

Artigo de Relato de Caso
Case Report Article

Tumor odontogênico ceratocístico

Keratocystic odontogenic tumor

Alexandre Aires Braga de LIRA*
Belisse Brandão da CUNHA*
Hiarles Barreto Sampaio BRITO**
Gustavo Pina GODOY***
Lélia Maria Guedes QUEIROZ****

Endereço para correspondência:

Address for correspondence:

Alexandre Aires Braga de Lira
Rua Francisco de Assis Oliveira, 91 – Palmeira
CEP 58401-110 – Campina Grande – PB
E-mail: alexandreabl_bg@hotmail.com

* Graduandos do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

** Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela UEPB.

*** Professor Doutor de Patologia Oral da UEPB.

**** Professora Doutora em Patologia Oral do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Recebido em 15/6/2009. Aceito em 4/8/2009.

Received on June 15, 2009. Accepted on August 4, 2009.

Palavras-chave:

tumor odontogênico;
tumor odontogênico
ceratocístico;
enucleação.

Resumo

Introdução: O tumor odontogênico ceratocístico (TOC) é uma lesão que requer considerações especiais por conta de seu comportamento clínico e de seus aspectos histopatológicos específicos. O presente estudo tem por objetivo apresentar um caso de TOC enfatizando suas características radiográficas e histopatológicas. **Relato de caso:** Paciente de 43 anos apresentou imagem radiolúcida unilocular localizada na região posterior do corpo mandibular, no lado esquerdo, estendendo-se até o ramo ascendente, observada em uma radiografia panorâmica. Foi submetida a um exame tomográfico seguido de biópsia incisional para posterior exame histopatológico, no qual foi observada cavidade patológica revestida por epitélio paracerasinizado, exibindo camada basal disposta em “paliçada” e que evidenciava células com hiper cromatismo nuclear, confirmando tratar-se de um TOC. **Conclusão:** O conhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas de lesões tumorais de natureza odontogênica, especialmente do TOC, é de fundamental importância, proporcionando assim um diagnóstico

correto dessas lesões, evitando que elas assumam grandes dimensões e, por conseguinte, levem o paciente a uma mutilação significativa.

Abstract

Introduction: The keratocystic odontogenic tumor (KOT) is a lesion that requires special considerations due to its clinical behavior and specific histopathological aspects. This study aims to present a case of KOT emphasizing its radiological and histopathological characteristics.

Case Report: In a panoramic radiograph a female 43-year-old patient presented a radiolucent unilocular image located in the left side of the posterior region of the mandible, extending up to ascending branch. She was submitted to computed tomography scan followed by an incisional biopsy for subsequent histopathological examination, in which a pathological cavity with parakeratinized epithelium was observed, showing basal layer containing cells with nuclear hyperchromatism, thus confirming a KOT. **Conclusion:** The dentist's knowledge regarding odontogenic tumor lesions, especially KOT, is primary important in order to provide an accurate diagnosis of this lesions and to avoid their growth, which could result in significant injuries to the patient.

Keywords:

odontogenic tumor; keratocystic odontogenic tumor; enucleation.

Introdução

Descrito pela primeira vez por Philipsen em 1956, o até então denominado ceratocisto odontogênico passou a ser chamado desde 2005 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de tumor odontogênico ceratocístico (TOC) por conta de seu comportamento agressivo e sua recidiva local [2]. Pode ser definido como um tumor intraósseo benigno, de origem odontogênica, que exhibe revestimento de epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado [13]. Essa lesão pode ser associada à síndrome do carcinoma nevoide basocelular, uma doença autossômica dominante caracterizada por várias anormalidades de desenvolvimento, pela presença de inúmeros TOCs, bem como pelo surgimento de neoplasias malignas de pele do tipo carcinoma basocelular [14].

O TOC ocorre em uma ampla faixa etária, com pico de incidência entre a segunda e a terceira década de vida, tendo um declínio gradual nas faixas etárias subsequentes [8]. O sexo masculino é mais acometido por esse tipo de lesão, numa proporção de 2:1 em relação ao feminino [3]. Radiograficamente, o TOC apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular, bem circunscrita, e pode envolver dentes não erupcionados, exibindo ainda deslocamento de dentes impactados ou erupcionados, reabsorção radicular e extrusão dos dentes envolvidos [8].

O presente trabalho tem por objetivo discutir um caso de TOC localizado no lado esquerdo do corpo mandibular, com rompimento de cortical

óssea lingual e superior, enfatizando as suas características radiográficas e histopatológicas.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, feoderma, 43 anos, residente na cidade de Campina Grande (PB), foi encaminhada ao curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) para avaliação de uma imagem radiolúcida observada pela protesista em uma radiografia panorâmica. A imagem apresentava-se unilocular, localizada na região posterior do corpo mandibular, no lado esquerdo, estendendo-se até o ramo ascendente do mesmo lado (figura 1).

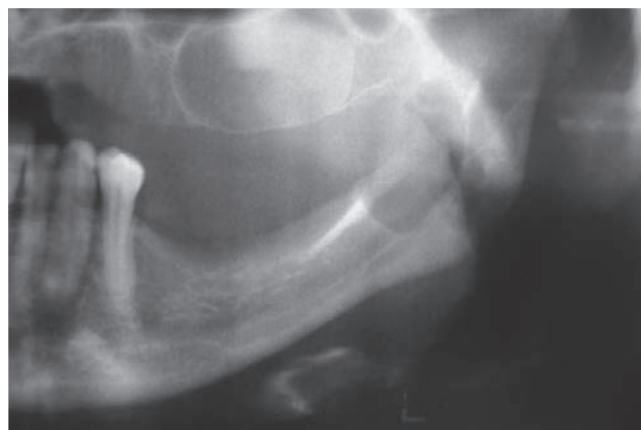


Figura 1 - Imagem radiolúcida unilocular localizada na região posterior esquerda

Durante a anamnese, a paciente apresentou boas condições gerais de saúde, sem histórico de alergia medicamentosa. Ao exame físico extra e intrabucal não foi observado aumento de volume nem anormalidades na coloração da mucosa, sendo constatada apenas sintomatologia dolorosa à palpação. Diante do exposto, foi solicitada tomografia computadorizada para avaliação da área mandibular que abrigava a lesão. Por meio de cortes axiais, coronais e longitudinais, evidenciou-se uma imagem hipodensa, unilocular, bem definida, com

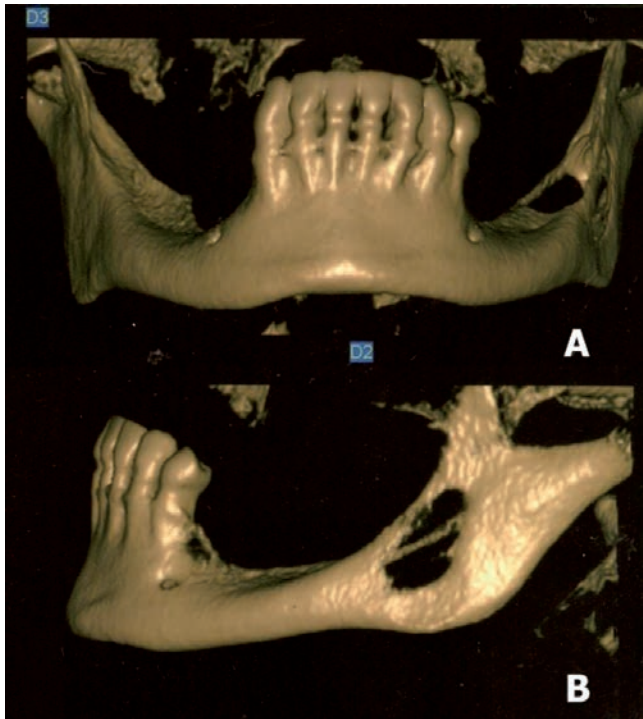


Figura 2 - Reconstrução em três dimensões. Vistas frontal (A) e lateral (B)



Figura 3 - Cortes tomográficos evidenciando imagem hipodensa, unilocular, com aspecto cístico, causando rompimento de corticais. Cortes longitudinal (A), axial (B) e coronal (C)

aspecto cístico, localizada na região posterior do corpo da mandíbula, no lado esquerdo, estendendo-se ao ramo ascendente (figura 2), causando rompimento das corticais lingual e superior e desvio do canal mandibular (figura 3). Por meio dos exames clínico e radiográfico chegou-se às hipóteses diagnósticas de TOC, de ameloblastoma multicístico e de lesão central de células gigantes, sendo indicada a biópsia incisiva para posterior exame histopatológico e consequente confirmação diagnóstica.

Observou-se que os cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina (HE) apresentavam cavidade patológica revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado (figura 4), com superfície epitelial corrugada e camada basal disposta em “paliçada”, que evidenciava células com hiper cromatismo nuclear. O estroma da lesão demonstrou escasso infiltrado inflamatório e era composto por tecido conjuntivo fibroso frouxo. Diante de tais achados, foi emitido o diagnóstico de TOC, e a lesão foi submetida posteriormente a uma biópsia excisional, com confirmação histopatológica do resultado anteriormente relatado.

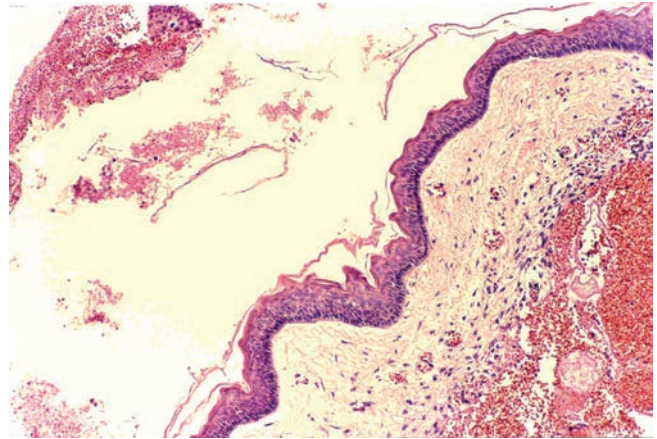


Figura 4 - Epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado, exibindo camada basal em paliçada, revestindo estroma de tecido conjuntivo fibroso (HE, 100x)

Discussão

O TOC é uma lesão que requer considerações especiais em função de seu comportamento clínico e de seus aspectos histopatológicos específicos [5]. Ele já 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 do gênero masculino [1, 5, 7], sendo mais comumente encontrado na região de terceiro molar inferior e ramo ascendente da mandíbula [4, 9, 18].

No presente relato, o caso contraria a literatura no que se refere à tendência de acometimento quanto à faixa etária e ao gênero anteriormente citados, visto que se trata de uma paciente do sexo feminino na quinta década de vida. No tocante à região de maior incidência da lesão, o caso ora apresentado encontra-se em concordância com a literatura revisada.

De acordo com Sousa *et al.* [19], os TOCs inicialmente são assintomáticos, sendo na maioria das vezes descobertos no exame radiográfico de rotina. O caso relatado aqui se assemelha ao que foi dito pelos autores supracitados, uma vez que o paciente apresentava sintomatologia dolorosa apenas à palpação, bem como pelo fato de ter sido encaminhado ao serviço especializado em decorrência de verificação de lesão osteolítica em radiografia panorâmica pela protesista. Os mesmos autores afirmaram ainda que, à medida que evoluem, essas lesões podem causar sintomatologia dolorosa, tumefação ou drenagem.

Radiograficamente, o TOC descrito no presente caso apresentava-se como uma imagem radiolúcida unilocular, com aspecto cístico, estando de acordo com Lopes *et al.* [12] e Dib *et al.* [5]. Em geral a radiografia panorâmica fornece, com qualidade, a extensão da lesão cística e sua relação com estruturas adjacentes. No entanto a tomografia computadorizada mostra detalhes mais precisos sobre a expansão da lesão, a localização de dentes envolvidos e a topografia de suas margens (espessura e perfuração das corticais ósseas) do que as radiografias convencionais [6, 15], o que justifica a realização do exame tomográfico no caso aqui relatado, no qual foi possível verificar destruição da cortical óssea lingual e da alveolar.

Diante dos achados clínicos e radiográficos do presente caso, foi possível chegar a hipóteses diagnósticas como TOC, ameloblastoma multicístico e lesão central de células gigantes. Entretanto, como clinicamente não foi constatado abaulamento das corticais vestibular e lingual, o diagnóstico definitivo esperado foi o de TOC, visto que essa lesão apresenta, na maioria das vezes, crescimento anteroposterior sem expansão de cortical óssea, como afirmam Dib *et al.* [5] e González-Alva *et al.* [7].

Por exibir lesões semelhantes clínica e radiologicamente, como visto anteriormente, deve-se ressaltar a importância do exame histopatológico como meio de obtenção do diagnóstico definitivo. O caso ora relatado encontra-se de acordo com os achados de Antunes *et al.* [1], que realizaram uma análise de 69 casos de TOC e observaram que a lesão apresentava histologicamente uma cavidade patológica revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado, com superfície

epitelial corrugada e camada basal disposta em “paliçada”, que evidenciava células com hiperchromatismo nuclear.

A luz da lesão revelava um líquido claro ou cremoso (espesso e acinzentado) que ao exame microscópico consistiu em resto de ceratina, fato esse que justifica a presença de um conteúdo de viscosidade variável quando da punção aspirativa por agulha fina da lesão, verificando que, quanto maior a quantidade de ceratina na luz da lesão, maior a viscosidade do seu conteúdo [11].

O TOC possui uma cápsula fina e friável que, na maioria das vezes, é difícil de ser removida do osso sem se fragmentar, inspirando cuidados no ato cirúrgico [10, 16]. Destaca-se que o tratamento e o prognóstico dos TOCs não refletem um ponto muito crítico de discordância entre os autores pesquisados. Esses dois fatores estão muito ligados à gravidade e extensão da lesão e ao método terapêutico empregado.

De acordo com Peterson *et al.* [17], o tratamento de tumores de pequenas proporções e que apresentam alto grau de recidiva, como no presente caso, dá-se por meio da enucleação da lesão seguida de minuciosa curetagem, corroborando Lopes Neto *et al.* [11] e Marques *et al.* [15], que descreveram um tratamento baseado na enucleação total da lesão seguida de curetagem do leito cirúrgico, mesma técnica utilizada no presente caso.

O prognóstico para o TOC torna-se favorável na dependência de remoção total da lesão [16], ressaltando-se que, em virtude da friabilidade do estroma de tecido conjuntivo frouxo, a probabilidade de permanecerem restos epiteliais na região é grande, o que levaria invariavelmente a uma possibilidade de recidiva.

Conclusão

O conhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas de lesões tumorais de natureza odontogênica, especialmente do TOC, é de fundamental importância para proporcionar um diagnóstico correto e a tempo hábil para tratamento de tais lesões, evitando que elas assumam grandes dimensões e, por conseguinte, levem o paciente a uma mutilação significativa.

Referências

1. Antunes AA, Avelar RL, Santos TS, Andrade ESS, Dourado E. Tumor odontogênico ceratocístico: análise de 69 casos. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2007 Apr/May/Jun;36(2):80-2.

2. Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005. WHO classification of tumours series.
3. 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.* 2006;101(5):95-9.
4. Chye C, Singhh B. Rapid cystic development in relation with an impacted lower third molar: a case report. *Ann Acad Med Singapore.* 2005 Jan;34(1):130-3.
5. Dib JE, Ferreira MS, Guedes KP, Tavares PG, Dib BEM. Tumor odontogênico ceratocístico em mandíbula: relato de caso. *RCO.* 2008 Jul/Dec;10(2):105-9.
6. Fetter F, Grasselli S, Batista FC, Schneider LE, Krause RGS, Smidt R. Ceratocisto odontogênico envolvendo corpo e ângulo mandibular de paciente jovem: relato de caso clínico. *Stomatos Canoas.* 2004 Jan/Jun;10(18):53-9.
7. González-Alva P, Tanaka A, Oku Y, Yoshizawa D, Itoh S, Sakashita H et al. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective study of 183 cases. *J Oral Sci.* 2008 May;50(2):205-12.
8. 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.* 2007 Ago;49(3):229-35.
9. Kissi L, Benyahya L, Rifki A. Lê Keratokyste isole: a propôs d'um cãs. *Journal de Ordre des dentistes du Québec.* 2006 Sept;43:321-8.
10. Ladeinde AL, Ajayi OF, Ogunlewe MO, Adeyemo WL, Arotiba GT, Bamgbose BO et al. Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99(2):191-5.
11. Lopes Neto FC, Agostinho RM, Cruz FM, Camarra CMS. Queratocisto odontogênico: relato de caso clínico. *HB Científica.* 2000 Sept/Dec;7(3).
12. Lopes MWF, Souza GFM, Carvalho EJA, Gondola AO. Aspectos clínico-morfológicos do queratocisto odontogênico: relato de caso. *Odontologia Clin Cientif.* 2004 Jan/Apr;3(1):61-6.
13. Madras J, Lapointe H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. *JCDA.* 2008 Mar;74(2):165a-h.
14. Manfredi M, Vescovi P, Bonanini M, Porter S. Nevoid basal cell carcinoma syndrome: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Mar;33(2):117-24.
15. Marques JAF, Neves JLN, Alencar DA, Lemos IM, Marques LC. Ceratocisto odontogênico: relato de caso. *Sitientibus.* 2006 Jan/Jun;34:59-69.
16. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia: oral e maxilofacial.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
17. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral maxilofacial contemporânea.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 521-4.
18. Ramos RQ, Vieira EH, Gabrielli MFR, Hasse PN. Queratocisto odontogênico: revisão da literatura. *Rev Paul Odontol.* 2001 Nov/Dec:37-40.
19. Sousa FACG, Vieira EMM, Kantorski KZ, Rosa LEB. Queratocisto odontogênico: um estudo retrospectivo. *Rev Pós-Grad.* 2007;13(4):324-7.

Como citar este artigo:

Lira AAB, Cunha BB, Brito HBS, Godoy GP, Queiroz LMG. Tumor odontogênico ceratocístico. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Mar;7(1):95-9.
