



**CISTO QUERATOCISTO: REVISÃO DE
LITERATURA**

**Anna Karolyna Pinheiro de Paula
Bárbara Policarpo de Macedo**

Orientador: Prof. Leonardo Araújo de Andrade

Trindade-GO

2020

FACULDADE UNIÃO DE

**CISTO QUERATOCISTO: REVISÃO DE
LITERATURA**

Anna Karolyna Pinheiro de Paula

Bárbara Policarpo de Macedo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade União de Goyazes como requisito parcial
à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Leonardo Araújo de Andrade

Trindade -
GO 2020

Anna Karolyna Pinheiro de Paula
Bárbara Policarpo de Macedo

**CISTO QUERATOCISTO: REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade União de Goyazes como requisi-
to parcial à obtenção do título de Bacharel em
Odontologia, aprovada pela seguinte banca
examinadora:

Prof. Esp Leonardo Araújo de
Andrade Faculdade União de
Goyazes

Dr. Allisson Filipe Lopes
Martins Faculdade União de
Goyazes

Prof. Dr. Ms. Rubens Jorge
Silveira Universidade
Paulista

Prof. Ms. Tawan Manze Santana
Faculdade União de Goyazes

Anna Karolyna Pinheiro de Paula
GO

10/12/2020

CISTO QUERATOCISTO: REVISÃO DE

(Anna Karolyna Pinheiro de Paula)¹; (Bárbara Policarpo de Macedo)¹; (Leonardo Araújo Andrade)²

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Cisto Queratocisto, é um tipo de cisto que apresenta queratinização do seu revestimento epitelial sendo, o mesmo, revestido por epitélio pavimentoso estratificado uniforme, e camada basal composta de células colunares ou cuboidais dispostas em paliçada, podendo haver ou não presença de células inflamatórias. Por causa de suas características histológicas, proliferação cinética e comportamento, o Queratocisto é considerado uma entidade distinta. Por esse motivo, o padrão histológico específico do Queratocisto distingue-se dos demais. Durante seu crescimento, promovem reabsorção óssea, o que pode fazer com que o osso que os recobre torne-se bastante fino, produzindo a sensação de "casca de ovo" ao comprimí-lo. **OBJETIVO:** Realizar um levantamento bibliográfico da literatura sobre esta patologia, apresentar suas características diversas, considerações no aspecto clínico -radiográfico - histológico e as lesões que fazem parte do Diagnóstico diferencial, bem como as formas de tratamento. **METODOLOGIA:** O presente estudo é exploratório e descritivo, realizado por meio de uma revisão de literatura. A busca foi realizada na base de dados PubMed. As palavras de busca utilizadas foram: Queratocisto Odontogênico, Cisto Odontogênico, Tumor Odontogênico e cisto queratocisto. **RESULTADOS:** O cisto queratocisto acomete principalmente a mandíbula (75% dos casos), e é mais comum atingir a área do terceiro molar. Não apresenta nenhuma sintomatologia específica, e tem como característica principal a alta taxa de recidiva após remoção cirúrgica (25 a 60%). A descompressão e a marsupialização são métodos benéficos e que resultam em uma redução considerável do volume cístico e menor chance de injúrias. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar de apresentar complexidade em sua descrição é um tipo de tumor classificado como benigno em seus exames histopatológicos e não causa metástases.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Queratocisto; Recidiva; Tumor Odontogênico.

KERATOCYST CYST: LITERATURE

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Keratocyst Cyst, is a type of cyst that presents keratinization of its epithelial lining, being covered by a uniform stratified squamous epithelium, and a basal layer composed of columnar or cuboidal cells arranged in a palisade, with or without the presence of cells inflammatory. Because of its histological characteristics, kinetic proliferation and behavior, the Keratocyst is considered a distinct entity. For this reason, the specific histological pattern of the Keratocyst differs from the others. During their growth, they promote bone resorption, which can cause the bone that covers them to become very thin, producing the sensation of "eggshell" when compressing it. **OBJECTIVE:** To carry out a bibliographic survey of the literature on this pathology, to present its diverse characteristics, considerations in the clinical-radio-graphic - histological aspect and the lesions that are part of the Differential Diagnosis, as well as the forms of treatment. **METHODS:** This study is exploratory and descriptive, carried out through a literature review. The search was performed in the PubMed database. The search words used were: Odontogenic Keratocyst, Odontogenic Cyst, Odontogenic Tumor and Keratocyst Cyst. **RESULTS:** The keratocyst cyst mainly affects the mandible (75% of cases), and it is more common to reach the third molar area. It does not present any specific symptoms, and its main characteristic is the high rate of recurrence after surgical removal (25 to 60%). Decompression and marsupialization are beneficial methods that result in a considerable reduction in the cystic volume and less chance of injury. **FINAL CONSIDERATIONS:** Despite presenting complexity in its description, it is a type of tumor classified as benign in histopathological exams and does not cause metastases.

KEYWORDS: Keratocyst cyst; Relapse; Odontogenic Tumor

¹Acadêmico do Curso de Odontologia da Faculdade União de Goyazes

²Orientador: Prof. Especialista, pela Faculdade União de Goyazes.

DEDICATÓRIA

Dedicamos *in memoriam* aos nossos avós Geni Marins, Leônico Pacheco e Nehemias Sebastião que acreditaram no nosso sonho até o último suspiro de amor.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus, que com seu amor infinito nos sustentou até aqui. E em segundo lugar aos nossos pais, que com seu amor inexplícável nos protegeram e ampararam nesta caminhada.

“Mas graças a Deus, que sempre nos conduz vitoriosamente em Cristo e por nosso intermédio exala em todo lugar a fragância do seu conhecimento.”

2 coríntios 2:14

INTRODUÇÃO

Os cistos são definidos como cavidades patológicas com conteúdo fluído, semi-fluído ou gasoso, o qual não seja acúmulo de pus, ou seja, cistos são lesões revestidas internamente por epitélio, que contém material líquido ou semi-sólido no seu interior (KRAMER, 1974).

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 ser uni ou 7 multolocular localizado freqüentemente em região de ângulo e ramo mandibular (NEVILLE et al., 1998).

Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento da literatura recente sobre esta entidade patológica, relatar suas diversas características, considerações no aspecto clínico-radiográfico-histológico e as lesões que fazem parte do diagnóstico diferencial, como também alternativas de tratamento.

METODOLOGIA

O presente estudo é um estudo exploratório e descritivo realizado por meio de uma revisão de literatura. Após a definição do tema, foi feita uma busca em uma base de dados virtual U. S. National Library of Medicine (PubMed). Ademais, foram realizadas pesquisas em periódicos e livros consolidados internacionalmente usando as seguintes palavras de busca: Queratocisto Odontogênico, Cisto Odontogênico, Tumor Odontogênico e cisto queratocisto. Após escolha cuidadosa, alguns artigos e capítulos de livros foram selecionados.

REVISAO DE LITERATURA

O verdadeiro cisto é revestido por epitélio. Nos cistos dos maxilares, o epitélio pode ter origem odontogênica, por proceder dos restos da lâmina dentária ou do órgão do esmalte de um dente ou por originar-se de restos epiteliais do tecido de cobertura dos processos primitivos, que participam na formação embrionária da face e dos maxilares, e chamarem-se cistos não odontogênicos (GORLIN,1993).

Histologicamente, os cistos apresentam uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso, podendo haver presença ou não de células inflamatórias, revestida internamente por epitélio, diferentemente do pseudocisto que não é revestido por epitélio, tal como o cisto ósseo simples, cisto ósseo traumático e o aneurismático (JORDAN, 2003).

Cisto Queratocisto é um tipo de cisto que apresenta queratinização de seu revestimento epitelial. No passado, já foi denominado de "colesteatoma" dos maxilares. Constitui 8% dos cistos odontogênicos. Ele pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém raramente ocorre antes dos 10 anos de idade. Acomete principalmente a mandíbula (75% dos casos), e é mais comum atingir a área do terceiro molar. Não apresenta nenhuma sintomatologia específica, e tem como característica principal a alta taxa de recidiva após remoção cirúrgica (25 a 60%), provavelmente devido a remanescentes epiteliais que permanecem após a enucleação do cisto (HAUER,1926).

Há uma concordância geral em que o tumor do cisto Queratocisto se deriva da lâmina dentária na mandíbula e maxila. Não só fatores embrionários podem estar relacionados. Geralmente, apresentam comportamento benigno, porém agressivo, com uma taxa de reaparecimento significativa e podem ser indicadores da Síndrome do Carcinoma Nevóide Basocelular (NEVILLE et al., 1998).

Outros cistos odontogênicos, também podem apresentar queratinização dos seus limites epiteliais, como os cistos radiculares e dentígeros. Contudo o queratocisto odontogênico possui um padrão de queratinização peculiar, e outras características histopatológicas que o distinguem dos demais cistos. Ainda esses autores referem que a origem do queratocisto odontogênico não foi estabelecida definitivamente, embora vários pesquisadores acreditem ser a partir da lâmina dentária. Entretanto, outras possíveis origens têm sido aventadas, como a partir das células da camada basal do epitélio oral adjacente à lesão ou proliferação de pequenos hematomas epiteliais do epitélio gengival (AMORIM et al., 2003).

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).

Radiograficamente, os cistos são lesões radiolúcidas homogêneas, uniloculares, com limites bem definidos por margem esclerótica, que podem ou não estar associados a dentes, causando reabsorções e deslocamentos (VARINAUSKAS; GERVICKAS; ROŽNOVA, 2006). Geralmente, são analisadas radiografias panorâmicas e tomografia computadorizada, pois a radiografia panorâmica fornece a extensão da lesão e sua relação com estruturas adjacentes, no entanto a tomografia computadorizada tem indicação indispensável para o planejamento cirúrgico de lesões extensas, apresentando detalhes sobre a expansão da lesão, a localização de dentes envolvidos e a topografia de suas margens (espessura e perfuração das corticais ósseas) (NEVILLE et al., 1998).

Os cistos podem manifestar-se clinicamente em razão de sua expansão, raramente abalando os dentes. Muitas vezes são assintomáticos, constituindo-se achado de exame de rotina. Podem também infectar-se, sendo neste momento descobertos. Durante seu crescimento, promovem reabsorção óssea, o que pode fazer com que o osso que os recobre torne-se bastante fino, produzindo a sensação de "casca de ovo" ao comprimi-lo (GORGEEFF; CLERGEAU-GUERITHAULT, 1990).

As lesões císticas dos maxilares são frequentes na clínica odontológica. Essas lesões císticas são lesões de crescimento lento e expansivo, normalmente indolores, mas que podem doer quando infectadas secundariamente. Comumente a queixa principal dos pacientes é o aumento de volume, que pode causar assimetria facial, porém, frequentemente constituem achados em radiografias de rotina (VARINAUSKAS; GERVICKAS; ROŽNOVA, 2006).

Para o diagnóstico diferencial dos cistos maxilares, o aspecto morfológico da cápsula epitelial é muito importante (GORGEEFF; CLERGEAU-GUERITHAULT, 1990). Porém, é necessário observar-se também a história clínica, os achados radiológicos e o aspecto clínico da lesão para a conclusão diagnóstica (PARRISH; KREUTZIGER, 1992).

Os queratocistos odontogênicos podem ser encontrados tanto em criança quanto no adulto idoso, mas, 60% dos casos são diagnosticados na faixa de 10 a 40 anos. Ainda segundo ele, em 60 a 80% dos casos a mandíbula é afetada com acentuada tendência para envolver a região posterior e o ramo ascendente. Podem estar presentes múltiplos queratocistos e os pacientes devem ser avaliados para outras manifestações da síndrome do Carcinoma Nevóide Basocelular (WALDRON, 1998).

Em uma avaliação epidemiológica de 26 casos de cistos diagnosticados como queratocisto odontogênico, observaram uma maior ocorrência das lesões em pacientes do sexo masculino, raça branca, durante a quarta década de vida e acometendo, principalmente, a região posterior de mandíbula. Com relação ao tempo de evolução, as lesões apresentaram um crescimento lento, não havendo predominância de um padrão radiográfico específico. O diagnóstico clínico e cirúrgico das entidades analisadas mostrou-se, na maioria das vezes, não condizente em relação ao diagnóstico histopatológico, sendo o ameloblastoma a principal lesão citada nas hipóteses diagnósticas (AMORIM et al., 2003).

A localização mais comum do queratocisto odontogênico é na mandíbula. Os autores pesquisaram todos os casos diagnosticados como queratocisto odontogênico do Laboratório de Diagnóstico de Patologia Oral e Maxilofacial da Universidade da Flórida, de julho de 1993 a junho de 2001. Um total de 398 cistos ocorreu em 393 pacientes. Dos 398 cistos, 266 (66,8%) se formaram na mandíbula, e 132 (33,2%) na maxila. A localização mais comum foi a região de terceiro molar inferior e ramo da mandíbula, com 137 casos. A região de canino superior, com 54 casos, foi a segunda localização mais comum. Os autores alertam o erro de interpretação nesta região, levando o clínico a suspeitar de lesão periapical ou cisto periodontal lateral (ALI; BAUGHMAN, 2003).

O queratocisto odontogênico tem sido conhecido pela sua natureza agressiva, com taxas de recorrência excedendo 60%. Existem discussões se tal lesão deveria ser considerada como um verdadeiro neoplasma benigno, pois seu epitélio apresenta alta atividade proliferativa e crescimento invasivo. O ceratocisto odontogênico apresenta crescimento contínuo, podendo atingir grandes dimensões. É revestido por epitélio pavimentoso estratificado uniforme, e camada basal composta de células colunares ou cuboidais dispostas em paliçada. Os autores descreveram um caso de queratocisto odontogênico de grandes dimensões, com características histológicas inusitadas em um paciente de 20 anos de idade (SILVEIRA et al., 2005).

Afirmaram que o queratocisto odontogênico é uma lesão intra óssea muito agressiva com um índice de recorrência de aproximadamente 25 a 60% que pode ser descoberta em exames radiográficos de rotina (BOYNE et al., 2005).

Pesquisas relataram um caso raro de um queratocisto odontogênico periférico na mucosa gengival da região anterior da maxila, sob a forma de um nódulo circular amarelado. Para os autores a forma periférica é semelhante à intra óssea quanto à agressividade e índice de recidiva (PRESTON; NARAYANA, 2005).

O termo ceratocisto odontogênico foi introduzido nos anos 50 para denominar uma lesão que foi descrita primeiramente como cisto primordial. Devido ao seu comportamento agressivo, com potencial de crescimento maior que os outros cistos odontogênicos, o ceratocisto odontogênico atualmente é classificado como um tumor benigno e denominado Tumor Odontogênico Queratocístico (LEAL; CARVALHO, 2006).

Revisou-se as características e comportamento do cisto queratocisto, oficialmente conhecido como tumor odontogênico queratocístico, para discutir a nova denominação da lesão e as implicações no tratamento. Para os autores, a mudança do nome de ceratocisto odontogênico para tumor odontogênico queratocístico pela Organização Mundial de Saúde foi baseada na agressividade típica da lesão, histologia e novas informações relacionadas à sua genética (função anormal do PTCH, um gene supressor do tumor). Foram estudados 21 pacientes com tumor odontogênico queratocístico. A extensão radiográfica média dos tumores analisados foi 14 cm. A maioria apresentou entre 0-15 cm, e a proporção de recidiva destas lesões foi de 29%, sendo todas verificadas até 2 anos após o tratamento. A incidência de lesões primárias foi maior no grupo de 70-79 anos. A maioria ocorreu na região posterior de mandíbula (MADRAS; LAPOINTE, 2008).

No ano de 2007 foi realizado uma mudança na 4ª edição da classificação da organização de saúde wordpress de tumores de cabeça e pescoço: Tumores ósseos odontogênicos e maxilofaciais, onde o até então tumor odontogênico queratocístico retorna à categoria de cisto queratocisto (WRIGHT; VERED, 2017).

Estudos relataram a ocorrência simultânea de múltiplos queratocistos odontogênicos na maxila e na mandíbula de um indivíduo que desenvolveu 17 cistos no período de 15 anos (AULUCK; SUHAS; PAI, 2006).

Analisou-se as células epiteliais odontogênicas procurando um entendimento maior sobre a natureza e comportamento de algumas lesões odontogênicas. A expressão imunoistoquímica da proteína p53 foi analisada em cistos radiculares, dentígero, ceratocisto odontogênico e cisto odontogênico calcificante (cisto

de Gorlin). A autora verificou que nos cistos radicular e dentígero a expressão dos marcadores está relacionada com proliferação e estresse celular causados pelo estímulo inflamatório, e em ceratocisto odontogênico e cisto de Gorlin a expressão dos marcadores corresponde a proliferação celular não descartando também a presença de mutação do gene TP53. Todos os marcadores estudados comprovaram a natureza neoplásica do ceratocisto odontogênico. (OLIVEIRA; LAUXEN; SANT'ANA FILHO, 2005).

Estudaram a genética do tumor odontogênico queratocístico e verificaram que a expressão excessiva de genes também apresentada em outros tumores pode contribuir para o crescimento contínuo do tumor odontogênico queratocístico. (HEIKINHEIMO et al., 2007).

Autores 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 (FREITAS; TORRES, 2000).

Um tratamento mais agressivo (ressecção ou enucleação complementada com solução de Carnoy com ou sem ostectomia periférica) resultou em menor recidiva que a enucleação simples ou marsupialização. Os autores concluíram que a natureza agressiva do tumor odontogênico queratocístico induz um tratamento correspondentemente mais agressivo (MADRAS; LAPOINTE, 2008).

Futuros tratamentos podem envolver modalidades baseadas em tratamento molecular, e podem reduzir ou eliminar a necessidade de manobras cirúrgicas agressivas (MADRAS; LAPOINTE, 2008).

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).

A escolha do tratamento deve considerar vários fatores, incluindo a idade do paciente, tamanho e localização do cisto, o envolvimento de tecidos moles, a história da variante anterior e características histológicas da lesão. O objetivo é optar pela modalidade de tratamento que cause o menor risco possível de recorrência e menor morbidade, embora ainda remova completamente a lesão. A ressecção de

grandes lesões multinucleadas com a perfuração do osso cortical e envolvimento dos tecidos moles ou lesões que já retornaram após tratamento conservador próximo à fronteira anatômica é preconizada. Por outro lado, a descompressão, marsupialização de grandes cistos que não perfuraram o osso cortical seguido de osteotomia periférica, alegadamente tem conseguido um bom sucesso (KOLKYTHAS et al., 2007).

A solução de Carnoy é utilizada de forma adjunta à enucleação e curetagem, apresentando a desvantagem de poder causar sintomatologia dolorosa no pós-cirúrgico. A recorrência após vários tipos de tratamento varia de 0% a 100%, com enucleação mostrando as piores taxas de recidiva (entre 0% e 56%). A maioria das recorrências ocorre dentro dos primeiros cinco a sete anos do tratamento inicial (ZECHA et al., 2010).

A descompressão e a marsupialização são benéficas em muitas circunstâncias. Ambos os métodos resultam em uma redução considerável do volume cístico e menor chance de injúrias a importantes estrutura como o nervo alveolar inferior, permite a biópsia incisional e facilita a completa remoção cística subsequente. Isso também reduz a IL1-a e a citoqueratina-10, que são relacionadas à expansão cística. Além disso, a metaplasia do revestimento epitelial após a descompressão e marsupialização converte-o numa variante menos agressiva (PITAK-ARNNOP et al., 2010).

A crioterapia com nitrogênio líquido desvitaliza o osso e mantém a estrutura inorgânica intacta. Sendo uma técnica adjuvante no tratamento de lesões localmente agressivas. Neste procedimento, obtém-se margem de segurança por agir sobre as células do tumor eventualmente remanescentes no leito cirúrgico (MENDONÇA; SANTOS; LOPES, 2011).

DISCUSSÃO

O queratocisto odontogênico tem sua prevalência em região posterior de mandíbula, ocorrendo geralmente entre a segunda e a quinta década de vida, assim como já apresentado. Esta patologia oral possui, em sua grande maioria, grande poder de expansão das corticais ósseas, devido ao seu grande volume. Alguns autores afirmam que há uma maior escolha pelo sexo masculino numa proporção homem/mulher embora alguns outros estudos mostrem que há uma leve predileção pelo sexo feminino (ARAÚJO; REZENDE; PEREIRA, 2007).

O diagnóstico é de fundamental importância, pois este norteia o tratamento e determina o prognóstico, sabendo que todo o epitélio responde ao processo inflamatório. Com isso, a presença e a quantidade de inflamação na cápsula cística interferem diretamente nas características morfológicas do epitélio, provocando alterações que podem dificultar o diagnóstico histopatológico e consequentemente, o tratamento adequado. Segundo alguns autores, essa lesão, muitas vezes, está associada à Síndrome do Carcinoma Nevoide Basocelular ou da Síndrome de Gorlin-Goltz ou da Costela Bífida (CAMPOS; GOMES; SOBRAL, 2005). Embora esta seja uma lesão com alta taxa de agressividade, apresenta baixo poder de malignização, sendo somente encontrado 12 casos relatados (KELSER; PILONI, 2002).

A respeito dos exames de imagens, no ponto de vista radiográfico, essas lesões podem apresentarem-se uniloculares ou multiloculares de acordo com o seu tamanho. A maior parte exibe imagens radiolúcidas uniloculares bem definidas associadas à coroa de um elemento dental (LOPES et al., 2004).

Histologicamente, o queratocisto apresenta uma cápsula cística composta por parede epitelial e parede de tecido conjuntivo fibroso com "cistos filhotes" ou cortes transversais da cápsula cística. O conteúdo cístico revela-se líquido na cor palha ou cremoso espesso e acinzentado, contendo queratina, cristais de colesterol e corpos hialinos (LOPES NETO et al., 2000).

O tratamento, através da descompressão e irrigação cística, promove uma desdiferenciação epitelial e perda do anticorpo citoceratina-10, em que o acompanhamento histológico e o imunohistoquímico irão determinar se essa alteração está associada à redução dos casos de recorrência, sendo utilizada como mais uma alternativa terapêutica para essas lesões (AUGUST et al., 2003).

Em grandes casos de queratocisto odontogênico, o tratamento menos invasivo atua com um dispositivo especial para que aconteça a redução do cisto, reforçando a fina cortical óssea, posteriormente é feita a enucleação e curetagem, para verificar

a regeneração óssea e evitar a recidiva do caso (ISRAEL; BRAGA; DIAS, 2004; JUNG; LEE; PARK, 2005; PAGOTTO et al., 2004). Alguns autores relataram que, a terapêutica dessa patologia com osteotomia periférica com ou sem o uso da solução de Carnoy na loja cirúrgica, por três minutos após a enucleação, diminui a taxa de recidiva assim como o uso adjunto da crioterapia (ISRAEL; BRAGA; DIAS, 2004; PAGOTTO et al., 2004).

A técnica cirúrgica que resulta na remoção incompleta do cisto é de dificuldade relevante, pelo fato de a cápsula ser fina e friável, a existência de perfuração das corticais ósseas e a aderência aos tecidos moles adjacentes resultam em um alto índice de recorrência, sugerindo que os queratocistos sejam classificados como uma neoplasia benigna, porém na classificação mais recente da Organização Mundial de Saúde, estas lesões são consideradas cistos de desenvolvimento, apresentando uma frequência de recidiva em torno de 5% a 62% (MARQUEs et al., 2006; PAGOTTO et al., 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Tumor Odontogênico Ceratocístico ou Queratocisto Odontogênico, foi incluído no grupo dos tumores odontogênicos pela OMS a partir de 2005. As lesões pequenas geralmente são assintomáticas, sendo diagnosticadas em exames radiográficos de rotina. As lesões grandes apresentam sintomatologia, como: 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.

O Cisto Queratocisto tem sua origem a partir dos remanescentes da lâmina dentária, compreendendo cerca de 10 a 12% de todos os cistos odontogênicos nos maxilares e 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. Frequentemente envolvem o 3º molar inferior, ângulo e ramo, mas podem atingir a região anterior da maxila. Quando as lesões são extensas na maxila, podem atingir todo seio maxilar.

Vários fatores são responsáveis pela alta taxa de recorrência, como a natureza friável do tecido conjuntivo circundante, a atividade proliferativa do epitélio e a persistência de restos epiteliais odontogênicos, mesmo após o tratamento instituído. As características do Cisto Queratocisto, aliadas à frequência com que esse ocorre, retarda o diagnóstico, limita o prognóstico e dificulta o tratamento. Além disso, estudos que abordam a entidade como tumor ainda são raros, dificultando o conhecimento acerca da sua frequência e prevalência no grupo dos tumores odontogênicos.

O tratamento dependerá de diversos aspectos, como idade do paciente e localização da lesão, sendo que a opção mais utilizada é a enucleação, seguida de tratamento coadjuvante. Os pacientes devem ser acompanhados durante um longo período de tempo, pois essa lesão pode apresentar altas taxas de recidiva. Devido ao alto poder de recorrência desse tumor, tem-se a necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico por, no mínimo, sete anos. Com isso, concluímos que seu diagnóstico necessita, mais do que nunca, da união dos achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos propriamente ditos, devido às diversas formas de tratamento, que ainda são bastante discutidas na literatura. A descompressão com posterior enucleação para cistos maiores pode ser uma boa alternativa. Crio-terapia e cauterização da cavidade óssea após a remoção do cisto são outras formas de tratamento.

REFERÊNCIAS

ALI, M.; BAUGHMAN, R. A. Maxillary odontogenic keratocyst: a common and serious clinical misdiagnosis. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v.134, n.7, p.877-883, 2003.

AMORIM, R.F.; GODOY, G.P.; FIGUEIREDO, C.R.; PINTO, L. P. Ceratocisto odontogênico: estudo epidemiológico de 26 casos. **Revista odonto ciência**, v.18, n.39, p.23-30, 2003.

ARAÚJO, F.S.; REZENDE, M.N.; PEREIRA, P.S.S. Queratocisto: tratamento conservador e apresentação de dois casos clínicos. **Revista de cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**, v.4, n.1, p. 22-28, 2007.

AUGUST, M.; FAQUIN, W.C.; TROULIS, M.J.; KABAN, L. B. Dedifferentiation of odontogenic keratocyst epithelium after cyst decompression. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, Philadelphia, v.61, n. 6, p.678-683, 2003.

AULUCK, A.; SUHAS, S.; PAI, K. M. Multiple odontogenic keratocysts: report of a case. **Journal of the Canadian Dental Association**, v.72, n.7. p.34-35, 2006.

BOYNE, P.J.; HOU, D.; MORETTA, C.; PRITCHARD, T. The multifocal nature of odontogenic keratocysts. **Journal of the California Dental Association**, Sacramento Ca, v.33, n.12, p.961-965, 2005.

CAMPOS, G.J.L.; GOMES, P.F.S.; SOBRAL, A.P.V. Alterações morfológicas decorrentes do processo inflamatório no epitélio de queratocisto. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v. 4, n.3, 2005.

FREITAS, A.; TORRES, F. A. **Radiografias panorâmicas**. In: Freitas, A.; Rosa, J. E.; Souza, I. F. Radiologia Odontológica. 5 ed, São Paulo: Artes Médicas, 2000. 748p. p. 199-224.

GORDEEFF, M.; CLERGEAU-GUERITHAULT, S. Expression of certain cytokeratins in the epithelium of dentigerous and primordial cysts. **Journal de biologie buccale**, Paris, v.18, n.1, p.59-67, 1990.

GORLIN, R.J. **Cistos dos Maxilares, Soalho Bucal e Pescoço**. Monografia para o 1º Congresso e XIX Jornada Brasileira de Estomatologia, Bauru, 1993.

HAUER, A. Ein Cholesteatom im linken Unterkiefer unter einem retinierten Weisheitszahn. **Zeitschrift fur Stomatologie**, v.24, n.1, p. 40-59, 1926.

HEIKINHEIMO, K.; JEE, K.J.; MORGAN, P.R.; NAGY, B.; KNUUTILA, S.; LEIVO, I. Genetic changes in sporadic keratocystic odontogenic tumors (odontogenic keratocysts). **Journal of dental research**, Chicago, v.86, n.6, p.544-549, 2007.

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

JORDAN, R.C. Histology and ultrastructural features of the odontogenic keratocyst. **Oral and maxillofacial surgery clinics of North America**, Philadelphia, v.15, n.3, p.325-326, 2003.

JUNG Y-S, LEE S-H, PARK H-S. Decompression of large odontogenic keratocysts of the mandible. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, Philadelphia, v.63, n.2, p.67-71, 2005.

KELSER, A.; PILONI, M. J. Queratoquiste odontogénico com transformación carcinomatosa. Apresentação de um caso. **Medicina Oral**, v.7, p. 331-335, 2002.

KOLOKYTHAS, A.; FERNANDES, R.P.; PAZOKI, A.; ORD, R. A. Odontogenic keratocyst: to decompressor not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, Philadelphia, v. 65, n.4, p. 640-644, 2007.

KRAMER, R. H. Changing views on oral disease. **Proceedings of the Royal Society of Medicine**, London, v.67,n.4, p. 271 - 276, 1974.

LEAL, C.M.; CARVALHO, S. L. **Ceratocisto odontogênico** [monografia de especialização]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

LOPES NETO, F.C.; AGOSTINHO, R.M.; CRUZ, F.M.; CARRARA, C.M.S. Queratocisto odontogênico: relato de caso clínico. **HB Científica**, v.7, n.3, p.175-82, 2000.

LOPES, M.W.F.; SOUZA, G.F.M.; CARVALHO, E.J.A.; GONDOLA, A. O. Aspectos clínico-morfológicos do queratocisto odontogênico: relato de caso. **Revista Odontologia Clínico-Científica**, v.3, n.1, p. 61-66, 2004.

MADRAS, J.; LAPOINTE, H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. **Journal of the Canadian Dental Association**, Ottawa, v.74, n.2, p.35-36, 2008.

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

MENDONÇA, J.C.G.; SANTOS, A.A.; LOPES, H. B. Hemimaxilectomia associada à crioterapia no tratamento de ameloblastoma: relato de caso. **Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial**, v.14, n.1, p. 63-66, 2011.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J. E. In:_____. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,1998. cap.15,p.485-490.

OLIVEIRA, M.G.; LAUXEN, I.D.; SANT'ANA FILHO, M. P53 protein reactivity in odontogenic lesions: an immunohistochemical study. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v.46, n.2, p.31-35, 2005.

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

PARRISH, K.L.; KREUTZIGER, K. L. Cysts of the mandible and maxilla. **The Journal of the Louisiana State Medical Society: official organ of the Louisiana State Medical Society**, New Orleans, v.144, n.6, p.241-245, 1992.

PITAK-ARNNOP, P.; CHAINE, A.; OPREAN, N.; DHANUTHAI, K.; BERTRAND, J. C.; BERTOLUS, C. Management of odontogenic keratocysts of the jaws: A ten- year

experience with 120 consecutive lesions. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, Stuttgart, v. 38, n.5, p. 358-364, 2010.

PRESTON, R.D.; NARAYNA, N. Peripheral odontogenickeratocyst. **Journal of periodontology**, Chicago, v. 76, n.12, p.2312-2315, 2005.

SILVEIRA, E.J.; GALVÃO, H.C.; MEDEIROS, A.M.; SOUZA, L.B.; SILVA, M. A. Ceratocisto odontogênico com áreas displásicas: um neoplasma ou uma lesão?-Relato de caso. **Revista Paulista Odontologia**, v.27, n.2, p.24-27, 2005.

VARINAUSKAS, V.; GERVICKAS, A.; ROŽNOVA, O. Analysis of odontogenic cysts of the jaws. **Medicina**, Kaunas, v.42, n.3, p.201-207, 2006.

WALDRON, C. A. Cistos e tumores odontogênicos. In: NEVILLE, W.B.; DAMM, D.D.; ALLEN, M.C.; BOUQUOT, E.J (Ed). **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998, p.518-520.

WRIGHT, J.M.; VERED, M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. **Head and neck pathology**, Secaucus, v.11, n.1, p.68-77, 2017.

ZECHA, J.A.; MENDES, R.A.; LINDEBOOM, V.B.; VAN DER WAAL, I. Recurrence rate of keratocystic odontogenic tumor after conservative surgical treatment without adjunctive therapies – A 35-year single institution experience. **Oral Oncology**, Oxford, v.46, n.10, p.740-742, 2010.