of a female patient, eight years old, with pain symptoms noted from a facial asymmetry due to swelling in the upper right region of maxilla. The panoramic radiograph showed a radiolucent unilocular area with well-defined limits, involving the cervical part of a retained tooth and causing displacement of neighboring teeth. After incisional biopsy of the lesion, a histopathological diagnosis of KOT was obtained. Thus, an enucleation of the tumor was performed and also a cauterization of the surgical cavity in order to prevent recurrence of the lesion. Currently, the patient is under observation, with no signs of recurrence, and receiving orthodontic treatment for tooth reposition. In the light of all information previously above exposed, this study is aimed to emphasize the importance of the knowledge about the clinical and radiographic aspects of Odontogenic tumors, and performing an incisional biopsy for definitive diagnosis and appropriate surgical planning, thus preventing injury to progress and result in major complications for the patient.

Key Word: Odontogenic Tumors; Oral Surgery; Combined Modality Therapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Página
Figura 1	Radiografia panorâmica pré-operatória, evidenciando imagem unilocular, radiolúcida, com limites precisos e envolvendo região cervical do dente 13.....	14
Figura 2	Tomografia Computadorizada (cone-beam), corte coronal numa visão panorâmica.....	15
Figura 3	Tomografia Computadorizada (cone-beam).....	15
	3.a. Reconstrução tridimensional numa visão frontal.....	15
	3.b. Reconstrução tridimensional numa visão lateral direita.....	15
	3.c. Corte axial (visão de cima) exibindo o dente envolvido na lesão.....	15
	3.d. Corte axial (visão de cima) expondo uma imagem hipodensa compatível com lesão de TOC.....	15
Figura 4	Transoperatório.....	16
	4.a. Imagem da loja cirúrgica, e a cavidade após a eletrocauterização.....	16
	4.b. Imagem clínica, evidenciando a reposição do retalho e sutura simples em pontos separados.....	16
Figura 5	Peça cirúrgica.....	17
	5.a. Visão frontal.....	17
	5.b. Visão posterior.....	17
Figura 6	Fotomicrografias da lesão diagnosticada como TOC.....	18
	6.a. Lesão de aspecto cístico revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado com estroma de tecido conjuntivo fibroso (HE, 100x).....	18
	6.b. Visão mais aproximada do epitélio pavimentoso estratificado (HE, 200x).....	18
	6.c. Visão aproximada mostrando a ruptura do epitélio desgarrando-se do seu estroma (HE, 200x).....	18
	6.d. Epitélio pavimentoso paraceratinizado com camada basal exibindo células “em paliçada” e núcleos hipercromáticos (HE, 400x).....	18
Figura 7	Radiografia Panorâmica após 60 dias de pós-operatório.....	19

ABREVIATURAS E SIGLAS

FAP	– Fundação Assistencial Da Paraíba.....	13
TOC	– Tumor Odontogênico Ceratocístico	11
UEPB	– Universidade Estadual Da Paraíba.....	13

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	13
3 RELATO DE CASO	14
4 DISCUSSÃO	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6 REFERÊNCIAS.....	24

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez por Philipsen em 1956, o até então denominado ceratocisto odontogênico, a partir de 2005, passou a ser chamado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Tumor Odontogênico Ceratocístico (TOC), devido ao seu comportamento agressivo e seu alto índice de recidiva, que varia entre 2% e 60%. Pode ser definido como um tumor intraósseo benigno, de origem odontogênica, o qual possui como revestimento um epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado (BARNES et al., 2005; MADRAS; LAPOINTE, 2008). Essa lesão pode ser associada à síndrome do carcinoma nevoide basocelular (Síndrome de Gorlin), que, de acordo com Manfredi et al. (2004) é uma doença autossômica dominante, caracterizada por várias anormalidades de desenvolvimento, como a presença de inúmeros TOCs, e o surgimento de neoplasias malignas na pele do tipo carcinoma basocelular.

No que se refere a sua etiologia, existem duas teorias que explicam o desenvolvimento do TOC: uma afirma que o mesmo surge, a partir de remanescentes da lâmina dentária e outra explica o seu aparecimento a partir da proliferação de células da camada basal do epitélio oral (LOPES et al., 2004; MARQUES et al., 2006).

Os TOCs podem ser encontrados em pacientes desde a infância até idades mais avançadas, porém cerca de 60% dos casos são diagnosticados nos pacientes entre dez e 40 anos (NEVILLE et al., 2009). Na maioria dos casos, a mandíbula é mais acometida que a maxila, com acentuada tendência para envolver a região posterior e o ramo da mandíbula. É mais frequente no sexo masculino, numa proporção de 2:1 em relação ao feminino (CHIRAPATHOMSAKUL; SASTRAVAHA; JANSISYANONT, 2006).

Clinicamente, esta lesão apresenta-se como um aumento de volume local, geralmente assintomático, sendo, muitas vezes, diagnosticada por meio de exame radiográfico de rotina. Seu notável potencial de crescimento ocorre inicialmente no sentido anteroposterior, e, quando atinge grandes dimensões pode ocorrer expansão óssea. A infecção secundária pode provocar dor, tumefação e, em alguns casos, drenagem espontânea (JARDIM et al., 2011).

De acordo com Habibi et al. (2007), o TOC apresenta-se, radiograficamente, como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular, bem circunscrita, com limite esclerótico delgado, geralmente envolvendo a parte cervical de um dente retido, e exibe ainda deslocamento de dentes impactados ou erupcionados, além de reabsorção radicular e extrusão dos dentes envolvidos.

Para Lopes et al. (2004), quando a lesão estiver associada a um dente, o diagnóstico diferencial deve incluir cisto dentígero, ameloblastoma, tumor odontogênico adenomatoide e o fibroma ameloblástico. No entanto, quando se apresenta solitária, sem a associação a um dente, o TOC assemelha-se a um cisto ósseo traumático, granuloma central de células gigantes e o cisto periodontal lateral.

De acordo com Alciole et al. (2010), o tratamento do TOC pode ser realizado de diferentes formas, como enucleação, curetagem, marsupialização ou ressecção em bloco. Por se tratar de um tumor benigno, várias técnicas foram descritas buscando diminuir a taxa de recorrência e a extensão da cirurgia, evitando assim ressecções segmentares. Entre estas, destaca-se a colocação de solução de Carnoy (fixador de tecido) na loja cirúrgica e o uso adjunto de crioterapia, osteotomia periférica ou eletrocauterização (AUGUST et al., 2003).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo descrever um caso de um TOC envolvendo o dente de uma paciente do sexo feminino, cujo tratamento realizado foi a enucleação da lesão, associada à eletrocauterização da loja cirúrgica como terapia cirúrgica complementar.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este trabalho constitui-se em um relato de caso clínico, com abordagem qualitativa, o qual foi realizado na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), situado na Av. Dr. Francisco Pinto, s/n, Bodocongó, na cidade de Campina Grande – PB.

A cirurgia foi realizada em uma paciente do sexo feminino, oito anos de idade, branca, brasileira, estudante. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A) foi assinado pela responsável da paciente, autorizando a exposição do seu caso, segundo a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1996).

Utilizou-se, nesta paciente, a técnica da enucleação seguida de curetagem e eletrocauterização da cavidade cirúrgica, para remoção da lesão na região do canino superior direito, visando assim o tratamento adequado para o TOC. A técnica está demonstrada, por meio de imagens, no relato de caso.

A avaliação histopatológica do material removido, durante biópsia incisional, bem como da peça cirúrgica, proveniente da cirurgia para a enucleação da lesão foi realizada no laboratório de patologia oral, do Departamento de Odontologia, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, branca, oito anos de idade, acompanhada de sua genitora foi encaminhada por um cirurgião dentista clínico a um cirurgião bucomaxilofacial para avaliação de aumento de volume na face, do lado direito, com sintomatologia dolorosa.

Ao exame físico extraoral, constatou-se assimetria facial com presença de tumefação na região do sulco nasogeniano direito. Ao exame físico intraoral, observou-se o aumento de volume na região do canino superior direito, que se encontrava ausente. Foi solicitada uma radiografia panorâmica, na qual, observou-se uma área unilocular, radiolúcida, de aspecto cístico, com limites precisos e envolvendo o dente 13 em sua porção cervical, causando também deslocamento dos dentes adjacentes (Figura 1). Em cortes axiais, coronais e reconstruções tridimensionais de uma tomografia computadorizada (cone-beam), evidenciou-se uma imagem hipodensa, unilocular, bem definida, com aspecto cístico, localizada na região anterior da maxila, no lado direito, sem causar rompimento das corticais vestibular e palatina (Figuras 2 e 3). Diante do exposto, chegou-se às hipóteses diagnósticas de TOC, Tumor Odontogênico Adenomatóide (TOA) e Cisto Dentífero, com uma propensão maior para a primeira hipótese, em virtude da idade da paciente. Desta forma, optou-se por uma biópsia incisional e encaminhamento para avaliação histopatológica, para conclusão diagnóstica e planejamento cirúrgico.



Figura 1: Radiografia panorâmica pré-operatória, evidenciando imagem unilocular, radiolúcida, com limites precisos e envolvendo região cervical do dente 13.



Figura 2: Tomografia Computadorizada (cone-beam), corte coronal numa visão panorâmica.

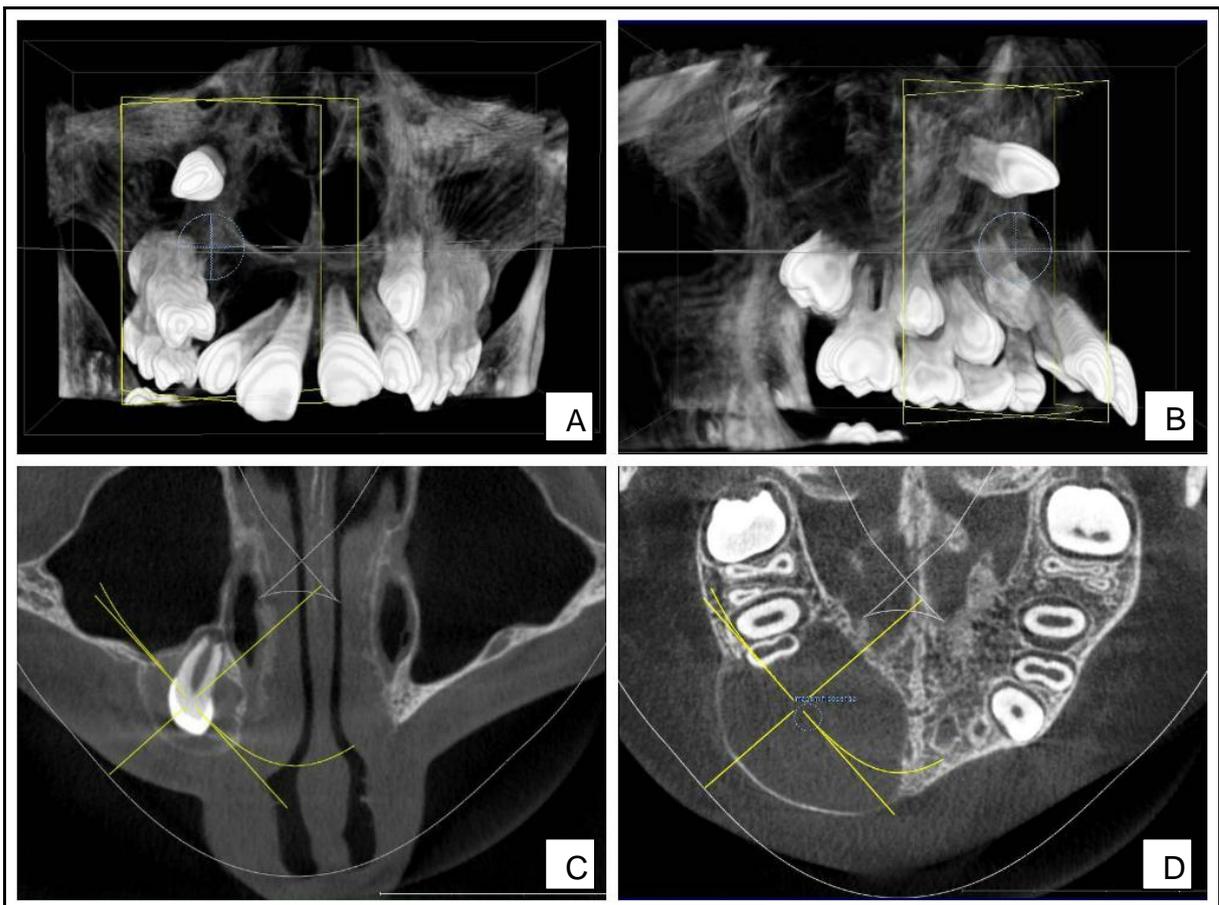


Figura 3: Tomografia Computadorizada (cone-beam) mostrando: A) Reconstrução tridimensional numa visão frontal. B) Reconstrução tridimensional numa visão lateral direita. C) Corte axial (visão de cima) exibindo o dente envolvido na lesão. D) Corte axial (visão de cima) expondo uma imagem hipodensa compatível com lesão de TOC.

Após o diagnóstico histopatológico de TOC, a paciente foi encaminhada para FAP, onde foi realizada a cirurgia para a enucleação da lesão, sob anestesia geral, bem como exérese do dente 13, via intraoral, por meio de uma incisão do tipo Neumann modificada (Trapezoidal), deslocamento de retalho mucoperiosteal e ostectomia marginal para exposição da cápsula. Após a remoção, como terapia cirúrgica complementar, realizou-se a curetagem e a limpeza da loja cirúrgica associada à eletrocauterização da cavidade (Figura 4a), com a finalidade de evitar recidivas da lesão. Posteriormente, reposicionou-se o retalho e realizou-se a sutura simples em pontos separados (Figura 4b). Em seguida, a peça cirúrgica (Figura 5) foi colocada em uma solução de formol a 10% e, encaminhada para o laboratório de patologia oral da UEPB, para uma nova avaliação histopatológica, que confirmou o quadro histológico inicial de TOC.

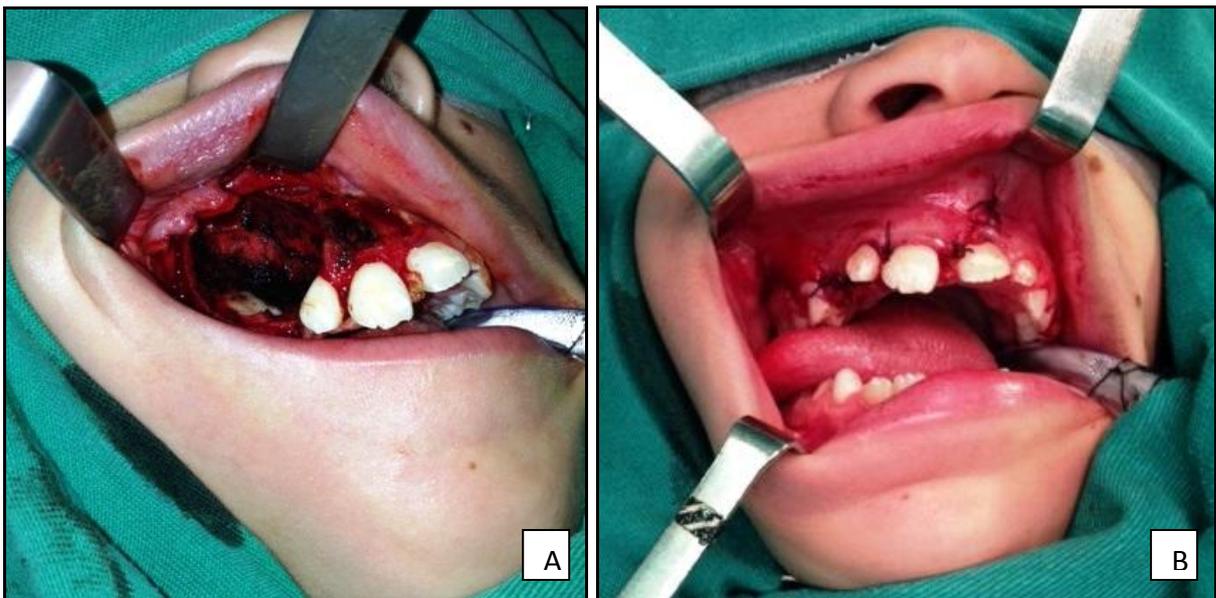


Figura 4: Transoperatório exibindo: A) Imagem da loja cirúrgica, e a cavidade após a eletrocauterização. B) Imagem clínica, evidenciando a reposição do retalho e sutura simples em pontos separados.

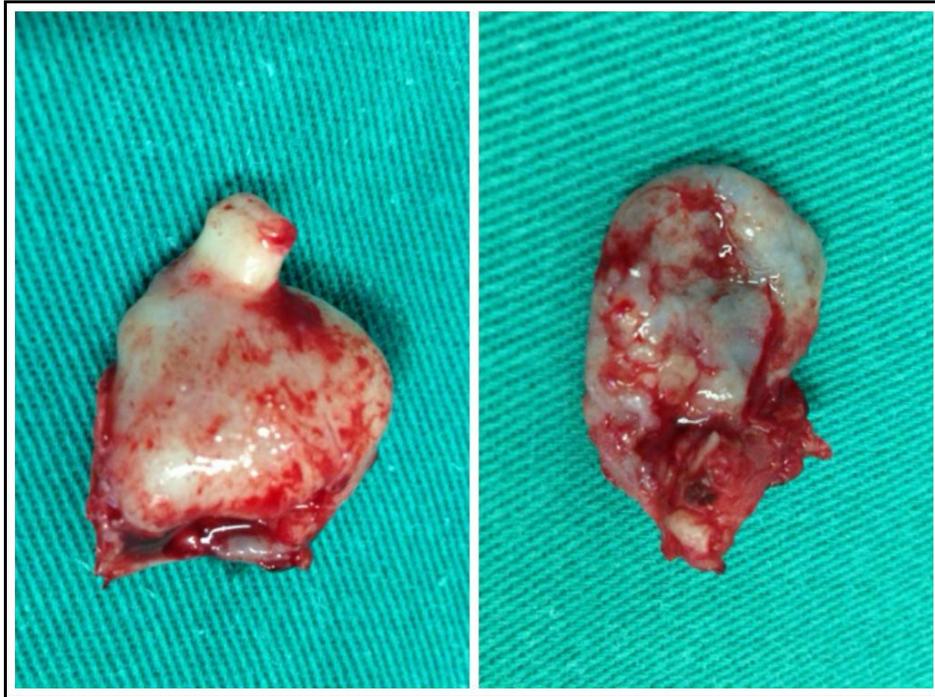


Figura 5: Peça cirúrgica. A) Visão frontal; B) Visão Posterior.

Nos cortes histológicos examinados, corados em hematoxilina e eosina (HE), observaram-se fragmentos de lesão cística de natureza odontogênica, revestida por epitélio pavimentoso estratificado que exibe camada basal constituída por células colunares baixas, dispostas em “paliçada” e apresentando núcleos hipercromáticos, além de camada superficial de paraceratina corrugada. O estroma da lesão demonstrou infiltrado inflamatório de intensidade variável, constituído por neutrófilos, linfócitos, plasmócitos e macrófagos (Figura 6).

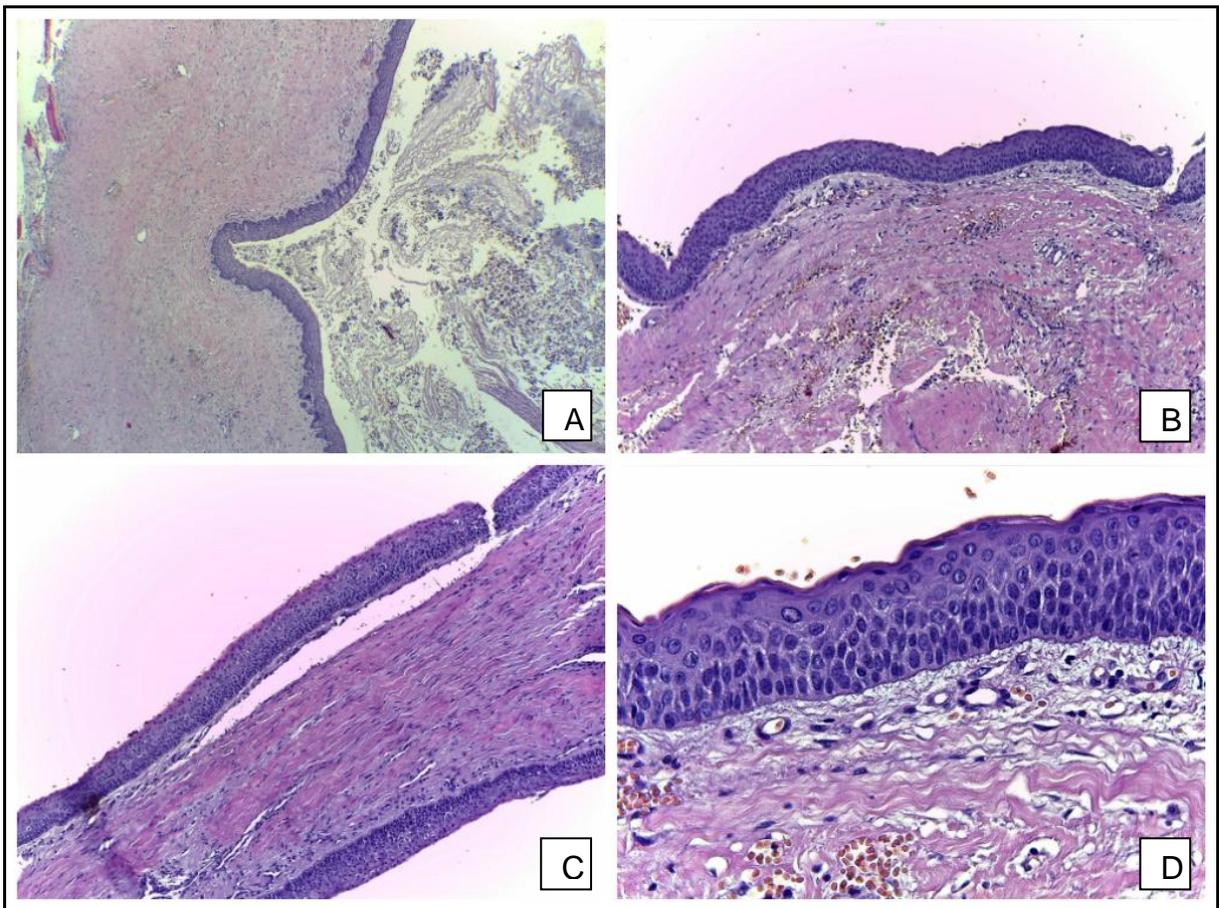


Figura 6: Fotomicrografias da lesão diagnosticada como TOC exibindo: A) Lesão de aspecto cístico revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado com estroma de tecido conjuntivo fibroso (HE, 100x). B) Visão mais aproximada do epitélio pavimentoso estratificado (HE, 200x). C) Visão aproximada mostrando a ruptura do epitélio desgarrando-se do seu estroma (HE, 200x). D) Epitélio pavimentoso paraceratinizado com camada basal exibindo células “em paliçada” e núcleos hipercromáticos (HE, 400x).

O controle radiográfico de 60 dias após a cirurgia demonstra reparação óssea satisfatória em andamento e sem sinais de recidiva (Figura 7). Atualmente, a paciente encontra-se em proervação, não se observa sintomatologia e submete-se a tratamento ortodôntico para reposicionamento dentário com vistas a planejamento implantododôntico na área edêntula.



Figura 7: Radiografia Panorâmica após 60 dias de pós-operatório.

4 DISCUSSÃO

Os TOCs são lesões do tipo cística, geralmente assintomáticas, que requerem considerações especiais em função de seu comportamento clínico e de seus aspectos histopatológicos específicos, caracterizados por uma alta taxa de recorrência, por seu mecanismo de crescimento diferenciado e por apresentar um potencial de comportamento agressivo (KOLAR et al., 2006; MYOUNG et al., 2001; DIB et al., 2008). De acordo com Antunes et al. (2007) e Dib et al. (2008), o TOC apresentou relatos de caso entre pacientes de 7 a 93 anos de idade, com maior incidência na segunda e terceira décadas de vida e uma pequena prevalência pelo gênero masculino, sendo mais comumente encontrado na região posterior e ramo ascendente da mandíbula (LIRA et al., 2010).

A paciente do caso relatado trata-se de uma criança de oito anos, branca, do sexo feminino. No entanto, de acordo com Lopes et al. (2004), Pagotto et al. (2004) e Marques et al. (2006), a lesão é mais frequente no sexo masculino, em torno da segunda ou terceira década, numa razão de 1,42:1 entre homem e mulher, sendo os pacientes brancos mais comumente acometidos.

A lesão estava localizada na maxila na região de canino superior direito. Entretanto, Fetter et al. (2004) afirmam que a incidência do TOC é de três a quatro vezes maior na mandíbula que na maxila, com preferência pela região dos terceiros molares inferiores e ângulo da mandíbula, estendendo-se para o ramo ascendente, seguida da região de pré-molares e, depois, em região anterior. Na maxila é mais comum na região de molares, sendo que cerca de 13% acomete os caninos superiores (LOPES NETO et al., 2000).

De acordo com Chow (1998), o TOC tende a crescer predominantemente no sentido anteroposterior na mandíbula, permitindo-lhe alcançar grandes proporções, sem causar expansão óssea significativa. Entretanto, na maxila, devido à presença do seio maxilar, e pelo fato de ser um osso mais delgado, a expansão da lesão ocorre de maneira esférica, fazendo com que seja facilmente notada em uma fase inicial da lesão. Fato este observado que ocorreu na lesão relatada, em que o tumor foi detectado a partir de uma assimetria facial decorrente do aumento de volume na região superior direita da maxila.

Durante o exame clínico, a paciente queixou-se de dor e observou-se tumefação na região do sulco nasogeniano direito, o que corrobora com Chirapathomsakul; Sastravaha; Jansisyanont (2006) e Myoung et al. (2001), os quais afirmam que a sintomatologia mais frequente, evidenciada durante o exame clínico é dor e edema, ou ambas.

A análise histopatológica do tumor estudado mostra uma cavidade patológica revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado, com camada superficial corrugada e camada basal disposta em “paliçada”, que evidenciava células com hiper cromatismo nuclear. Este achado encontra-se de acordo com um estudo realizado por Antunes et al. (2007), em que os autores analisaram 69 casos de TOC. O qual é representado por um estudo retrospectivo no período de janeiro de 1992 a janeiro de 2007, com pacientes diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE. Sendo registrados 238 casos de tumores odontogênicos, dos quais 69 pacientes (30%) eram portadores de TOC, com idade entre 10 e 84 anos (média de 31 anos). Foram analisados os indicadores de sexo, faixa etária, localização topográfica, presença de sintomatologia dolorosa e tamanho da lesão.

No caso relatado, optou-se como tratamento definitivo a remoção total da lesão por meio da enucleação, seguida de uma minuciosa curetagem e eletrocauterização da cavidade cirúrgica como terapia combinada. Apesar de existirem algumas discordâncias quanto ao tratamento do TOC, o qual varia de acordo com as características de cada caso, os principais fatores influenciadores são a idade do paciente e a localização da lesão (MORGAN; BURTON; QIAN, 2005). De acordo com Peixoto et al., (2009) o método de tratamento mais utilizado é a enucleação, seguida de rígida curetagem, embora outras modalidades também sejam citadas, como a marsupialização, ressecção, osteotomia periférica, crioterapia e enucleação seguida da aplicação da solução de Carnoy, todas com a finalidade de evitarem ao máximo recidivas da lesão (OGUN SALU et al., 2007; MADRAS; LAPOINTE 2008).

Apesar de Pogrel e Jordan (2004) defenderem a marsupialização (manobra que consiste na retirada de parte da lesão, a fim de diminuí-la e permitir a formação de osso reativo) como forma de tratamento definitiva, Madras e Lapointe (2008) alegam que esta é uma alternativa geralmente usada quando se faz necessário

proteger estruturas nobres ou quando se aguarda oportunidade cirúrgica para o paciente. Maurette; Jorge e De Moraes (2006) acrescentam que este método precisa de uma importante adesão do paciente, tendo em vista a necessidade de uma proservação periódica.

Lira et al. (2010) asseguram que o prognóstico do TOC torna-se favorável dependendo se a lesão tiver sido removida totalmente, pois, em virtude da friabilidade do estroma de tecido conjuntivo frouxo, a probabilidade de restos epiteliais permanecerem na região é grande, o que conseqüentemente levaria a uma possibilidade de recidiva. Para Mallmann et al. (2012), os TOCs tem um índice de recorrência variável, geralmente entre 2% a 60%, dependendo de fatores como: faixa etária, localização e tamanho das leões, sexo, tipo de tratamento e variável histológica.

A maioria das recidivas ocorre dentro de cinco a sete anos após o tratamento, embora alguns tenham sido relatados mais de dez anos após a intervenção inicial (MORGAN; BURTON; QIAN, 2005). Estes achados reforçam a importância do acompanhamento em longo prazo como um aspecto essencial para o plano de tratamento do TOC.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este relato, destaca-se a importância do conhecimento por parte dos cirurgiões dentistas sobre os tumores de natureza odontogênica e da realização de uma biópsia incisional, visando um diagnóstico correto e conclusivo e, conseqüentemente, um tratamento adequado, para se evitar que a lesão progrida e assumam grandes proporções, resultando em mutilações significativas e comprometimento da qualidade de vida do paciente.

6. REFERÊNCIAS

- ALCIOLE, T.S.G.; SANTOS, M.A.M.; ALCIOLE, J.M.S.; NETO, R.N. Tumor odontogênico queratocístico 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.
- ANTUNES, A.A.; AVELAR, R.L.; SANTOS, T.S.; ANDRADE, E.S.S.; DOURADO, E. Tumor odontogênico ceratocístico: análise de 69 casos. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.**, Recife, v. 36, n. 2, p. 80-82, Apr/May/Jun. 2007.
- AUGUST, M.; FAQUIN, W.C.; TROULIS, M.J.; KABAN, L.B. Dedifferentiation of odontogenic keratocyst epithelium after cyst decompression. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 61, n. 6, p. 678-683, 2003.
- BARNES, L.; EVERSON, J.W.; REICHART, P.; SIDRANSKY, D.; editors. **Pathology and genetics of head and neck tumours**. WHO classification of tumours series. Lyon: IARC Press; 2005.
- CHIRAPATHOMSAKUL, D.; SASTRAVAHA, P.; JANSISYANONT, P. A review of odontogenic keratocyst and the behavior of recurrences. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 101, n. 5, p. 95-99, 2006.
- CHOW, H.T. Odontogenic keratocyst: a clinical experience in Singapore. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 86, n. 5, p. 573-577, 1998.
- DIB, J.E.; FERREIRA, M.S.; GUEDES, K.P.; TAVARES, P.G.; DIB, B.E.M. Tumor Odontogênico Ceratocístico em mandíbula: relato de caso. **RCO**, v. 10, n. 2, p. 105-109, Jul/Dec 2008.
- FETTER, F.; GRASSELLI, S.; BATISTA, F.C.; SCHNEIDER, L.E.; KRAUSE, R.G.S.; SMIDT, R. Ceratocisto odontogênico envolvendo corpo e ramo mandibular em pacientes jovens: relato de caso. **Stomatós.**, Canoas, v. 10, n. 18, p. 53-59, 2004.
- HABIBI, A.; SAGHRAVANIAN, N.; HABIBI, M.; MELLATI, E.; HABIBI, M. Keratocystic odontogenic tumor: a 10- year retrospective study of 83 cases in an Iranian population. **J Oral Sci.**, v. 49, n. 3, p. 229-235, Sep. 2007.
- JARDIM, E.C.G.; PEREIRA, C.C.S.; CARVALHO, A.C.G.S.; GEALH, W.C.; SHINOHARA, E.H. Tumor odontogênico queratocístico: revisão de literatura. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 159-161, 2011.
- KOLAR, Z.; GEIEVORÁ, M.; BOUCHAL, PAZDERA, J.; ZBORII, V.; TVRDY, P. Immunohistochemical analysis of the biological potential of odontogenic keratocysts. **J Oral Pathol Med**, v. 35, p. 75-80, 2006.
- LIRA, AAB; et al. Tumor odontogênico Ceratocístico. **Rev Sul-Bras Odontol.**, Joinville, v. 7, n.1, p. 95-99, Mar. 2010.

LOPES, M.W.F.; SOUZA, G.F.M.; CARVALHO, E.J.A.; GONDOLA, A.O. Aspectos clínicos e morfológicos do ceratocisto odontogênico: relato de caso. **Odontol Clin-Cient.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 61-66, 2004.

LOPES NETO, F.C. et al. Queratocisto Odontogênico: Relato de caso clínico. **HB Científica.**, São José do Rio Preto, v. 7, n. 3, 2000.

MADRAS, J.; LAPOINTE, H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. **JCDA**, v. 74, n. 2, p. 165a-h, Mar. 2008.

MALLMANN, C.T.; VIEIRA, R.R.; DA SILVA, S.O.; DE CARLI, B.M.G.; DE CARLI, J.P. Tumor odontogênico ceratocístico - levantamento de casos e revisão de literatura. **Odonto**, v. 20, n. 40, p. 67-72, 2012.

MANFREDI, M.; VESCOVI, P.; BONANINI, M.; PORTER, S. Nevoid basal cell carcinoma syndrome: a review of the literature. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 33, n.2, p. 117-124, Mar. 2004.

MARQUES, J.A.; NEVES, J.L.; ALENCAR, D.A.; LEMOS, I.M.; MARQUES, L.C. Ceratocisto odontogênico: relato de caso. **Sitientibus**, Feira de Santana, v. 34, p. 59-69, 2006.

MAURETTE, P.E.; JORGE, J.; DE MORAES, M. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 64, p. 379-383, 2006.

MORGAN, T.A.; BURTON, C.C.; QIAN, F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 63, p. 635–639, 2005.

MYOUNG, H.; HONG, S.P.; HONG, S.D.; LEE, J.I.; LIM, C.Y.; CHOUNG, P.H.; et al. Odontogenic keratocyst: review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 91, n. 3, p.328-333, 2001.

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p.684-688.

OGUN SALU, C.; DAISLEY, H.; KAMTA, A.; KANHAI, D.; MANKEE, M.; MAHARAJ, A. Odontogenic keratocyst in Jamaica: a review of five new cases and five instances of recurrence together with comparative analyses of four treatment modalities. **West Indian Med J.**, Kingston, v. 56, p. 90-95, 2007.

PAGOTTO, S.R.; CARVALHO, M.B.; CARDOSO, W.; CURCIO, R. Queratocisto odontogênico: revisão da literatura e relato de caso. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.**, Recife, v. 33, n. 2, p. 99-102, 2004.

PEIXOTO, R.F.; MENEZES, D.P.B.; PEREIRA, J.S.; PEREIRA, K.M.A.; COSTA, A.L.L. Tumor odontogênico ceratocístico: revisão dos achados atuais. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe, v.9, n.3, p. 21-28, jul./set. 2009.

POGREL, M.A.; JORDAN, R.C. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 62, p. 651-655, 2004.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimentos sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito de utilização do meu histórico de antecedentes familiar e pessoal, bem como da retenção e do uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas neste prontuário, referentes inclusive ao mau estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais, revistas científicas nacionais e internacionais.

Campina Grande, 09 de julho de 2014.

Altema Fernandes de Lima
Assinatura do Paciente

RG: _____

Josefa Hamiltona Fernandes de Melo
Assinatura do Responsável

RG: 240 8009

Maria Gracilene A. Fernandes Rafaela Suânio Fernandes Neves
Testemunha 1 Testemunha 2

RG: 2255652

RG: 3849921