



UNICAMP

MÁRCIA REGINA CLARE ROSA



1290005249

TCE/UNICAMP
R71q
FOP



Queratocisto: Levantamento da Literatura

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de título de Especialista em Imaginologia Dento-Maxilo-Facial.

**PIRACICABA
2003**



MÁRCIA REGINA CLARE ROSA



Queratocisto: Levantamento da Literatura

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de título de Especialista em Imaginologia Dento-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Frab Norberto Bóscolo

255

**PIRACICABA
2003**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Unidade FOP/UNICAMP	
N. Chamada	R71q
.....	
Vol.	Ex.
Tombo BC/	

Unidade - FOP/UNICAMP

ICE/UNICAMP

R71q Ed.

Vol. Ex.

Tombo 5249

C ☐ D ☒

Proc. 16 P-224/2010

Preço R\$ 11,00

Data 15/12/10

Registro 777764

Ficha Catalográfica

R71q Rosa, Márcia Regina Clare.
 Queratocisto: levantamento da literatura. / Márcia Regina Clare
 Rosa. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2003.
 68 f.

Orientador : Prof. Dr. Frab Norberto Boscolo.
 Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de
 Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Boca – Doenças. 2. Patologia bucal. 3. Radiologia –
 Diagnóstico. I. Boscoo, Frab Norberto. II. Universidade Estadual
 de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia
 de Piracicaba - UNICAMP.

AGRADECIMENTOS

Aos Meus Pais e Irmãos, pela compreensão e amor dedicados em toda minha vida e pela oportunidade que me deram de poder enriquecer pessoalmente e profissionalmente.

À Deus, parceria concreta e verdadeira em todos os momentos.

Ao Prof. Dr. Frab Norberto Bóscolo pela dedicação e orientação deste trabalho e também pela paciência no decorrer do curso.

Ao Prof. Dr. Francisco Haiter Neto, pelo exemplo de profissionalismo, pela dedicação em ensinar e pelas dicas sobre nossa profissão.

Às minhas companheiras de quarto durante as estadias na cidade de Piracicaba. Obrigado pela companhia e pelas conversas.

Ao Raphael Navarro Aquilino, meu agradecimento pela dedicação e paciência, pela companhia, pelas conversas telefônicas, as quais sempre me acalmavam para a realização mais precisa deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3. DISCUSSÃO.....	54
4. CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

RESUMO

O Queratocisto é uma entidade patológica que necessita de considerações especiais por parte dos profissionais da saúde devido ao seu complexo aspecto clínico, radiográfico e histológico. Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento da literatura recente sobre esta entidade patológica, relatando suas diversas características, considerações no aspecto clínico-radiográfico-histológico e as lesões que fazem parte do diagnóstico diferencial como também alternativas de tratamento.

ABSTRACT

The Queratocyst is a pathological entity that needs specials considerations on the part of the health professionals due to its complex clinical, radiographic and histological aspects. The aim of this study was to carry a recent literature review about this pathological entity, relating its diverse characteristics, considerations in the clinical-radiographic-histologic aspects and the lesions that are part of the differential diagnosis as well as treatment alternatives.

1. INTRODUÇÃO

Queratocisto Odontogênico é a denominação dada a uma entidade patológica relatada por Philipsen em 1956 e, posteriormente por Pindborg e Hansen em 1963. SHEAR, em uma descrição de 22 casos, denominou a lesão de cisto primordial, baseando-se na sua gênese que se fez a partir da lâmina dentária do órgão do esmalte, ou seja, dos primórdios da odontogênese.

O Queratocisto é uma forma distinta de cisto odontogênico de desenvolvimento que necessita de considerações especiais devido ao seu comportamento clínico e aspectos histológicos específicos. Histologicamente apresenta um mecanismo de crescimento que difere do cisto radicular e do cisto dentígero. O mecanismo de crescimento do queratocisto pode estar relacionado com fatores inerentes desconhecidos do próprio epitélio ou atividade enzimática na cápsula fibrosa. Há um consenso geral de que este tipo de patologia 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, variando, segundo autores, de 13 a 60% dos casos além da possibilidade da lesão apresentar comportamento agressivo (NEVILLE *et al.*, 1998).

Clinicamente, este tipo de lesão é assintomática sendo encontrado em exames de rotina, principalmente em indivíduos do sexo masculino na segunda e terceira décadas de vida. Radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida circunscrita delimitada por uma halo radiopaco podendo se uni ou

multilocular localizado frequentemente em região de ângulo e ramo mandibular(NEVILLE *et al.*, 1998).

Na maioria das vezes , o tratamento consiste de cirurgia de enucleação para retirada total da lesão, sendo que em casos mais avançados é feito 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.*, 1998).

2. REVISÃO DE LITERATURA

O queratocisto é considerado uma entidade distinta por causa de suas características histológicas, proliferação cinética e comportamento. Por isso, embora a ceratinização possa estar presente em muitos outros tipos de cistos, o padrão histológico específico do queratocisto distingue-se dos demais

Há uma concordância geral em que o queratocisto se origina a partir dos remanescentes da lâmina dentária na mandíbula e maxila. Geralmente, apresentam comportamento benigno, porém agressivo, com uma taxa de reaparecimento significativa e podem ser indicadores da Síndrome do Carcinoma Nevóide Basocelular.

Ocorrem em qualquer idade com pico de incidência entre a 2ª e 3ª década de vida. São mais encontrados em mandíbula em aproximadamente uma relação de 2:1. A porção posterior do corpo da mandíbula e ramo são mais comumente afetados e na maxila a área de 3º molar é mais comumente atingida. Radiograficamente, apresentam-se como uma radiotransparência bem circunscrita com limites escleróticos radiopacos, podendo ser uni ou multiloculares. Multiloculações estão, muitas vezes, presentes e tendem a ser vistas mais freqüentemente nas lesões maiores. A maioria das lesões é unilocular, algumas ao lado da coroa de um dente não erupcionado, podendo provocar expansão óssea e reabsorção de dentes adjacentes. É geralmente assintomática, a não ser que sofra alguma infecção secundária.

PANDERS & HADDERS (1969) realizaram um levantamento de 512 cistos em 497 pacientes, encontrando 28 queratocistos solitários (5,7%).

A relação homem/mulher foi de 21:7. A idade dos pacientes variou de 20 a 60 anos, com pico de incidência na terceira década. A região de terceiro molar inferior foi a localização mais comum relatada, havendo também uma predileção para região anterior de maxila. Destes cistos, quinze ocorreram em regiões dentadas e treze em regiões edêntulas, porém os queratocistos somente ocorreram nos maxilares com dentição permanente ou em edêntulos.

Dentre os sinais e sintomas clínicos, foram observados dor, edema e presença de fistula. Em nove pacientes a dor era severa, em três era ligeira e nos outros estava ausente.

Radiograficamente, os cistos únicos foram descritos como multiloculares. Os grandes queratocistos poderiam ser confundidos com mixomas ou ameloblastomas, o que levaria a um diagnóstico errôneo. Pequenos queratocistos com aparência multilocular e bordas festonadas foram encontrados, podendo ser demarcados por uma linha radiopaca, além disso reabsorção radicular também pode ocorrer. Somente dois dos 28 queratocistos estudados eram multiloculares, três mostravam uma leve aparência multilocular e em um, bordas festonadas foram claramente visíveis. Das características radiográficas, os cistos apresentavam a seguinte distribuição quanto ao tamanho: dois menores que 2cm; 16 entre 2 e 4cm; 10 com mais que 4cm. Uma linha radiopaca foi claramente visível em onze casos e em um caso foi observado reabsorção radicular.

O diagnóstico foi realizado baseado nas características clínicas e radiográficas. Segundo este critério, os 28 queratocistos foram diagnosticados como: cisto radicular (3), cisto folicular (6), cisto radicular recorrente (3), cisto glóbulo-maxilar (2), cisto residual (14).

O tratamento dos queratocistos consistiu de uma cuidadosa enucleação e a recorrência foi elevada, em 13,7% dos cistos estudados, provavelmente devido a fragilidade da fina parede cística.

RUD & PINDBORG (1969) acompanharam um estudo de 21 casos de queratocistos durante os anos de 1955 a 1967, 367 cistos nos maxilares foram verificados. Somente cistos com mais de 1cm de diâmetro ou cistos incomuns foram analisados histologicamente. Vinte (5,5%) eram queratocistos e neste grupo foi adicionado mais 1 cisto diagnosticado antes de 1955.

Queratocistos ocorreram em onze homens e dez mulheres, a idade dos pacientes quando foram diagnosticados variou entre 10 a 80 anos, sendo que 2/3 tinham menos de 40 anos. Além disso, 2/3 dos cistos eram grandes e não foram encontrados múltiplos queratocistos.

Foram encontrados 12 queratocistos em mandíbula e 9 em maxila. Dois terços dos queratocistos localizavam-se em regiões distintas: 8 em região de terceiro molar inferior e destes, 5 estendendo-se para o ramo mandibular e 7 em região de canino superior. Os outros seis queratocistos, dois foram encontrados em região de segundo pré-molar inferior, um entre caninos inferiores, um no corpo de mandíbula entre os dois segundo molares e um na região de terceiro molar superior.

Quando analisados radiograficamente, um maxilar e sete queratocistos mandibulares apresentavam-se como lesões multiloculares, assemelhando-se com ameloblastoma.

Freqüentemente, uma fina membrana foi encontrada nos queratocistos. Em três situações o conteúdo dos queratocistos foi registrado: um cisto havia um líquido transparente; em três cistos foram encontrados pus amarelado, dois cistos havia uma substância cremosa amarelo amarronzada; e sete haviam uma branco ou amarelo substância cremosa ou queratina descamada. Em dez situações, a localização, aparência radiográfica, tamanho, membrana e conteúdo cístico eram características de um diagnóstico clínico de queratocisto sendo feito antes do diagnóstico ser confirmado histologicamente. Por outro lado, nenhum destes sinais foram considerados patognomônicos para queratocistos.

Todos os pacientes foram examinados radiograficamente de 1 a 16 anos posteriormente a cirurgia. Em 14 pacientes, uma cicatrização satisfatória foi obtida. Destes, dez mostraram uma completa regeneração óssea e em quatro pacientes ainda existia uma radiolucência, uma nova biópsia mostrou somente tecido de cicatrização sem sinais de epitélio. O tratamento foi enucleação, em 19 queratocistos, e em dois casos realizaram marsupialização da lesão. Não houve sinal de recorrência quando analisados radiograficamente 16 anos depois e biopsiado após dois anos.

BROWNE (1970) realizou um estudo baseado nas características clínicas de 90 queratocistos odontogênicos em 65 pacientes.

Quanto ao sexo, 38 eram homens e 26 mulheres, o sexo de um paciente não foi determinado. A razão homem:mulher foi 1,46:1, sendo ligeiramente menor em pacientes com cistos únicos (1,36:1) e ligeiramente maior naqueles com múltiplos cistos (2:1). A idade dos pacientes no momento em que cada lesão foi inicialmente diagnosticada variou de 8 a 83 anos e em um paciente não foi registrada. O pico de incidência foi na segunda e terceira décadas de vida, encontrando 35 pacientes neste grupo de idade (54,7%). Em pacientes com múltiplos cistos, a idade variou de 9 a 42 anos, com média de 19 anos. Setenta e dois (83,2%) dos cistos ocorreram em mandíbula e 15 (16,8%) em maxila, a localização de um cisto não foi registrada. A localização mais comum ocorreu na região de terceiro molar e ramo ascendente de mandíbula (47 cistos, 52,2%). Tanto em maxila quanto em mandíbula, a maioria dos cistos ocorreu na região posterior ao primeiro pré-molar (73 cistos, 81,1%). Dos 15 cistos em maxila, somente 3 eram lesões isoladas e as demais ocorreram juntamente com cistos em outras regiões dos maxilares.

Em 89 lesões, as observações clínicas e radiográficas foram eficazes para diagnóstico. Das 15 lesões em maxila, houve expansão vestibular em cinco (33,3%) e palatina em uma (6,7%). Das 74 lesões em mandíbula, houve expansão vestibular em 36 (48,6%) e lingual em 25 (33,8%). Dos 25 cistos com expansão lingual em mandíbula, 23 estavam situadas em região de terceiro molar e/ou ramo ascendente. 44 (49,4%) das lesões apresentaram-se radiograficamente como cisto dentígero, em que a coroa de um dente incluso estava associado com a cavidade cística. Em 33 (37,1%) casos o cisto encontrava-se em uma região edêntula dos maxilares no momento do diagnóstico. Em oito (9,0%) o cisto estava associado com um dente vital, na região periapical, conferindo um aspecto de cisto lateral. Em

quatro lesões, foi evidente radiograficamente reabsorção de raízes. Radiografias de 83 cistos foram examinadas. Existia uma distinta borda radiopaca de osso cortical em 63 (75,9%) e em 20 (24,1%) não havia semelhante limite presente. Com base nos contornos, estes puderam ser divididos em três tipos: uniloculares, loculares e multiloculares.

Lesões uniloculares apareceram nas radiografias como uma única cavidade cística com limites uniformes. Esteve presente em 47 (56,6%) lesões e das 15 lesões em maxila, 14 (93,3%) eram deste tipo.

O tipo loculado caracterizava-se por cavidades císticas únicas porém apresentava limites loculados. Esteve presente em 17 (20,5%) lesões, destas, somente uma ocorreu em maxila e 16 em mandíbula. Doze das lesões mandibulares encontravam-se na região de terceiro molar e ramo ascendente.

O tipo multilocular apresentava-se como duas ou mais cavidades císticas separadas. Esteve presente em 19 (22,9%) lesões. Destas, todas encontravam-se em mandíbula, sendo 14 em região de terceiro molar e ramo ascendente. Em duas lesões, ambas em ramo, havia uma área radial de radiopacidade com trabeculados ântero-inferior para o cisto na região de terceiro molar. A aparência radiográfica para este osso assemelhou-se rigorosamente com o encontrado resultante ao sucesso do tratamento da cavidade cística. Em ambos os exemplos eram em regiões edêntulas e possivelmente uma das loculações da lesão multilocular havia sido cicatrizado subsequente a extração do dente adjacente.

Oito pacientes haviam anormalidades associadas e foram considerados

como sendo exemplos da Síndrome do carcinoma nevóide basocelular. Todos, exceto um, apresentavam múltiplos queratocistos nos maxilares. 25 dos cistos desta série eram originários de oito pacientes com esta síndrome, 18 deles assemelhavam-se radiograficamente com cistos dentígeros. Todos os pacientes apresentavam características faciais associadas com a síndrome, protuberância frontal, hipertelorismo e certo grau de prognatismo mandibular.

Foram acompanhados 85 cistos por seis meses, 21 (24,7%) recidivaram, sendo que três, duas vezes. Dos cistos que recidivaram, $\frac{3}{4}$ foram nos primeiros 5 anos após a cirurgia, porém o maior intervalo de tempo nesta série foi de 20 anos. O tratamento proposto foi dividido em 3 grupos: enucleação com fechamento primário, enucleação com tamponamento aberto e marsupialização.

PAYNE (1972) analisou 1.313 cistos odontogênicos, encontrando um total de 103 queratocistos confirmados histologicamente (7,8% de incidência). Cada caso foi analisado quanto a idade, sexo, localização do cisto, presença de múltiplos cistos, presença de cistos recorrentes, intervalo entre recorrências e relacionamento cisto-dente.

Os 103 queratocistos odontogênicos foram removidos de 87 pacientes. Destes, cinco apresentaram a Síndrome do carcinoma nevóide basocelular, totalizando nove cistos. Dos outros 82 pacientes com 94 cistos, um paciente havia pelo menos nove múltiplos cistos ou cistos recorrentes porém não havia desenvolvido outras características da síndrome do carcinoma nevóide basocelular, sendo assim foi excluído do grupo principal do estudo.

A idade dos 81 pacientes variou de 7 a 74 anos, com um pico de incidência na segunda década e um gradual declínio desde então. Não foi relatada predileção quanto ao sexo, havendo 38 homens, 40 mulheres e em três casos o sexo não foi registrado.

Quanto a localização dos 81 queratocistos, 65,5% ocorreram em mandíbula, com 31% em região de terceiro molar, ângulo e ramo; 28,4% ocorrendo em maxila, com a mais freqüente localização sendo igualmente dividida entre a região anterior de maxila e a região de tuberosidade (10% de incidência em cada).

A relação dente-cisto foi confirmada em 35 pacientes através de radiografias pré-operatórias. Em 32 pacientes (40%) , o queratocisto estava associado com dentes impactados, em onze pacientes (14%) estavam associados com uma área de extração prévia e em 23 pacientes (28%) os cistos não estavam associados com dentes ou área de extração recente.

Um acompanhamento de 6 meses a 18 anos foi realizado em 20 pacientes. A média de acompanhamento foi de 3 anos e 9 meses, e a recorrência foi de 11%. Um paciente houve recidiva oito meses depois, três após 12 meses, um após 4 anos, um após 5 anos e um 18 anos após a operação original.

BRANNON (1976) em um estudo clínico-patológico analisou 312 casos de queratocistos odontogênicos. Ao todo foram avaliados 2972 cistos e destes foram encontrados 312 queratocistos em 283 pacientes, um total de 10,5% dos cistos.

Resultados clínicos:

-Idade, sexo e raça:

No momento do diagnóstico inicial das lesões, a idade variou de 7 a 93 anos, com uma média de 37 anos e 9 meses. O pico de incidência foi na segunda e na terceira décadas de vida. Dos 283 pacientes, 161 eram homens (56,9%) e 119 eram mulheres (42,0%), em três casos o sexo não foi especificado. Houve uma ligeira predileção do sexo masculino em pacientes com cistos únicos (1,44:1); entretanto, esta tendência foi revertida nos pacientes com múltiplos cistos, numa razão de 1,71 mulheres para cada homem. Dos 283 pacientes, 255 eram caucasianos, 6 negros, 1 indiano e 21 não foram especificados.

-Presença de múltiplos cistos e associação com a Síndrome do carcinoma nevóide basocelular

Vinte pacientes apresentavam múltiplos cistos; deste, 8 tinham dois cistos, 1 tinha três cistos e 1 tinha quatro cistos. Os outros 10 pacientes apresentavam vários cistos, porém o número exato não foi determinado. Dez destes pacientes, mais um sem história de cisto múltiplos, haviam anormalidades e foram considerados como exemplos da Síndrome do carcinoma nevóide basocelular. Como um grupo, os dez pacientes com múltiplos cistos mais os dez que apresentavam a síndrome totalizavam 7,1% dos pacientes.

Trinta e quatro dos 312 queratocistos eram pacientes com múltiplos cistos ou com a Síndrome. Destes 34, 5,1% eram pacientes diagnosticados com a Síndrome e 5,8% eram pacientes com múltiplos queratocistos, porém não havia manifestação de Síndrome.

-Localização:

Ocorreram 191 (65,4%) em mandíbula e 101 (34,6%) em maxila. A localização mais comum foi em terceiro molar inferior e ramo mandibular (28,8%), região de terceiro molar superior (12,3%), área de primeiro e segundo molares inferiores (8,6%), região de canino superior (7,5%) e região de pré-molar inferior (7,2%). Em oito casos, os queratocistos eram extensos e ultrapassavam a linha média, sendo quatro em maxila, dois destes envolveram ambos os seios, direito e esquerdo. Quatro ultrapassavam a linha média em mandíbula, com dois destes estendendo para dentro da região de molar unilateralmente.

-Sintomas:

Os mais comuns sinais e sintomas relatados no exame inicial foram inchaço e/ou drenagem (41,3%), dor foi a segunda queixa mais comum (16,7%). Em 157 (50,3%) pacientes foram clinicamente sintomáticos antes de iniciarem o tratamento. Um paciente apresentou drenagem extra-oral. Em quatro pacientes houve envolvimento neurológico evidente.

-Características clínicas e radiográficas:

A aparência radiográfica dos 52 casos deste estudo puderam ser descritas como unilocular em 32 casos, bilocular em cinco casos e multilocular em 12 casos. Em três casos, os queratocistos possuem uma borda mal definida e não puderam ser vistas claramente na radiografia. Estes queratocistos eram freqüentemente delimitados por uma fina esclerótica borda de osso, podendo

apresentar-se tanto homogêneo ou loculado. Clinicamente, 83 queratocistos (26,6%) foram encontrados associados com um dente impactado. 73 casos (23,4%) não estavam associados com dentes ou área de extração prévia e um total de 35 (11,2%) encontravam-se associados com área de extração anterior.

-Recorrência:

Nesta série de 283 pacientes, 26 pacientes apresentaram uma única recorrência e oito pacientes com múltiplas recorrências, em um total de 34 pacientes com queratocistos recidivantes. Dos 11 pacientes que apresentavam a Síndrome do carcinoma nevóide basocelular 36,4% recidivaram e do total de dez sem síndrome, três eram recorrentes.

ARWILL & KARL-ERIK (1977) relataram um caso de queratocisto com características raras.

Em Maio de 1968, paciente do sexo masculino, 59 anos procurou a clínica odontológica para avaliação de uma lesão periapical radiolúcida em segundo pré-molar inferior direito e dor no mesmo local. O primeiro molar inferior direito foi, de certa forma, responsável pela lesão e conseqüentemente foi tratado endodonticamente.

Em Julho do mesmo ano, uma apicetomia no segundo pré-molar com enucleação da lesão cística foi realizada, porém não foi encaminhada para realização de uma análise histopatológica.

Em Setembro de 1969, foi observada uma infecção aguda exarcebada na área da incisão da apicetomia. A radiografia mostrou uma reabsorção óssea na região apical do segundo pré-molar e uma divisão do defeito em três lobos. A cicatrização foi avaliada como insatisfatória.

Em Fevereiro de 1970, houve exodontia do segundo pré-molar e a lesão cística foi reenucleada. A cicatrização havia ocorrido perifericamente, porém foram vistas localizadas zonas de destruição próximas a raiz. Um diagnóstico histológico de queratocisto foi realizado.

O paciente foi acompanhado com radiografias freqüentes. Foi observada uma cicatrização progredindo satisfatoriamente, porém após um ano, foi descoberto uma lesão distal e lingual ao primeiro pré-molar e uma contínua reabsorção na distal da raiz.

Em Abril de 1971 foi realizada uma nova cirurgia com radical remoção da lesão multilocular e exodontia do primeiro pré-molar. A lesão foi examinada histologicamente e o diagnóstico foi de queratocisto odontogênico associado com um condroma intramandibular benigno.

O paciente foi regularmente acompanhado e quando foi analisado pela última vez em Fevereiro de 1974 a cicatrização estava satisfatória.

ZACHARIADES et al. (1985) relataram 16 casos de queratocistos

odontogênicos.

Durante o período de cinco anos, 243 pacientes foram operados por cistos nos maxilares, histologicamente diagnosticados. Destes, 16 foram operados por queratocistos odontogênicos e neste grupo foram incluídos dois pacientes com Síndrome do carcinoma nevíde basocelular. Quanto ao sexo, 13 eram homens e três eram mulheres. Não houve variação significativa da idade em relação ao sexo dos pacientes. Entretanto, ambos os pacientes com a síndrome estavam entre os mais jovens encontrados no grupo dos queratocistos e ambos eram homens. A duração dos sintomas variava de um mês a 23 anos, este último estava relacionado com uma fistula extra-oral. Os sinais e sintomas mais comuns eram inchaço, dor, febre e presença de fistula. Em relação a localização, três foram encontrados em maxila e quatro em mandíbula.

Radiograficamente, os queratocistos apresentavam-se como radiolucências, três na maxila e quatro em mandíbula como uniloculares, e três na maxila e seis em mandíbula com aparência multilocular. Em nove casos havia envolvimento de dentes, em quatro havia evidência radiográfica de deslocamento de dentes ou de raízes e em dois casos havia reabsorção radicular.

O tratamento variou de uma simples enucleação a marsupialização, enxerto ósseo homogêneo e enxerto ósseo do ilíaco. A média de recorrência foi de 25%, na maioria das vezes associada com tratamento por enucleação, cistos paraqueratinizados ou dificuldade de remoção da lesão.

HARING & VAN DIS (1988) realizaram um estudo clínico, radiográfico e

histopatológico do queratocisto odontogênico.

Sessenta queratocistos foram analisados para determinar se havia alguma relação significativa existente entre o aspecto radiográfico (unilocular x multilocular) e sua correspondente característica clínica e histológica.

Dos sessenta pacientes que apresentavam queratocisto, 34 eram do sexo masculino (56,7%) e 26 eram do sexo feminino (43,3%). A distribuição da idade no momento do diagnóstico inicial variou de 5 a 78 anos, com uma média de 48 anos. O pico de incidência ocorreu na terceira e sétima décadas de vida, com 30 (50%) pacientes incluídos neste grupo de idade.

Quanto à localização, 19 lesões foram encontradas em maxila e 41 em mandíbula. Os mais freqüentes locais de ocorrência foram: região de terceiro molar inferior e ramo mandibular; terceiro molar superior e tuberosidade maxilar; região de pré-molares e segundo molar inferiores.

Somente em 23 casos (38,3%) incluíram na história médica algum sinal ou sintoma associado ao queratocisto odontogênico, como dor, inchaço, expansão, drenagem e perfuração óssea. Evidência clínica de expansão óssea foi vista em 16 (26,7%) dos 60 casos. Somente 5 (8,3%) foram identificados como lesões recorrentes. As lesões recorrentes ocorreram de 2 a 8 anos depois da ressecção cirúrgica inicial.

Foram realizadas 49 radiografias panorâmicas, 9 radiografias periapicais, uma radiografia oclusal e uma lateral de crânio. Qualquer lesão com mais de uma

cortical e área radiolúcida foi caracterizada como multilocular. Dos 60 queratocistos, 44 foram identificados como uniloculares e 16 como multiloculares. O tamanho das lesões foi determinado através de mensurações do maior diâmetro observado na radiografia. As lesões multiloculares eram maiores. O tamanho médio do total das 60 lesões estudadas foi de 27,6 mm , sendo que a média das 44 lesões uniloculares foi de 20,6 mm e das 16 lesões multiloculares foi de 46,0 mm.

Um total de 6 queratocistos (10%) foram encontrados em pacientes edêntulos, sendo que cinco destas lesões eram uniloculares e apenas uma multilocular. Em 16 casos (26,7%) os queratocistos foram encontrados em associação com dentes impactados.

Os resultados histológicos mostraram que as lesões multiloculares apresentavam-se maiores e com inflamação acentuada. Uma formação de grânulos de colesterol estavam presentes em onze (18,3%) dos 60 cortes histológicos e foram encontrados com mais freqüência nas lesões multiloculares.

KÖNDELL & WIBERG (1988) realizaram estudo incluindo todos os cistos dos maxilares tratados no período de 1977 a 1984. Todos os pacientes foram tratados por enucleação . Em pacientes que histologicamente foram analisados como queratocistos, biópsia, história clínica e radiografias pré e pós-operatórias foram realizadas e analisadas. Cada caso foi catalogado com relação ao sexo, idade, tipo de cisto, localização e recorrência. Um paciente com Síndrome do carcinoma nevóide basocelular não foi incluído.

Os resultados foram:

O material consistia de 531 cistos dos maxilares, 496 pacientes, 172 mulheres e 324 homens. A idade variava de 10 a 80 anos, média de 40,3 anos.

Nesta série, 29 cistos (5,4%) em 29 pacientes satisfizeram o critério histológico para queratocisto odontogênico. Destes pacientes (9 mulheres e 20 homens) a idade variava de 14 a 79 anos (média de 42,8 anos).

Sessenta e dois por cento ocorreram em mandíbula, com maior frequência de localização na região de terceiro molar, ângulo e ramo mandibular. Trinta e oito por cento ocorreram em maxila, com a localização mais freqüente em região anterior e área de terceiro molar.

Depois da cirurgia, todos os pacientes mostraram boa cicatrização. Durante o período de observação (1 a 8 anos), 7 queratocistos recidivaram (24%), 3 após 1 ano, 3 após 3 anos e 1 após 6 anos.

FORSSEL et al. (1988) acompanharam a recorrência dos queratocistos por um longo período.

O estudo relacionava-se com 75 queratocistos, com tempo de acompanhamento de 5 a 17 anos. Destes, 67 foram examinados anualmente por no mínimo 5 anos.

Os cistos ocorreram em 63 pacientes (39 homens, 24 mulheres). A idade dos pacientes variava de 11 a 72 anos no momento da primeira operação. Em 57 pacientes havia 1 cisto, 6 pacientes havia de 2 a 5 cistos . Deste último grupo, 5

pacientes tinham a Síndrome do carcinoma nevóide basocelular.

Recorrência foi observada em 32 dos 75 queratocistos (43%). 25 cistos recorreram uma vez, 6 cistos duas e 1 cisto três vezes. O período entre a primeira operação e a primeira recorrência variou de 1 a 7 anos. A cumulativa recorrência avaliada dos 67 cistos anualmente examinados adicionados de 3% depois do primeiro ano a 37% depois do terceiro ano. Desde então, nenhuma nova recorrência foi examinada.

Foram observadas recidivas mais freqüentemente em pacientes com menos de 30 anos do que naqueles com 30 anos ou mais. No entanto, nenhuma diferença foi notada na média de idade de pacientes com recorrência ou sem recorrência de queratocistos em pacientes sem a síndrome.

Foram observados recorrência em 22 (46%) homens e 10 (37%) entre mulheres. 10 (63%) dentre os 16 queratocistos da Síndrome do carcinoma nevóide basocelular recorreram quando comparados dos 22 (37%) dentre os 59 queratocistos em pacientes sem síndrome.

Queratocistos enucleados em uma peça recorreram significativamente menos que os cistos enucleados em vários pedaços. Recorrências ocorreram em 21 (54%) dos 39 cistos com considerável infecção e em 7 (23%) dos 24 cistos sem infecção. Em 13 (54%) dos 24 cistos com presença de fístula e em 16 (33%) dos 48 sem fístula. Dos 49 cistos que perfuraram a parede óssea, 24 (49%) recidivaram comparando-se com 4 (27%) dos 15 cistos que não mostraram perfuração na parede óssea.

Em 44% dos cistos de mandíbula e 36% dos cistos em maxila recidivaram. O tamanho dos queratocistos recorrentes variaram de 5 a 74 mm e dos cistos não-recorrentes foi de 15 a 97 mm. Em 11 (61%) dos 18 queratocistos que apresentavam características radiográficas multiloculares recidivaram comparando com 20 (36%) dos 56 com imagem unilocular.

SANTOS et al. (1989) apresentaram um caso clínico de um Queratocisto Odontogênico de mandíbula, descreveram os seus aspectos clínico, radiográfico, histopatológico e cirúrgico.

Paciente sexo feminino, 42 anos, leucoderma, com queixa e história da doença atual de mais ou menos quatro meses, com dores na região pré-auricular e inflamação na região sub-mandibular esquerda.

História dental: tratamentos de rotina.

Exame físico: extra-oral - enfartamento ganglionar sub-mandibular esquerdo de natureza inflamatória.

intra-oral - mucosa normal, ausência do 38,46,45.

Exames complementares: radiografia panorâmica

Exame radiográfico panorâmico, região dos dentes molares inferiores, lado esquerdo, apresentando o 3º molar não irrompido, em posição disto-angular, envolvido por uma rarefação circunscrita, bem delimitada com uma área radiolúcida

de limites bem definidos, unilocular. Havia um maior comprometimento da cortical alveolar em comparação à basal, com uma extensão até a incisura da mandíbula. Pelo aspecto radiográfico há sugestão de uma lesão do tipo cístico, unilocular, dentígero.

O tratamento proposto foi remoção da lesão cística através de curetagem, com avulsão do 37 e 38 incluso.

O diagnóstico histopatológico foi de Queratocisto.

O paciente teve acompanhamento clínico e radiográfico de 6 em 6 meses. A última avaliação, dois anos e meio depois, pode-se notar total neo-formação óssea com aspecto radiográfico normal do padrão ósseo da região.

CHILVARQUER et al. (1992) descreveram um caso clínico de queratocisto odontogênico com acompanhamento de doze anos.

Descrição do caso: uma mulher branca, com 52 anos, apresentou-se ao serviço de triagem da FOUSP para proceder ao tratamento odontológico, sendo encaminhada para exame radiográfico de rotina. Detectou-se, então, uma lesão radiolúcida unilocular, de contorno festonado, localizada na mandíbula, estendendo-se da região de pré-molares do lado direito à região de pré-molares do lado esquerdo, deslocamento de alguns dentes, bem como reabsorções radiculares foram observados.

Antes, a paciente havia realizado tratamento endodôntico nos dentes

incisivos centrais inferiores, por estes dentes se apresentarem fraturados. Na época, existia uma imagem radiográfica da lesão, levando a pensar ser uma lesão periodontal apical dos elementos mencionados. Posteriormente, sugeriu-se que esta lesão já se encontrava presente naquela época.

A paciente foi encaminhada para exames clínicos complementares, com objetivo de diagnosticar a lesão detectada radiograficamente.

Procedendo ao exame clínico, notou-se um ligeiro abaulamento na região de fundo de sulco, de consistência dura, mucosa normal, sem, no entanto, apresentar aumento de volume significativo.

Realizou-se uma punção, sendo removido um material líquido de aparência translúcida. Em seguida foi feita uma biópsia incisional sendo o material enviado para exame patológico.

Os achados clínicos e radiográficos eram compatíveis com as seguintes hipóteses: cisto, tumor odontogênico e lesão central de células gigantes.

O diagnóstico histopatológico foi de Queratocisto Odontogênico.

Por ser uma lesão que freqüentemente recidiva, exigiria, assim, uma atuação cirúrgica radical. No entanto, após exame clínico extra e intra-bucal sob toque e palpação, baseado nas imagens radiográficas, considerando ainda, a pedido da paciente, optamos por uma cirurgia menos radical.

Foi solicitado o tratamento endodôntico dos dentes envolvidos pela entidade patológica. Em seguida, realizou-se a cirurgia que constituiu na remoção do tecido ósseo vestibular correspondente, acontecendo, assim, a exposição de uma cavidade. Isso permitiu fazer apicectomia nos dentes envolvidos que receberam tratamento endodôntico prévio, facilitando o objetivo maior que era a remoção da lesão por curetagem. Após seis anos de acompanhamento pós-cirúrgico através da avaliação local e também radiográfica, não foi detectado recidiva.

SOUZA et al. (1994) descreveram um caso de queratocisto odontogênico com transformação ameloblástica na região de corpo e ramos mandibulares.

Um homem, raça negra, com 46 anos de idade procurou o serviço de odontologia para consulta, devido à presença de uma lesão recidivante localizada na região de corpo e ramo de mandíbula. O paciente relatou ter sido operado há cerca de 25 anos , cujo laudo não foi do seu conhecimento e nem possível de ser localizado naquele momento.

Foram obtidas radiografias panorâmica, oclusal e lateral de mandíbula, sendo constatada a presença de área radiolúcida multilocular acometendo o corpo e ramo mandibular.

Realizada biópsia incisional e após o processamento histológico de rotina, foi evidenciado ao exame microscópico, presença de cápsula cística revestida por epitélio, exibindo células basais colunares, por vezes cuboidais, dispostas em paliçada e várias camadas celulares lembrando o retículo estrelado do órgão do esmalte. Em áreas focais, as células basais exibem núcleos hipercromáticos e

polarizados. Projeções epiteliais voltadas para cápsula fibrosa, semelhantes à lâmina dentária, são também evidenciadas. Na cápsula, observou-se também ilhotas epiteliais exibindo perifericamente células cuboidais com núcleos hipercromáticos e na porção central, arranjo celular semelhante ao retículo estrelado, apresentando focos de degeneração cística, metaplasia escamosa e, por vezes, formação de ceratina.

Baseado nesses achados foi emitido o diagnóstico de queratocisto odontogênico com transformação ameloblastomatosa.

PRADO et al. (1995) apresentaram um caso de queratocisto odontogênico do "tipo estranho", envolvendo ramo mandibular e atingindo considerável extensão óssea. Paciente sexo masculino, 35 anos, cor negra, tinha como queixa principal a presença de secreção intra-oral e halitose. Ao exame clínico extra-oral, verificava-se assimetria facial, com presença de fistula cutânea na região de ângulo mandibular esquerdo. A mucosa intra-oral apresentava-se com coloração normal e indolor à palpação. Constatou-se a drenagem de uma secreção amarelada posteriormente ao terceiro molar inferior esquerdo e uma discreta expansão da cortical vestibular mandibular. O paciente não relatava sintomatologia dolorosa, referindo apenas uma discreta parestesia do lábio e falta de sensibilidade nos dentes inferiores esquerdos. Radiograficamente, havia presença de algumas áreas radiolúcidas com contornos festonados e bem definidos, envolvendo a região de ramo mandibular esquerdo. A radiografia panorâmica sugeria que a lesão encontrava-se sobre o trajeto do feixe vasculo-nervoso do canal mandibular.

Diante de todas as observações clínicas e radiográficas, sugeriu-se como

hipóteses diagnósticas o queratocisto odontogênico e ameloblastoma.

O tratamento foi enucleação com curetagem severa da loja óssea. O paciente ficou sob controle clínico e radiográfico, sendo que uma radiografia panorâmica foi realizada três anos após, não mostrando sinais de recidiva da lesão.

NOHL & GULABILAVA (1996) realizaram um estudo diferencial entre o queratocisto odontogênico e outras lesões radiolúcidas periradiculares de origem pulpar, através do relato de dois casos clínicos.

Caso 1- Paciente sexo feminino, 38 anos, foi atendida por seu dentista geral para substituição de uma prótese inferior anterior por razões estéticas. A prótese substituíra os incisivos centrais inferiores que foram perdidos como resultado de um trauma há mais de 20 anos. Os dentes foram anteriormente substituídos por uma prótese removível e cinco anos depois por uma ponte fixa de metal/acrílico que estava imóvel no lugar. O paciente não tinha complicações, exceto uma estética deficiente.

Ao exame clínico, mostrou uma deficiente higienização com gengivite associada e 2mm de recessão nos incisivos inferiores expondo a margem dos retentores da prótese. Não havia bolsas significantes, embora tivessem apresentado sangramento a sondagem, assim como nenhum sinal de doença foi encontrado. O perfil de emergência do retentor metálico não era o ideal, porém as margens estavam intactas, sem sinal de cáries e a prótese não apresentava sinal de mobilidade. Ao exame radiográfico, foi visto que os incisivos laterais e caninos inferiores apresentavam continuidade do espaço do ligamento periodontal. Além

disso, entre as raízes dos incisivos laterais e caninos bilateralmente, uma unilocular, bem circunscrita e radiolúcida lesão foi encontrada. Ambas as lesões estavam associadas com o terço médio das raízes dos incisivos laterais e caninos, o diâmetro médio de cada lesão era aproximadamente 0,5 cm. Não havia suspeita de radiolucência em outro lugar nos maxilares.

A história médica e exame superficial não revelou evidência de alguma patologia sistêmica. Clinicamente, dentes e tecidos de sustentação estavam temporariamente excluídos como origem da patologia. Foi realizada uma biópsia da lesão direita, e histologicamente foram encontrados fragmentos de epitélio estratificado escamoso paraqueratinizado, havia pouco ou nenhum infiltrado inflamatório. O diagnóstico era de queratocisto odontogênico. Após este relatório, o paciente foi examinado por um cirurgião, para curetagem cirúrgica de ambas as lesões. O exame histológico da lesão esquerda foi de queratocisto odontogênico. Somente uma cicatriz residual inflamada do tecido foi encontrada na lesão direita. A cicatrização ocorreu sem nenhuma consideração especial e uma revisão cinco meses após mostrou uma incompleta resolução da região radiolúcida.

Caso 2- paciente sexo masculino, 33 anos, com história de um recorrente inchaço labial (região de incisivos inferiores). A história foi obtida pelo paciente e seu dentista geral estava incerto. As razões para o tratamento endodôntico 3 anos anteriormente não estavam evidentes. O paciente não lembra de alguma dor associada ao dente ou tecidos adjacentes, porém foi realizado há aproximadamente um ano uma cirurgia de apicetomia devido a um tratamento endodôntico sem sucesso. Nenhum material foi submetido ao exame histológico.

Ao exame clínico, um deficiente controle de placa e evidências de cáries foram encontradas. Havia uma leve mudança de cor do dente, possivelmente como resultado de uma restauração lingual de amálgama e estava levemente sensível a percussão. Também observava-se um inchaço difuso na mucosa labial lingual adjacente ao ápice. Não havia evidências de envolvimento periodontal. Ao exame radiográfico, observou-se tratamento endodôntico no incisivo central inferior esquerdo com uma ressecção radicular. A obturação do canal radicular estava uniforme, porém apicalmente havia uma radiolucência de 8mm de diâmetro. As bordas laterais da lesão estavam próximas aos dentes adjacentes, estes encontravam-se com espaço do ligamento periodontal normal e respondiam ao teste elétrico pulpar.

O retratamento foi indicado e realizado. Em quinze meses, o dente estava assintomático mas havia um leve aumento da radiolucência apical. Desta forma, uma cirurgia periapical para biópsia foi planejada. Até o momento da cirurgia o paciente relatou algum desconforto e uma fístula na região lingual foi encontrada.

A cicatrização ocorreu de forma normal. O histopatológico foi consistente com queratocisto odontogênico. O paciente retornou 1, 2 e 5 anos depois, quantas vezes até haver ausência de inchaço, sintomas e evidência radiográfica de progressiva cicatrização. Entretanto, a radiografia final ainda demonstrou incompleta cicatrização.

BATAINEH & AL QUDAH (1998) realizaram um estudo com o propósito de relatar o tratamento cirúrgico de 31 queratocistos odontogênicos em mandíbula.

Uma análise retrospectiva de todos os cistos foi realizada no período de 1989 a 1995. Num total de 227 cistos odontogênicos, 31 queratocistos foram histologicamente diagnosticados preoperatoriamente. Foram cirurgicamente tratados por ressecção, a borda inferior da mandíbula e/ou a borda posterior do ramo permaneceram intactos. Nos casos que havia dentes continuamente com a lesão, estes foram extraídos. E naqueles que perfuravam a cortical, o mucoperiósteo associado foi retirado.

Durante os sete anos de estudo, 227 cistos em maxila e mandíbula foram removidos de 227 pacientes, destes 145 (64%) eram homens e 82(36%) eram mulheres. A idade variava de 7 a 75 anos. Dos 31 casos de queratocistos encontrados (13,6%), 20 dos pacientes eram homens e eram 11 mulheres (média de idade, 34 anos; idade abrangente 15-67 anos.). Todos os 31 queratocistos foram encontrados em mandíbula, 23 estavam em região de ângulo e ramo (74,2%) e 8 estavam em corpo de mandíbula (25,8%). Radiograficamente a borda do cisto estava geralmente bem definida, embora estivesse freqüentemente fragmentada. Foram identificados 19 cistos com aparência multilocular e 12 eram uniloculares. Em dois casos havia reabsorção radicular. O diâmetro da lesão variava de 4 a 8cm e seu formato era redondo ou ovóide. Nenhuma consideração especial em relação a cicatrização, e nenhuma seqüela encontrada, exceto uma leve parestesia do nervo alveolar inferior que foi solucionada após 3 a 6 meses. Com exceção da parestesia, nenhuma outra complicação pós-operatória foi detectada. Durante 2 a 8 anos de acompanhamento nenhuma evidência de recorrência foi encontrada com base clínica e radiográfica.

HSUN-TAU (1998) realizou um estudo em uma população

predominantemente de etnia chinesa tratados de 1981 a 1996. Cada caso foi analisado quanto (1) idade, (2) sexo, (3) raça, (4) presença de sinais e sintomas, (5) localização anatômica, (6) associação com dente impactado, (7) presença da Síndrome do carcinoma nevíde basocelular, (8) presença de queratina, (9) tratamento, (10) recorrência.

Com relação a localização, cada lesão foi identificada como anterior, posterior ou ambos. Os resultados encontrados da série final consistia de 70 pacientes com 76 lesões. Nenhuma alteração maligna ou ameloblástica foram observadas nos casos.

A idade relatada dos pacientes no momento do diagnóstico foi de 9 a 79 anos, com uma média de 32,9 anos. A média encontrada em homens foi de 33,1 anos e em mulheres, 32,3 anos. Em relação ao sexo, foram 44 homens (62,8%) e 26 mulheres (37,2%), uma razão de 1,68:1 . Dos setenta pacientes, 56 (79,9%) são chineses, 6 (8,6%) indianos, 6 (8,6%) malasianos e 2 (2,8%) de outras raças.

Inchaço, que pareceu ser o sinal presente mais comum, foi observado em mais de 50% dos casos. Uma secreção ou drenagem foi descrita em aproximadamente 15% dos casos. Isto merece uma atenção especial, pois em um dos onze casos não apresentou sinais ou sintomas , os queratocistos foram encontrados em um paciente acidentalmente que está sendo tratado por outros problemas dentários.

Em relação a localização anatômica, 48 casos (68,5%) foram encontrados em mandíbula, enquanto que 19 casos (27,1%) ocorreram em maxila. E três

pacientes (4,0%) apresentaram lesões em ambos. Uma razão de 2,5:1. Dos 19 casos em maxila, nove (47,3%) foram em região anterior, oito (42,1%) em região posterior e dois (10,5%) em ambas. Em mandíbula, quatro (8,3%) ocorreram em região anterior, 35 (72,9%) em posterior e 9 (18,7%) em ambas.

Em 37 casos (52,8%) com 46 lesões estavam associados com um dente impactado. Em muitos casos, o queratocisto estava associado com mais de um dente impactado. Somente um caso (1,4%) estava associado com a Síndrome do carcinoma nevóide basocelular. Este paciente apresentava cinco lesões, que estavam localizadas na maxila, na região posterior dos lados direito e esquerdo, e em mandíbula também em região posterior dos lados direito e esquerdo e na região anterior.

Uma evidência clínica grosseira de queratina esteve presente em 44 pacientes (62,8%). Sessenta e oito dos 70 pacientes foram tratados por enucleação. Coadjuvante ao tratamento, foi utilizado a solução de Carnoy em 23 casos (32,8%), Sete pacientes (10%) tiveram experiência de recorrência, todos as 7 reaparições foram achadas em pacientes tratados antes de 1993 (isto é, de 1981 até 1992) e então tiveram período de acompanhamento de no mínimo 5 anos. O total de pacientes vistos neste período (1981 a 1992) foi de 35. Todas foram a primeira vez ocorridas e 2 a 10 anos após o tratamento. Seis ocorreram em mandíbula e somente um em maxila.

MOSQUEDA-TAYLOR et al. (1998) relataram um caso de queratocisto odontogênico com cartilagem na parede celular. Foram relatados seis casos com semelhante associação. As características clínicas, radiográficas e histológicas

foram descritas e comparadas com todos os outros cinco casos anteriormente relatados. Em comparação com queratocistos normais, a maior parte daqueles com cartilagem em sua parede, localizavam-se em região anterior de mandíbula e os pacientes mais atingidos eram os de maior idade.

Paciente, sexo feminino, 48 anos, foi encaminhada para avaliação e tratamento de uma delicada lesão mandibular de crescimento lento, primeiramente observada na paciente em oito meses anteriormente a avaliação. Clinicamente, a lesão expandiu e rompeu a cortical vestibular na região anterior. A radiografia panorâmica revelou uma extensa e bem definida multilocular lesão estendendo do primeiro molar inferior esquerdo a região de molar direito, incluindo um pré-molar incluso.

A paciente relatou ter feito uma biópsia . Foi descrita como “uma lesão composta por tecido conjuntivo fibroso com vários focos de células inflamatórias mistas, áreas de hemorragia dentro da lesão, fragmentos de um material estranho birrefringente e algumas células gigantes.” Baseado nisto, o patologista geral sugeriu como diagnóstico de “granuloma de células gigantes com um material estranho birrefringente”.

Com este diagnóstico, o tratamento foi realizar uma curetagem total, deixando a cavidade aberta para cicatrização por segunda intenção. A curetagem foi particularmente difícil devido a natureza multilocular da lesão e também devido a densidade do osso interocular. A cicatrização da área tratada ocorreu de forma normal, sem considerações especiais, durante os seis meses que foi acompanhada.

Após três anos, a paciente foi reexaminada e através da radiografia observou-se uma imagem multilocular, sugestiva de um queratocisto recorrente. Foi realizada uma enucleação assim como excisão do osso marginal. O diagnóstico histopatológico foi compatível com o primeiro. O caso foi acompanhado por mais dois meses e após este tempo a paciente não compareceu mais as consultas.

PARIZOTTO et al. (1999) relataram o caso de um extenso Queratocisto Odontogênico em paciente jovem.

Paciente V.L., 13 anos, sexo masculino, leucodermo, queixa principal de dor e inchaço na região de primeiro molar inferior direito o qual havia sido extraído anteriormente por cárie. Clinicamente, observou-se o aumento de volume na região citada, com abaulamento da tábua óssea vestibular e a presença de uma fístula. Não havia parestesia do lábio inferior e os dentes próximos à lesão encontravam-se com ausência de cárie e doença periodontal. Foi realizada a punção da lesão, onde coletou-se o líquido cístico.

O exame radiográfico constatou a presença de uma área radiolúcida unilocular circunscrita, estendendo-se da região de segundo pré-molar inferior direito a ramo mandibular.

O tratamento proposto foi a descompressão da lesão por meio de marsupialização, devido a extensão da mesma. Grânulos de ceratina foram removidos juntamente com conteúdo cístico, o que propiciou o diagnóstico clínico de queratocisto.

O laudo do histopatológico foi de queratocisto odontogênico.

REBELLO et al. (2000), relataram um caso clínico de um paciente do gênero masculino, melanoderma, de 19 anos de idade, que relatou como queixa principal um aumento de volume na hemi-mandíbula esquerda, com história de um ano de evolução.

O paciente não apresentava alterações sistêmicas dignas de nota, nem sinais flogísticos relacionados com a queixa principal.

O exame extra-oral revelou assimetria facial provocada por aumento de volume do lado direito do terço inferior da face. Intra-oralmente, observou-se abaulamento não crepitante, firme e indolor à palpação, localizado na região vestibular da hemi-mandíbula direita, região de pré-molares e molares. Foram vistos duas unidades extra-numerárias, sendo uma totalmente irrompida, localizada ectopicamente na região lingual, e outra parcialmente irrompida, também situada na mesma região. Os dentes relacionados com a lesão não apresentavam mobilidade e a mucosa de revestimento exibia-se dentro dos padrões de normalidade.

A radiografia panorâmica revelou a existência de cinco unidades supranumerárias: duas, uma irrompida e outra parcialmente irrompida, situadas à nível de pré-molares inferiores direitos; duas não irrompidas na região de pré-molares inferiores esquerdos, sendo que uma dessas apresentava aspecto radiográfico sugestivo de geminação; e uma unidade localizada na região de molares inferiores direitos, situada dentro de uma área radiolúcida ovalada bem delimitada que estendia-se da mesial do segundo molar inferior até distal do canino

da mesma hemi-arcada. Constatou-se, ainda, área de radiolucência mais acentuada, circunferencial, relacionada com limite amelocementário dessa unidade, o que permitiu a hipótese diagnóstica de cisto dentígero. A raiz distal do dente 46 e do 45 exibiam processo de reabsorção radicular externa.

O paciente submeteu-se a cirurgia para enucleação da lesão. A peça cirúrgica era composta por um dente semi-envolto em uma cavidade cística. O diagnóstico cirúrgico foi de cisto dentígero.

O material biopsiado foi enviado para análise anátomo-patológica e o diagnóstico foi conclusivo para Queratocisto Odontogênico.

QUADROS & CALVET (2000) realizaram um trabalho com objetivo de verificar a frequência dos queratocistos diagnosticados no Laboratório de Patologia da FO/UFRGS. Foram revisados os casos com diagnóstico de cistos odontogênicos e queratocistos, no período de 1979 a 1999. Para inclusão dos casos a serem estudados, foram elaborados 3 critérios : possuir histórico (ficha de biópsia), ter diagnóstico histopatológico e constar indicação quanto à idade, sexo e localização anatômica da lesão.

Em seguida, foram analisados a frequência desses cistos, idade, sexo e localização anatômica mais incidentes. Dos 72 queratocistos encontrados, 55 foram estudados pois atenderam aos critérios de inclusão.

Deles 16 (29,09%) encontravam-se na 4ª década de vida, seguida da 3ª década de vida (27,27%). O sexo feminino (54,55%) foi o mais incidente. E com

relação à distribuição anatômica, a mandíbula (61,82%) foi o sítio mais atingido.

FREITAS et al. (2000) descreveram o queratocisto com esta nomenclatura por apresentar epitélio queratinizado, e por cisto primordial porque grande parte destes cistos são originários da degeneração de células do retículo estrelado do órgão do esmalte, antes que se inicie a formação de tecido mineralizado. O cisto primordial seria desenvolvido no local onde estaria um dente da série normal ou, possivelmente, a partir de um dente supranumerário.

Ocorrem com mais freqüência na segunda década de vida e, devido a evolução intra-óssea não apresentar abaulamentos, passam despercebidos, sendo constatados radiograficamente. O local de maior ocorrência é na região posterior de mandíbula constituindo, cerca de 11% dos cistos odontogênicos. O tratamento cirúrgico deverá ser com grande abertura de acesso, com curetagem cautelosa, devido ao grande potencial de recorrência, talvez pela pouca espessura e fragilidade da membrana cística, ou pela presença de cistos satélites ao redor da lesão principal. Estes cistos poderiam originar-se por proliferações de células basais da mucosa bucal na região de terceiros molares, sendo esta situação uma possível causa de recorrências.

Radiograficamente podem apresentar-se sob várias formas e posições, segundo Main 1970, teríamos então: Cistos de reposição, aqueles formados no local de um dente; de envolvimento, quando envolve um dente retido; quando sua evolução é para o ramo ascendente, sem abaulamento das corticais são os extra neous; e os queratocistos colaterais são aqueles adjacentes às raízes dentárias, sendo radiograficamente indistinguíveis de um cisto lateral periodontal. Apenas uma

imagem de um anel radiopaco é compatível com cisto primordial, podendo apresentar limites festonados, simulando as imagens multiloculares. Múltiplos cistos primordiais estão associados com a Síndrome de Gorlin.

WHITE & PHAROACH (2000) definiram o queratocisto como um cisto não odontogênico não inflamatório que surge a partir da lâmina dental. Diferente dos outros cistos que continuam a crescer unicamente devido a pressão osmótica, o epitélio no queratocisto parece ter crescimento potencial próprio, tanto como em um tumor benigno. Esta diferença no mecanismo de crescimento dá ao queratocisto uma aparência radiográfica diferente.

-Características clínicas:

Os queratocistos odontogênicos totalizam em torno de um décimo de todos os cistos nos maxilares. Incidem sobre uma vasta faixa etária, porém mais se desenvolvem entre a segunda e quarta décadas, com uma ligeira predileção para o sexo masculino. Os cistos algumas vezes se formam ao redor de um dente incluso. Frequentemente não há sintomas, entretanto um moderado inchaço pode ocorrer e dor também pode ocorrer com infecção secundária. Aspiração pode revelar um material turvo, amarelo, caseoso (ceratina). Isto é importante pois, diferente dos outros cistos, os queratocistos têm uma elevada tendência a recorrência, possivelmente devido a pequenos cistos satélites deixados após remoção cirúrgica do cisto.

-Características radiográficas:

Localização: o local mais comum de ocorrência dos queratocistos é em região posterior de corpo de mandíbula (90% ocorrem posterior a caninos) e em ramo (mais que 50%).

Contorno: igualmente a outros cistos, os queratocistos freqüentemente mostram evidências de uma borda cortical ao menos que tenha tornado infectado secundariamente. Os cistos podem ter um contorno uniforme ou formato oval idêntico aos outros tipos de cistos, ou pode ter um contorno festonado.

Estrutura interna: é comumente radiolúcida. A presença de ceratina não acrescenta radiopacidade. Em alguns casos septos podem estar presentes, conferindo a lesão uma multilocular aparência.

-Efeitos nas estruturas vizinhas:

Uma importante característica dos queratocistos é ser propenso a crescer ao longo das estruturas internas dos maxilares, causando mínima expansão. Isto ocorre em mandíbula, exceto em ramo ascendente e processo coronóide, onde considerável expansão pode ocorrer. Ocasionalmente a expansão de cistos grandes podem exceder a capacidade do periósteo formar novo osso, assim permitindo a parede cística entrar em contato com tecido mole periférico para o exterior da mandíbula. A insignificante expansão comum nestes cistos provavelmente contribui para diagnóstico tardio desta lesão, que ocasionalmente deixa-os atingir um grande tamanho. Os queratocistos podem deslocar e reabsorver dentes, porém ligeiramente em menor grau que os cistos dentígeros. Na maxila, o cisto pode invaginar e ocupar o seio maxilar inteiro.

-Diagnóstico diferencial:

Quando encontra-se em posição pericoronal, um queratocisto pode ser indistinguível de um cisto dentígero. A típica margem festonada e multilocular aparência do queratocisto pode assemelhar-se com um ameloblastoma, porém o último tem uma grande tendência a expansão. Um queratocisto pode mostrar uma semelhança com o mixoma, especialmente nas características de moderada expansão e multilocular aparência. Um cisto ósseo simples freqüentemente tem uma margem festonada e mínima expansão óssea, como em um queratocisto, entretanto, as margens de um cisto ósseo simples usualmente são mais delicadas e freqüentemente difíceis de detectar.

-Tratamento:

O tratamento cirúrgico pode variar, e estão incluídos: ressecção, curetagem ou marsupialização para reduzir o tamanho dos grandes cistos antes da excisão cirúrgica. Uma completa remoção da parede cística deve ser realizada, para reduzir a possibilidade de recorrência. Depois do tratamento cirúrgico, deve ser realizado um acompanhamento periódico clínico e radiográfico para detectar alguma recorrência. Lesões recorrentes freqüentemente ocorrem nos primeiros cinco anos, porém podem ser retardadas ao longo de dez anos.

TSUKAMOTO et al. (2001) fizeram um estudo com objetivo de diferenciar radiograficamente cisto dentígero e queratocisto odontogênico associados com terceiro molar inferior. O material consistia de radiografias panorâmicas de cistos dentígeros e queratocistos, de 1990 a 1997. Todos os casos foram diagnosticados

histologicamente, foram associados com terceiro molares inferiores e tinham o segundo molar erupcionado normalmente. O grupo do cisto gengívero (CD) consistia de 44 pacientes com um total de 45 cistos uniloculares. O grupo do queratocisto odontogênico (QCO) consistia de 15 pacientes (2 casos eram de pacientes com Síndrome do carcinoma nevídeo basocelular), totalizando 16 cistos, 13 uniloculares e 3 multiloculares. Os dois grupos foram avaliados comparando a idade, sexo e sintomas clínicos. A média de idade dos 44 pacientes com CD e dos 15 com QCO foi de $46.4 \pm 17,1$ anos e $21,9 \pm 7,0$ anos, respectivamente. Pacientes do grupo dos CDs eram significativamente mais velhos que os do grupo dos QCO. Dos 44 pacientes com CD 29 (66%) eram homens e 15 (35%) eram mulheres, uma razão de 1.9:1. Vinte e seis pacientes (58%) tinham sintomas inflamatórios e 18 (42%) foram encontrados acidentalmente através de radiografias feitas com outros propósitos. Dos 15 pacientes com QCO, 11 (75%) eram homens e 4 (25%) eram mulheres, uma razão de 2.8:1. Dez pacientes (67%) tinham sintomas inflamatórios, e 5 (33%) foram encontrados acidentalmente. A porcentagem de homens e presença de sintomas inflamatórios foram dominantes em ambos os grupos, porém não foram encontradas diferenças significantes entre homem/mulher, inflamatório/não inflamatório e sintomas. O tamanho das lesões do grupo do CD era de $6.9 \pm 5.6 \text{ cm}^2$, no grupo do QCO a área era de $15.9 \pm 9.3 \text{ cm}^2$. A área do grupo dos queratocistos era significativamente maior que a do grupo dos cistos dentígeros.

MYOUNG et al. (2001) em uma revisão de 256 casos de queratocistos odontogênicos analisaram pacientes quanto a idade, sexo, localização, achados radiográficos, tratamento e recorrência.

Dos 256 casos, 150 (58.6%) foram encontrados em homens e 106

(41.4%) em mulheres. A razão entre homens e mulheres foi de 1.42:1, mostrando uma ligeira predileção para o sexo masculino. Queratocistos ocorrem nos pacientes em ampla abrangência de idade, mais comum em pacientes na terceira década de vida (28.9%) e na segunda década (25%). A média de idade dos pacientes foi de 30.8 anos. Foram encontrados 196 (76.5%) em mandíbula e 60 casos (23.5%) em maxila. 76 casos (29.7%) estavam em região de molar mandibular, 55 (21.5%) em região de pré-molares inferiores, 36 (14.1%) estavam em ramo de mandíbula, 35 (13.7%) em região de pré-molares superiores, 29 (11.3%) estavam em região de incisivos-canino inferiores e 25 casos (9.8%) encontravam-se em região de incisivo-canino superiores. A região de molar inferior foi a localização mais comum dos queratocistos odontogênicos.

Vários sinais e sintomas clínicos foram descritos. Ao serem examinados, 118 pacientes (46.1%) relataram inchaço, 51 (19.9%) relataram dor e 42 (16.4%) sentiam dor e inchaço ao mesmo tempo. Um total de 82.4% dos pacientes tinham inchaço, dor ou ambos. Um líquido purulento estava evidente em 17 pacientes (4.7%) e parestesia foi encontrada em dois pacientes (0.8%). Em 14 pacientes (5.5%) não foram encontrados sintomas, as lesões foram achadas acidentalmente em exames de rotina.

Em 191 dos 256 casos não havia concordância entre a radiografia e o diagnóstico histopatológico do queratocisto. Apenas em 65 dos casos (25.2%), houve a confirmação da radiografia com o diagnóstico histopatológico do cisto. O mais comum aspecto radiográfico encontrado foi de cisto dentígero (70 casos, 27.1%), seguido do queratocisto (65, 25.2%), cisto primordial (38, 17.7%), ameloblastoma (30, 11.6%), cisto residual (25, 9.7%), cisto radicular (8, 3.1%) e

cisto maxilar pós-operatório (3, 1.2%).

O tratamento realizado em 232 pacientes (90.6%) foi enucleação e 22 (8.6%) com marsupialização e seguida de enucleação. Então, 99.2% foram tratados com enucleação. Um paciente havia uma lesão grande que foi realizada uma mandibulectomia e o outro paciente foi tratado por maxilectomia parcial. Múltiplos queratocistos foram encontrados em 39 casos. Em 11 (4.3%), os queratocistos foram confirmados e associados com a Síndrome do carcinoma nevóide basocelular desenvolvendo múltiplos cistos nestes pacientes.

De 132 pacientes, houve recidiva em 77, uma média de 58.3% e em 9 destes pacientes (11.7%) desenvolveram duas ou mais recorrências. Dos 74 homens, 38 recidivaram (51.4%) e das 58 mulheres, 39 (67.2%). Porém não há significativa diferença na média entre homens e mulheres. A porcentagem da média de idade dos grupos varia de 25.0%, em pacientes da sexta década de vida, a 82.4% em pacientes da quinta década. Os queratocistos odontogênicos mostram a maior média de recorrência em pacientes da quinta década de vida que em pacientes de qualquer outro grupo de idade. A média de recorrência depende significativamente do local de envolvimento do cisto. Cinco dos 111 mandibulares (59.0%) e 9 dos 21 maxilares (57.0%) queratocistos recidivaram. A média foi de 75% em região de molar, 70% em região anterior de maxila, 61.3% em região de pré-molar inferior, 50% em ramo mandibular, 45.5% em região posterior de maxila e 31.8% em região anterior de mandíbula. Nenhuma diferença significativa na média entre maxila e mandíbula foi encontrada. Porém, diferenças significantes foram encontradas entre as seis regiões dos maxilares; queratocistos em região de molar inferior tiveram a média mais elevada de recorrência de todas as outras regiões.

Sete dos nove casos associados com a Síndrome do carcinoma baso nevo celular recorreram, mas isto não é significativo, provavelmente devido ao número limitado de casos.

ÉZSIÁS (2001) , fez um estudo longitudinal in vivo no qual observou o queratocisto odontogênico durante 4 anos. Paciente, sexo masculino, 20 anos, caucasiano e assintomático foi encaminhado pelo dentista para avaliação de uma extensa lesão multilocular radiolúcida associada ao terceiro molar inferior não irrompido. Ao exame clínico, foi encontrado uma expansão lingual e vestibular do osso. O exame radiográfico revelou uma lesão radiolúcida multilocular de primeiro molar inferior esquerdo a ramo ascendente de mandíbula. O cisto estava associado a um terceiro molar inferior esquerdo incluso situado na borda inferior na região de primeiro molar. A lesão não estava homogênea radiograficamente e levantava a possibilidade que este aspecto representasse duas lesões separadamente.

Uma radiografia prévia foi obtida 4 anos antes do diagnóstico, em 1987. A segunda radiografia foi feita 2 anos depois, em 1989 e uma terceira radiografia, em 1991. Foi visto que, nos últimos 19 meses, a lesão distal instalada foi ampliada em todas as direções e deslocou mesialmente o terceiro molar. Foi estendido superiormente para dentro do ramo, tornando-se mais radiolúcida e multiloculada, porém havia uma razoável e bem definida margem esclerótica. A outra lesão radiolúcida associada deslocou-se mais mesialmente e inferior em direção a raiz do secundo pré-molar. A cirurgia para remoção de ambas as lesões e o terceiro molar foi realizada por acesso intraoral. A lesão distal foi enucleada in totum. Foi observado que a lesão distal rompeu a cortical lingual em uma pequena área porém não estava firmemente aderida ao periósteo. Seu tamanho era de aproximadamente 5x3x3cm.

Com exceção de uma leve parestesia no lábio inferior a qual foi recuperada em um tempo em torno de 3 meses, não houve complicações pós-operatórias. Em um ano de revisão, o exame radiográfico mostrou que o sítio das lesões foi bem ossificada. Na revisão de 2 anos não foram encontrados sinais de recorrência.

BSOUL et al. (2002) descreveram o queratocisto odontogênico como sendo único entre os cistos devido as características microscópicas patognomônicas, ao seu comportamento agressivo e sua elevada recorrência.

-Características clínicas: Os queratocistos são mais encontrados em mandíbula que em maxila, numa razão de 2:1. As regiões mais freqüentes de ocorrência são: região de terceiro molar e ramo de mandíbula, seguido da região anterior de maxila, área de terceiro molar superior, região anterior de mandíbula e região de pré-molares inferiores. Abrange uma grande faixa etária, com pico de incidência entre a 2a e 3a décadas, e gradualmente declina depois disso. Podem aparecer como lesões simples, como múltiplos cistos ou com característica da Síndrome do carcinoma nevóide basocelular ou Síndrome de Gorlin. Há uma predileção para o sexo masculino, razão de 1,44:1. Aproximadamente a metade dos pacientes apresentam sintomatologia, os sinais e sintomas mais freqüentes variam de inchaço (expansão óssea) ou drenagem, dor, parestesia de lábios e sensibilidade em dentes. O queratocisto tem um crescimento agressivo e comportamento destruidor, podendo atingir dentes adjacentes, invadir glândulas salivares, músculos e seio maxilar.

-Recorrência: Em 6 a 62% dos casos há recidiva. Esta variação ocorre devido a técnica e/ou dificuldades cirúrgicas levando a uma incompleta remoção do

cisto, a natureza fina e friável da cápsula, perfuração do osso e ao remanescente da lâmina dental não associada ao queratocisto original, mas que pode ser ativado em pacientes suscetíveis a formação do queratocisto. Pacientes com múltiplos cistos têm mais probabilidade de recidivar que os com cistos únicos, assim como aqueles queratocistos associados com a Síndrome de Gorlin também são mais suscetíveis a recorrência que os não síndrômicos.

- Características Radiográficas: Podem apresentar-se como uma radiolucência bem circunscrita uni ou multilocular. Lesões na maxila tendem a ser pequenas e uniloculares com uma suave margem delimitada. Lesões grandes nos maxilares são destrutivas, expansivas e normalmente envolvem seio maxilar. As lesões em mandíbula tendem a ser grandes e multiloculares com margem esclerótica. São mais encontradas na região de molares e ramo.

- Diagnóstico Diferencial: Como diagnóstico diferencial citamos todas as lesões radiolúcidas uni ou multiloculares, como: cisto dentígero, cisto periodontal lateral, cisto radicular, cisto residual, ameloblastoma uni ou multicístico.

- Tratamento: Várias modalidades cirúrgicas foram sugeridas para tratamento do queratocisto odontogênico. Destas incluem curetagem, somente enucleação, enucleação com solução de Carnoy colocada dentro da cavidade cística antes da enucleação ou dentro da cavidade óssea após a enucleação, enucleação radical, marsupialização, e ressecção. O tipo de tratamento é controverso e depende de vários fatores incluindo a idade do paciente, localização e tamanho da lesão e se o queratocisto é primário ou recorrente. O índice de recorrência para queratocistos que tenham sido tratados por uma simples enucleação é de 17% a

56%. Se algum auxiliar for usado no tratamento, como a aplicação da solução de Carnoy ou descompressão antes da enucleação, a porcentagem de recorrência relatada é de 1% a 8.7%. Ressecção é outra alternativa, com recorrência de 0%, ainda que a natureza extensa da cirurgia tenha a probabilidade de não ser aceita por vários clínicos, devido a natureza benigna da doença.

CRIVELINI et al. (2002) relataram duas lesões diagnosticadas clínica e radiograficamente como cistos radiculares, que posteriormente foram definidas como queratocistos ao exame histopatológico.

No primeiro caso, paciente do sexo feminino, 22 anos, procurou o serviço odontológico queixando-se de dor na região do incisivo lateral superior direito e gosto ruim na boca. Na história clínica, relatou que desde os 9 anos vinha sofrendo cirurgias para remoção de um cisto na região. A paciente apresentava boa saúde geral e negava uso de qualquer medicamento.

Ao exame clínico constatou ausência do dente 12 e uma fistula no local. Na radiografia estava presente uma lesão radiolúcida multilocular com limites bem definidos, sugerindo lesão cística, provocando afastamento das raízes dos dentes vizinhos e estendia-se próximo ao rebordo alveolar, onde ocorreu comunicação com a cavidade bucal. Após tratamento endodôntico dos dentes 11, 13 e 14 foi feita enucleação da lesão intra-óssea, com diagnóstico histopatológico de cisto radicular. Um ano depois, a lesão persistiu, apesar de uma discreta neoformação óssea local. Como o dente 13 apresentava tratamento endodôntico insatisfatório optou-se por apicetomia e retratamento deste dente. Após 3 anos, a região ainda apresentava área arredondada de rarefação óssea, o que indicou realização de uma segunda

biópsia, obtendo como diagnóstico queratocisto, diferindo do primeiro laudo.

No segundo caso, paciente sexo masculino, 47 anos de idade apresentou queixa principal de dor na região de canino inferior esquerdo e gosto ruim na boca. Ao exame bucal foi constatada sensibilidade negativa do dente 44 e presença de fístula na região. A radiografia periapical revelou área radiolúcida que se estendia ao septo ósseo interdental, próximo ao colo do dente. Foi então realizado o tratamento endodôntico do dente envolvido e foi feita a remoção cirúrgica da lesão, com diagnóstico clínico de cisto radicular. O diagnóstico histopatológico foi de queratocisto.

WHAITES (2003) caracterizou o queratocisto odontogênico como um cisto que se desenvolve a partir do epitélio da lâmina dentária, restos epiteliais de Serres, no lugar do dente normal que, por sua vez, está ausente.

- Idade: variável, com pico de incidência entre segunda e quarta década.
- Frequência: corresponde menos de 5% do total de cistos odontogênicos.
- Localização: parte posterior de mandíbula, na região de corpo e ângulo, estendendo-se em direção ao ramo, e região de canino superior.
- Tamanho: variável, sendo geralmente grandes quando presentes em mandíbula.
- Forma: oval, estendendo-se ao longo do corpo da mandíbula, com pequena expansão vestibulo-lingual, sendo pseudolocular ou multilocular.

- Contorno: regular, bem definido, geralmente bem corticalizado.
- Densidade radiográfica: uniformemente radiolúcida
- Efeitos: deslocamento mínimo dos dentes adjacentes e raramente apresenta reabsorção. Expansão dentro do osso esponjoso, podem envolver coroa dos dentes 38 e 48, assemelhando-se com um cisto dentígero.

3. DISCUSSÃO

Os queratocistos odontogênicos, como visto, foram nomeados assim, por apresentarem epitélio queratinizado.

IDADE, SEXO E LOCALIZAÇÃO:

Segundo BSOUL et al. (2002), assim como na maioria dos autores estudados, verificou-se que a maior incidência de aparecimento dos queratocistos era na faixa etária de 20 a 30 anos. Média semelhante, de 30,8 anos também foi encontrada por MYOUNG et al. (2001). Já QUADROS & CALVET (2002), em 55 pacientes estudados encontrou 29,09% de pacientes com queratocistos na Quarta década de vida, e PARIZOTTO et al. (1999) cita um caso da lesão em um paciente com 13 anos, razão pela qual, ambos os autores divergem da afirmativa de que o aparecimento se dá na segunda e terceira décadas de vida.

HSUN-TAU (1998), BATAINEH & AL QUDAH (1998), encontraram o aparecimento do queratocisto nas médias de idade de 32,9 e 34 anos respectivamente, o que confirmaria uma prevalência do aparecimento da lesão na terceira década de vida, porém autores como SANTOS et al. (1989) e HARING e VAN DIS (1988) citam achados de queratocisto em adultos com 42 e 48 anos respectivamente, contudo devemos lembrar que foram casos isolados o que não invalida uma prevalência nas décadas supra citadas, pois podemos lembrar ainda o trabalho de BRANNON (1976) e 312 casos de queratocistos em 283 pacientes onde a média de idade foi de 37,9 anos o que mais uma vez confirma a predileção do

aparecimento do queratocisto, como também lembra BROWNE (1970), que são na segunda e terceiras décadas da vida.

Os dados demonstram que a afirmativa de que a maior incidência de ocorrência de queratocistos odontogênicos é, de fato, entre a 2ª e 3ª década de vida. Ocorrem, contudo, em outras faixas etárias, porém com muito menor incidência.

BSOUL et al. (2002) afirmam ter uma predileção pelo sexo masculino, para a ocorrência do queratocisto odontogênico. A pesquisa feita por TSUKAMOTO et al (2001), comprovou esta afirmativa; pois 75% dos pacientes com queratocistos estudados pelo autor, eram do sexo masculino. Ainda temos a confirmação disso, por meio dos dados da pesquisa realizada por MYOUNG et al. (2001) em que dos 256 casos de pacientes com queratocistos, 58.6% tratavam-se de pessoas do sexo masculino. Já em estudo feito por QUADROS & CALVET (2000), em 55 pacientes com queratocistos, houve maior porcentagem de aparecimento no sexo feminino (54,55%), assim como SANTOS et al. (1989), o que vai contra a maior parte do que foi encontrado na literatura revisada.

BATAINEH e AL QUDAH (1998), HARING e VAN DIS (1988), ZACHARIADES et al. (1985), BROWNE (1970) encontraram maior prevalência de queratocistos em homens, o que mais uma vez confirma a predileção para pacientes do sexo masculino.

A incidência de queratocistos em pessoas do sexo masculino, é muito maior do que no sexo feminino. Assim foi comprovado, nos casos clínicos estudados.

Quanto à localização, BSOUL et al. (2002) encontraram os queratocistos mais freqüentemente em mandíbula quando comparado a maxila, numa razão de 2:1, sendo vistos mais em região de 3º molar, ramo e região anterior da mandíbula, na maxila, a maior prevalência foi na região anterior, de 3º molar superior e na de pré-molares superiores. Assim como MYOUNG et al. (2001) em revisão de 256 casos encontraram 196 queratocistos em mandíbula e 60 em maxila, onde 76 em região de 3º molar inferior, 55 em pré-molar inferior, 36 em ramo, 35 pré-molar superior, 29 em região anterior inferior e 25 em região anterior superior.

BATAINEH e AL QUDAH (1998) relataram o tratamento cirúrgico de 31 queratocistos odontogênicos, encontrando todos em mandíbula, onde 23 localizavam em ângulo e ramo e 8 em corpo mandibular. Concordando com outros autores, KONDELL & WIBERG (1988) relataram 62% dos queratocistos em mandíbula, com maior freqüência de localização na região de 3º molar, ângulo e ramo mandibular. E HARING e VAN DIS compararam os aspectos radiográficos (unilocular x multilocular) de 62 queratocistos, também encontrando maior incidência em mandíbula e em região de 3º molar e ramo; além disso em região de 3º molar superior e tuberosidade maxilar; região de pré-molares e segundo molar inferiores.

Também puderam ser vistos queratocistos associados com dentes inclusos, como no acompanhamento feito por ÉZSIÁS (2001), durante quatro anos, de um queratocisto associado a um terceiro molar inferior não irrompido. Nesta

mesma linha de raciocínio, TSUKAMOTO et al. (2001) compararam queratocistos e cistos dentígeros associados a terceiros molares inferiores inclusos. E PAYNE (1972), em seu estudo, encontrou 103 queratocistos, dos quais 40% estavam associados com dentes impactados, 14% associados com área de extração prévia e 28% não estavam associados com dentes impactados e nem com área de extração prévia.

Freqüentemente, queratocistos extensos localizam-se em mandíbula, sendo que, quando encontrados em maxila, podem invadir seio maxilar, como relatado por BRANNON (1976) em seu estudo de 312 casos de queratocistos, onde 8 eram extensos e ultrapassavam a linha média, destes, 4 localizavam-se na maxila e invadiam seio maxilar.

De acordo com BSOUL et al. (2002) os queratocistos podem aparecer nas radiografias como uma radiolucência circunscrita, sendo uni ou multilocular. Ainda, segundo esses autores, os queratocistos podem atingir dentes adjacentes, glândulas salivares, músculos e seio maxilar. Contudo, verificou-se que o local de maior ocorrência dos queratocistos é na região posterior do corpo da mandíbula.

TRATAMENTO E RECORRÊNCIA:

Para o tratamento do queratocisto odontogênico, BSOUL et al. (2002) afirmam que a escolha de um tipo de tratamento irá depender de vários fatores, como idade, localização e tamanho da lesão.

Em relação ao tipo de tratamento escolhido, a recorrência foi assim avaliada:

- Em casos de enucleação, a recorrência foi de 17 % a 56%
- Em casos de enucleação mais utilização de auxiliar, a recorrência foi de 1% a 8,7%.
- Em casos de ressecção a recorrência foi de 0% (considerando a extensão da cirurgia ela e pouco recomendada).

Em estudo feito sobre tratamento cirúrgico de queratocistos, por BATAINEH e AL QUDAH (1998) em 31 pacientes, os mesmos foram tratados cirurgicamente por ressecção e durante um período de 2 a 8 anos de acompanhamento não houve nenhuma evidência de recorrência.

Em caso apresentado por PRADO et al. (1995), um paciente com diagnóstico de queratocisto odontogênico foi submetido a tratamento com enucleação e curetagem severa da loja óssea. Três anos depois do tratamento não foi apresentada recidiva do queratocisto.

No estudo de ZACHARIADES et al. (1985) sobre 16 casos clínicos de queratocistos odontogênicos, foram efetivados tratamentos que variam de enucleação a marsupialização, enxerto ósseo homogêneo e enxerto ósseo do ilíaco. Observou-se que a média de recorrência foi de 25% dos casos.

De acordo com BSOUL et al. (2002) há grandes chances de haver reincidência do queratocisto, isso se dá devido a técnica ou cirurgias que não conseguem remover completamente o cisto. Em pacientes em que os cistos são múltiplos, as chances de reincidência são ainda maiores. Também possuem maior chance de recidivar o queratocisto associado com a Síndrome de Gorlin.

No estudo feito por ÉZSIÁS (2001) de observação de um queratocisto odontogênico, por um período de 4 anos, a cirurgia para retirada das lesões encontradas, com a enucleação, mostrou-se bem sucedida, pois em um período de 2 anos posterior a cirurgia não foi encontrado nenhum sinal de recorrência, assim como no caso apresentado por PRADO et al. (1995), um paciente com diagnóstico de queratocisto odontogênico foi submetido a tratamento com enucleação e curetagem severa da loja óssea e três anos após o tratamento não foi apresentada recidiva do queratocisto. Diferindo deste estudo, no tratamento realizado por MYOUNG et al. (2001), em que o tipo escolhido de tratamento para a maioria dos casos foi a enucleação, houve recidiva em uma média de 58.3% dos pacientes, assim como no estudo feito por HSUN TAU (1998), no qual 68 dos 70 pacientes foram tratados com enucleação e 23 casos houve o auxílio da utilização da solução de Carnoy, encontrando sete pacientes com recorrência.

FORSSELL et al. (1998) acompanharam a recorrência em 75 pacientes com diagnóstico de queratocistos. Houve recidiva em 32 pacientes. As recidivas mais freqüentes ocorreram em pacientes com menos de 30 anos. Como também nos 283 pacientes com queratocistos observados por BRANNON (1976), nos quais 34 apresentaram recorrência. Em tratamento feito por PANDERS e HADDERS

(1969), em 28 cistos que estavam sob análise, foi utilizada a enucleação, havendo uma grande recorrência, como afirmam os autores.

Pode-se verificar que a recorrência do queratocisto, poderá depender do tipo do tratamento utilizado, mas isso não é uma verdade absoluta; pois como visto, tratamentos, por exemplo, com enucleação, variam no número de recidiva de um para outro caso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

BSOUL et al. (2002) comentam que todas as lesões radiolúcidas, podendo ser uni ou multiloculares, servirão como diagnóstico diferencial.

CRIVELINI et al. (2002) citam que ao executarem exame radiográfico em 2 pacientes foram diagnosticadas duas lesões como sendo cistos radiculares. Mais tarde, através de exame histopatológico, chegou-se à conclusão de que se tratavam de queratocistos. Podemos inferir, por meio desse relato, que apenas o exame radiográfico não foi suficiente para diagnosticar os queratocistos nesses casos, sendo necessário a realização de exame histopatológico para chegar ao diagnóstico.

No estudo feito em 256 pacientes com queratocistos, por MYOUNG et al. (2001), não houve compatibilidade, na maior parte dos casos, do diagnóstico feito através de radiografia e do diagnóstico feito, por meio de exame histopatológico. Assim como no relato feito por CHILVARQUER et al. (1992), no qual uma paciente foi radiografada e, inicialmente, pensou-se ser uma lesão periodontal apical dos

incisivos centrais inferiores. Posteriormente, depois de vários exames clínicos pensou-se ser ou cisto, ou tumor odontogênico, ou lesão central de células gigantes. Após exame histopatológico foi diagnosticado queratocisto odontogênico. Como também em SANTOS et al. (1989), cujo caso clínico apresentado por eles mostrou ao exame radiográfico, imagem sugerindo uma lesão do tipo cística, unilocular, dentígero. Após exame histopatológico, foi diagnosticado tratar-se de queratocisto odontogênico.

Esses dados demonstram que o exame radiográfico e os exames clínicos não são suficientes para diagnóstico do queratocisto odontogênico, havendo necessidade de exame histopatológico para identificação ou confirmação.

SINTOMATOLOGIA:

De acordo com BSOUL et al. (2002) quase a metade dos pacientes apresentam sintomas, que são variados.

Em pesquisa feita por TSUKAMOTO et al. (2001) foi constatado que, na maioria dos casos estudados houve a presença de sintomatologia. Eles relataram que 67% dos pacientes com queratocistos apresentaram sintomas inflamatórios, o que também foi comprovado em pesquisa realizada por MYOUNG et al. (2001), onde 46% dos casos houve a presença de inchaço, em 19.9% dos casos apresentaram dor e em 16.4% apresentaram dor associada a inchaço. Ainda foi verificado a presença de líquido purulento em 4.7% dos casos e presença de parestesia em 0.8%. Apenas em 5.5% dos casos não foram constatados sintomas.

Em estudo feito por HSUN-TAU (1998) apareceram sintomas na maioria dos casos, como também em ZACHARIADES et al, (1985), BRANNON (1976) e PANDERS e HADDERS (1969) encontrando com mais freqüência inchaço, dor e presença de fístula. Diferente destes autores, o estudo realizado por PRADO et al. (1995) não apresentou sintomatologia expressiva, somente uma discreta parestesia do lábio e insensibilidade nos dentes inferiores esquerdos, e HARING e VAN DIS (1998) encontraram sintomatologia em somente 38,3% dos casos estudados.

Os dados apresentados pelos autores não dizem respeito ao volume dos casos de queratocistos que apresentaram sintomatologia, contudo nos leva a crer que ela é mais freqüente em lesões de maior volume. Sendo o sintoma mais comum inchaço e dor, em segundo lugar.

4. CONCLUSÃO

Queratocisto Odontogênico tem sua origem a partir dos remanescentes da lâmina dentária, compreendendo cerca de 10 a 12% de todos os cistos odontogênicos nos maxilares.

Acomete uma vasta faixa etária que varia da criança ao adulto idoso, porém com pico de incidência na 2ª e 3ª década de vida, havendo nítida predileção ao sexo masculino.

As lesões pequenas freqüentemente são assintomáticas, sendo apenas diagnosticadas em exames radiográficos de rotina. As lesões grandes apresentam sintomatologia, sendo mais comuns: dor, inchaço, tumefação, presença de fístula e drenagem.

A mandíbula é mais afetada que a maxila, com acentuada tendência para envolver região posterior e ramo. Com freqüência envolvem 3º molar inferior, ângulo e ramo, mas também podem atingir região anterior de maxila. Quando as lesões são extensas em maxila, podem atingir todo seio maxilar.

Radiograficamente os queratocistos apresentam-se como radiolucências uni ou multiloculares com limite radiopaco e contorno bem definidos.

O diagnóstico do queratocisto é baseado nos aspectos histológicos, ainda que radiograficamente seja, muitas vezes, altamente sugestivos, mas não são suficientes para o diagnóstico final. O aspecto radiográfico dos queratocistos podem

simular um cisto dentígero, cisto radicular, cisto residual, cisto lateral periodontal, ameloblastoma e mixoma.

O tratamento é cirúrgico. Enucleação, curetagem, marsupialização ou ressecção irão depender do tamanho e localização da lesão e estado clínico e idade do paciente. Apesar disso, o relato da frequência de recorrência varia de 5 a 62% , muitos recidivando nos primeiros cinco anos. Assim, é conveniente um controle clínico e radiográfico periódico do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. AHLFORS, E.; LARSSON, A.; SJÖGREN, S. The Odontogenic Keratocyst: a benign cystic tumor? J. Oral Maxillofac Surg, Sweden, v.42, p.10-19, 1984.
2. ALTINI, M.; COHEN, M. The Follicular primordial cyst - odontogenic Keratocyst. Int. J. Oral Surg., Johannesburg, v.11, p.175 –182, 1982.
3. ARWILL, T.; KARL-ERIK, K. Odontogenic Keratocyst associated with an intramandibular chondroma. J Oral Surgery, Sweden, v.35, p.64-67, 1977.
4. BATAINEH, A.B.; AL QUDAH, M.A. . Treatment of mandibular odontogenic keratocyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, Jordan, v. 86, n. 1, p.42-47, 1998.
5. BLANAS, N. *et al.* Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Canadá, v. 90, n. 5, p.553-558, 2000.
6. BRANNON, R.B. The odontogenic Keratocyst a clinicopathologic study of 312 cases. Part I clinical features. Oral Surg, Indianapolis, v.42, n.1, p.54-72, Jul. 1976.
7. BROWNE, R.M. The odontogenic keratocyst: clinical aspects. Brit Dent J, Birmingham, v.128, n.3, p.225 – 231, Mar. 1970.
8. BROWNE, R.M. The odontogenic Keratocyst: histological features and their correlation with clinical behaviour. Brit Dent J, Birmingham, v.131, n.21, p.249 – 259, 1971.
9. BSOUK, S.A. *et al.* Odontogenic Keratocyst. Quintessence International, Texas, v.33, n.5, p.400-401, 2002.
10. CHILVARQUER, I. *et al.* Queratocisto odontogênico: relato de um caso, com acompanhamento de doze anos. FGO, São Paulo, v.40, n.3, p.200-13, Mai/Jun. 1992.
11. CRIVELINI, M.M. *et al.* Queratocisto em Região Periapical: Relato de Dois Casos Revista da APCD, São Paulo, v. 56, n. 3, p.205-207, Mai/Jun. 2002.

12. ÉZSIÁS, A. Longitudinal in vivo observations on odontogenic keratocyst over a period of 4 years. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., Wales, v. 30, p. 80-82, 2001.
13. FORSSELL, K.; FORSSELL, H.; KARL-ERIK, K. Recurrence of keratocysts: a long-term follow-up study. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., Finland, v.17, p.25-28, 1988.
14. FREITAS, A.; ROSA, J.E.; SOUZA, I.F. Radiologia Odontológica, 5.ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000. cap. ,p.
15. HARING, J.I.; VAN DIS, M.L. Odontogenic Keratocysts: a clinical, radiographic and histopathologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Ohio, v.66, n.1, p.145-53 1988.
16. HSUN-TAU, C. Odontogenic keratocyst: a clinical experience in Singapore. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, Singapore, v.86, n.5, p.573-7, Nov.1998.
17. KÖNDELL, P.; WIBERG, J. Odontogenic Keratocysts: a follow-up study of 29 cases. Swed Dent J., Sweden, v.12, p.57-62, 1988.
18. KRATOCHVIL, F.J.; BRANNON, R.B. Cartilage in the walls of odontogenic keratocysts. J Oral Pathol Med, Washington, v.22, p.282-285, 1993.
19. MOODY, J.B. *et al.* Odontogenic keratocyst. General Dentistry, v.42, n.2, p.172-176, Mar./Apr.1997.
20. MOSQUEDA-TAYLOR, A. Odontogenic keratocyst with chondroid fibrous wall. Int. J. Oral Maxillofac. Surg, Mexico, v. 27, p.58-60, 1998.
21. MYOUNG, H. *et al.* Odontogenic keratocyst: Review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Korea, v.91, n.3, p.328-333, Mar.2001.
22. NEVILLE, B.W. , DAMM, D.D. , ALLEN, C.M. , BOUQUOT, J. E. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap.15, p.485-490.

23. NOHL, F.S.A.; GULABILAVA, K. Odontogenic keratocyst as periradicular radiolucency in the anterior mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, London, v.81, n.1, p.103-109, Sept.1996.
24. PANDERS, A.K.; HADDERS, H. N. Solitary Keratocysts of the jaws. J. oral Surgery, Netherlands, v.27, n.12, p. 931- 938, Dec.1969.
25. PARIZOTTO, S.P.C.O.L. *et al.* Extenso ceratocisto odontogênico em paciente jovem: relato de um caso. Revista Paulista de Odontologia, São Paulo, v.21, n.4, p.28-30, Jul./Ago.1999.
26. PAYNE, T.F. An analysis of the clinical and histopathologic parameters of the odontogenic keratocyst . Oral Surg, Atlanta, v.33, n.4, p.538 -546, Apr. 1972.
27. PRADO, R. *et al.* Ceratocisto odontogênico do "tipo estranho":relato de um caso clínico. Rev.Bras.Odontol, v.52, n.1, p.30-35, Jan./Fev.1995.
28. QUADROS, O.F.; CALVET, C.O. Estudo da freqüência de ceratocistos odontogênicos. R. Fac. Odontol, Porto Alegre, v.42, n.2, p.56-58, Dez.2000.
29. REBELLO, I.M.R.C. *et al.* Queratocisto Odontogênico Mimetizando Cisto Dentígero. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, Bahia, v.20, p.68-71, Jan./Jun.2000.
30. RUD, J.; PINDBORG, J. J. Odontogenic keratocysts: a follow-up study of 21 cases. J. Oral Surgery, Copenhagen, v.27, n.5, p.323-330, May.1969.
31. SANTOS, G.G. *et al.* Queratocisto odontogênico de mandíbula:apresentação de um caso clínico. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo, v.43, n.5, p.255-259, Set./Out.1989.
32. SHEAR, M. Cysts of the Jaws : recent advances Journal of Oral Pathology, Netherlands, v.14, p.43-59, July.1985.
33. SOUZA, L.B.; PINTO, L.P.; FREITAS, R.A. Ceratocisto Odontogênico com transformação ameloblastomatosa. Revista Odonto Ciência, Rio Grande do Sul, v.9, n.18, p.115-121,1994.

34. TSUKAMOTO, G. *et al.* A radiologic analysis of dentigerous and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, Okayama, v.91, n.6, p.743-747, June.2001
35. WHAITES, E. Principios de radiologia odontológica. 3.ed. Porto Alegre:Artmed, 2003. cap.25,p.313-314.
36. WHITE, S.C.; PHAROAH, M.J. Oral radiology : principles and interpretation. 4thed. Sy. Louis : Mosby, 2000. cap.19,p.364-366.
37. WILLIAMS, T.P.; CONNOR JUNIOR, F.A. Surgical Management of the Odontogenic Keratocyst : aggressive approach. J.Oral Maxillofac Surg, Iowa, v.52, p.964-966,1994.
38. ZACHARIADES, N.; PAPANICOLAOU, S.; TRIANTAFYLLOU, D. Odontogenic Keratocysts: review of the literature and report of sixteen cases. J. Oral Maxillofac.Surg., Athens, v.43, n.3, p.177-182, Mar.1985.