

**CISTO ODONTOGÊNICO CERATINIZADO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

*Manoel Sant'Ana Filho**
*J.J. Barbachan**
Prof. Orientador

* Professores de Patologia Geral e Buco-Dental da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SANT'ANA FILHO, Manoel. Cisto odontogênico ceratinizado — Diagnóstico e tratamento. *Revista da Faculdade de Odontologia*. Porto Alegre, 26: 75-84, 1984.

DESCRITORES

- Cistos odontogênicos
- Cisto primordial

RESUMO

Apresenta-se uma análise da literatura sobre o diagnóstico e tratamento do Cisto Odontogênico Ceratinizado e os resultados obtidos na casuística disponível. Uma amostra de dezesseis (16) pacientes, obtida no período entre janeiro de 1982 e junho de 1983, foi estudada e avaliada no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial dos Hospitais Universitário da PUCRS e Independência. Após a discussão dos resultados obtidos e avaliação das opiniões de vários autores, recomenda-se o estabelecimento do diagnóstico através do estudo histopatológico. O tratamento deve ser cirúrgico conservador com controle pós-operatório de pelo menos cinco (5) anos.

CISTO ODONTOGÊNICO CERATINIZADO — DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O objetivo deste trabalho é estudar as características principais do Cisto Odontogênico Ceratinizado, quanto a seus aspectos clínico, radiográfico e histopatológico, buscando o tratamento mais eficaz para esta patologia. Para tanto, foram estudados 16 pacientes diagnosticados e tratados no Serviço de Cirurgia e Traumatologia dos Hospitais Universitário da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Independência, no período de janeiro de 1982 a junho de 1983.

Segundo Philipsen⁴¹ e alguns autores, esta patologia é representada por qualquer lesão cística dos maxilares em que haja a formação de ceratina. É nesse ponto de vista, consoante com Pindborg e Kramer⁴³, Lucas³¹, Shear⁴⁷ e outros, que se trata de uma lesão distinta, com características próprias.

É nosso pensamento que esta lesão se desenvolve a partir de uma alteração cística do órgão de esmalte, antes do início de sua formação. O retículo estreado se desintegra, deixando um espaço cístico, circundado pelo epitélio interno e externo, que se transforma em estratificado escamoso, não havendo assim a formação do dente. Algumas vezes, porém, o dente pode estar presente, se o cisto se desenvolveu a partir de um germe de extranumerário, ou de remanescentes da lâmina dental daquele que se formou. Estes últimos, os remanescentes da lâmina dental, a nosso ver, represen-

tam papel importante na gênese da lesão, uma vez que sua presença, tanto quantitativa como qualitativamente, explicaria o desenvolvimento da patologia em idades mais avançadas, na qual a embriogênese dentária já se processou.

A hipótese de que o epitélio da cavidade bucal pode proliferar e dar origem à lesão é viável na medida em que todos os tecidos dentários se originam do epitélio da cavidade bucal primitiva.

Com relação ao aspecto clínico, concordamos com os achados da maioria dos autores (3,5,7,12,24,26,29,33,35,36,46,48 e 52) quando colocam que se localiza preferentemente, na mandíbula, região de terceiros molares, com pequena incidência preferencial pelo sexo masculino, manifestando-se em qualquer idade, com média na 3ª e 4ª décadas da vida. A raça branca foi a mais atingida. A expansão das corticais e/ou dor foram os sintomas mais freqüentemente identificados.

O índice de recidiva encontrado (31,25%) está dentro do relatado pelos autores (5,14,18,24,26,33,35,38,46,48 e 53). Acreditamos que se deva a presença das cavidades irregulares, a pouca espessura da cápsula, à natureza multilocular e localmente agressiva e à freqüente invaginação do epitélio no conjuntivo subjacente, o que dificultaria a remoção por inteiro da lesão. cremos, ainda, que a presença de maior ou menor quantidade de ilhas epiteliais e/ou microcistos não está relacionado com o potencial de recidiva.

Para o estabelecimento do diagnóstico definitivo, achamos que a biópsia incisional é o método mais eficaz e simples.

O aspecto radiográfico por nós

Resumo de dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

identificado era representado por uma lesão radiolúcida, oval ou esférica. Quando aumenta de volume torna-se multicística de contornos irregulares (fig. 1).

É nosso ponto de vista que esta lesão apresenta variados aspectos radiográficos sendo difícil sermos precisos, salvo naqueles casos que se apresenta com extensão para o ramo e apófise coronóide da mandíbula.

Em nossas observações o aspecto

microscópico, através do exame de todas as preparações, se apresentava basicamente o mesmo, isto é, a presença de tecido epitelial de poucas camadas de células (4 a 6), sem papilas, revestindo uma cavidade bastante irregular, contendo quantidades variáveis de ceratina. A cápsula fibrosa era de delgada espessura, as vezes contendo infiltrado de linfócitos e plasmócitos e piócitos devido a infecção secundária. Em alguns casos foi observada a presença de ilhas e cordões de epitélio e cistos filho. (fig. 2).

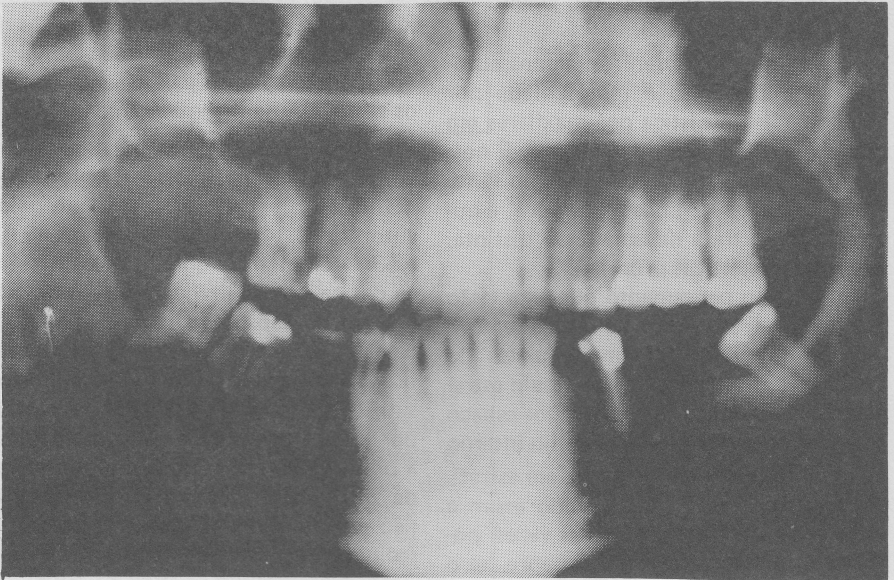


Fig. 1 – Aspecto radiográfico.



Fig. 2 – Aspecto Histopatológico com aumento aproximado de 100 x.

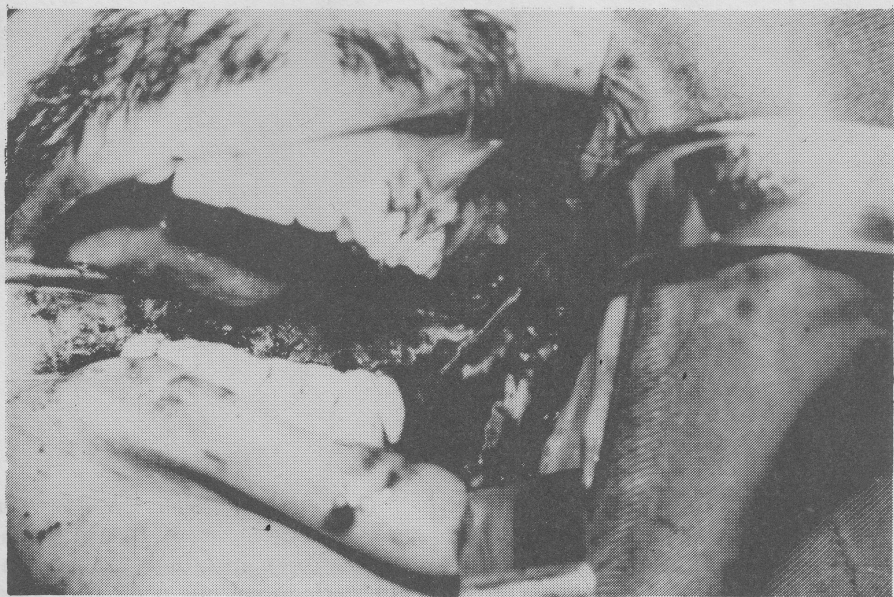


Fig. 3 – Acesso Cirúrgico intrabucal

Quanto ao tratamento, é cirúrgico conservador com eliminação cuidadosa de toda lesão. Para tanto, o acesso deve ser aquele que nos permitirá a melhor visualização de todo cisto preferindo, como primeira escolha o acesso intrabucal

(fig. 3). A osteotomia deve visar uma ampla identificação de toda extensão da patologia uma vez que acreditamos que se for removida por inteiro a cápsula, a possibilidade de recidiva diminui (fig.4).



Fig. 4 – Osteotomia – Acesso cirúrgico extrabucal

Somos contra qualquer tratamento radical, quando propõe a eliminação do osso adjacente nos casos de lesões multicísticas ou eliminação da mucosa próxima a lesão visto que esta apresenta restos epiteliais em toda sua extensão.

O controle pós-operatório deve ser no mínimo de 5 (cinco) anos, e realizado como rotina pelo cirurgião, pois foi neste período em que ocorreu recidiva (fig. 5 e 6).

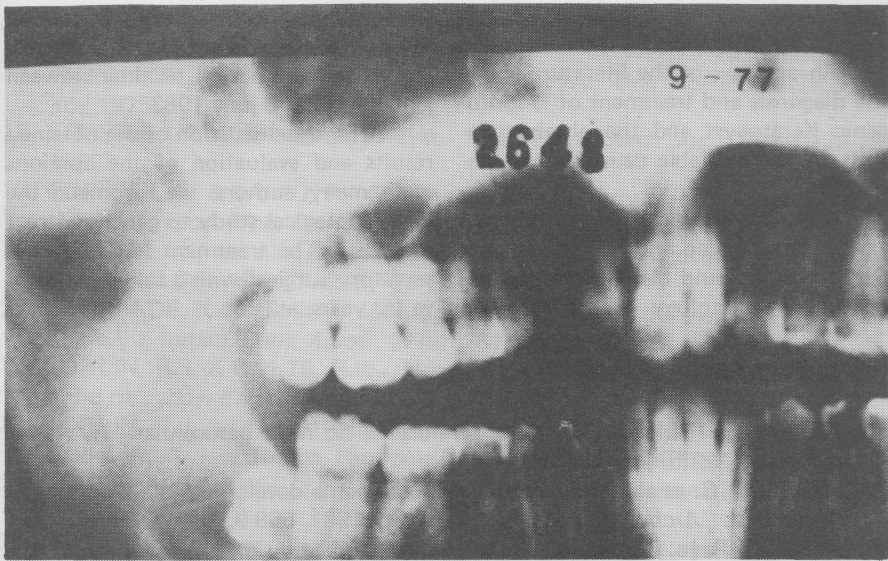


Fig. 5 – Aspecto radiográfico pré-operatório



Fig. 6 – Aspecto radiográfico fig. 5 com cinco anos de controle, mostrando aspecto radiográfico da recidiva.

SUMMARY

An analyses of the literature about the diagnosis and treatment of Odontogenic Keratocyst and the obtained results in the available causuistry is presented.

A sample group of sixteen (16) patients were studied and evaluated at the Service of Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology of the Pontifica

Universidade Catolica do Rio Grande do Sul and Independencia Hospital, collected during the period of time between january 1982 to june 1983.

After the discussion of the obtained results and evaluation of the opinions from many authors, we recomend the histopatological study to get the correct diagnosis. The treatment must be conservatory surgical with a follow-up of five (5) years, at least.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANDRADE FILHO, J.S. et alii. Síndrome do nevo basocelular. *R. Assoc. Med. Bras.*, 22(6) jun. 1976.
02. ARREN, R.G. et alii. Squamous cell carcinoma developing in a Odontogenic Keratocyst. *Arch Otorryngol*, vol. 107, sep. 1981, 568-9.
03. BARROS, R. In: CENTENO, G.A.R. *Cirurgia Bucal*. 8.ed. Buenos Aires, Ate-neo, 1979.
04. BECKER, M.H. et alii. Basal cell nevus syndrome; it's roentgenologic significance. *Am. J. Roentgenol*. 1967.
05. BORELLO, E.D. Queratoquistes. *Trib. Odontol.*, 60(10-2): 226-46, oct./dec. 1976.
06. BRAMLEY, P. The Odontogenic Keratocyst; an aproach to treatment. *Int. J. Oral Surg.*, 3(5): 337-41, 1974.
07. BRANNON, R.B. The Odontogenic Keratocyst. *Oral Surg.*, 42(1): 54-72, july, 1976.
08. BROWNE, R.M. The Odontogenic Keratocyst; clinical aspects. *Br. Dent. J.*, 225: 231, 1970.
09. . The Odontogenic Keratocyst; histological features and their correlation with clinical behavior, *Br. Dent. J.*, 249-59, 1971.
10. DANFORTH, P. & BAUGHMANN, R. Chevit's organ; a potencial pitfall in cancer diagnosis. *Oral Surg.*, 48(3): 231-6, sept. 1979.
11. DONATSKY, O. & HJORTING, H.E. Recurrence of Odontogenic Keratocyst in 13 patients with the nevoid basal cells carcinoma syndrome. *Int. J. Oral Surg.*, 9(3): 173-9, 1980.
12. EBLING, H. *Cistos e tumores ontogénicos*. 3.ed. Porto Alegre, UFRGS, McGraw-Hill, 1977. p.161-8.
13. EBLING, H. et alii. Cisto ceratinizado. *Arq. Centro Estudos Fac. Odontol*. (8): 107-13, 1971.
14. EVERSOLE, L.R. et alii. Agressive growth and neoplastic potencial of ontogenic cysts. *Cancer*, 35: 270-82, 1975.
15. FAY, J.T. Bilocular Ontogenic Keratocyst. *Oral Surg., oral Med., oral Pathol.*, 45(4): 656, apr. 1978.
16. FIGUEIREDO, H.S. & SANTOS, S.M. Estudo comparativo de cistos ceratini-

- zados e mineralizantes e alguns neoplastos odontogênicos. *Arq. Cent. Est. Cur. Odont.* 15(1-2):35-51, jan/dec. 1978.
17. FIREMANN, S.M. The odontogenic Keratocyst. *Oral Health*, 65(7): 12-4, July 1975.
 18. FORSSEL, K. The primordial cyst. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 76(3): 129-75, 1980.
 19. FORSSEL, K. & SANIO, P. Clinicopathological study of keratinized cysts of the Jaws. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 75(3): 36-45, 1979.
 20. FORSSEL, K. et alii. Microcysts and epithelial islands in primordial cysts. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 75(5-6): 99-102, 1979.
 21. GHORPADE, K.G. Solitary odontogenic keratocyst of the mandible; report of a case. *J. Indian. Dent. Assoc.*, 51(9): 281-3, sept. 1981.
 22. GORLIN, R.J. & GOLTS, R.W. Multiple basal cell ephithelioma, jaw cyst and byfid rib. *New Engl. J. Med.*, 262-308, 1960.
 23. GORLIN, R.J. & GOLDMANN, H. Quistes de los maxilares, suelo de la boca y cuello. In: . Thoma, Patologia Oral Barcelona, Salvat, 1973. p.499-501.
 24. GRYPE, A. & GRYPE, J.H. Isolated Odontogenic Keratocyst. *CMA Journal*, 117, dec. 17, 1977.
 25. GUSTERSON, B. et alii. Primary culture of a primordial cyst from a case of Gorlin's syndrome. *Br. J. Oral Surg.*, 17(124-34), 1979-80.
 26. HODGKINSON, D.J. et alii. Keratocyst of the jaws. *Cancer*, 41(3): 803-13, mar. 1978.
 27. ISBERG, H.A. Odontogenic Keratocyst-roentgenological aspects. *Dento Maxillo Facial Radiol.*, 6(1): 17-24, 1977.
 28. JENSEN, J.L. et alii. Epithelial islands associated with mandibular nerves. *Oral Surg.*, 48(3): 226-30, sept. 1979.
 29. KILLEY, H.C. & KAY, L.W. *Benign cystic lesions of the jaws*. Londres, J. Livingstone, 1966. p.86-93.
 30. KRAMER, I.R.H. & TOLLER, P.A. The use of exfoliative cytology and protein estimations in preoperative diagnosis of odontogenic keratocyst. *Int. J. Oral Surg.*, (2) 143-51, 1973.
 31. LECHIEN, P. et alii. Le cheratocisti odontogene; diagnosi e terapia chirurgical. *Dental Cadmos*, 49(6): 59-68, jun. 1981.
 32. . Le keratociste odontogenique aleas diagnostique et attitude chirurgicale. *Acta stomatol. Belg.*, 77(5): 295-302, 1980.
 33. LUCAS, R.B. *Pathology of tumours of the oral tissues*. 3.ed. Londres, C. Livingstone, 1976. p.358-65.
 34. MAGNUSSON, B.C. Odontogenic Keratocyst; a clinical and histological study with special reference to enzyme histochemistry. *J. Oral Pathol.*, 7(1): 8-18, Feb. 1978.
 35. MARTINEZ, M.A. et alii. Le keratoquist. Son incidance dans les kistes odontogenos des maxilares; etude anatomoclinique. *Acta Stomatol. Belg.*, 77(4): 265-76, 1980.
 36. McIVOR, J. The radiological features of odontogenic keratocyst. *Br. J. Oral Surg.*, 10(116-25), 1972.
 37. MORREILLON, M.C. & SCHROEDER, H.E. Numerical frequency of epithelial abnormalities, particulary microkeratocyst, in the developing human oral

- mucosa. *Oral Surg.*, 53(1): 44-55, jan. 1982.
38. PAYNE, T.F. An analysis of the clinical and histological parameters of the odontogenic keratocyst. *Ora. Surg.*, 33(538-46), jan/jun. 1972.
 39. PEEPLES, G. & SANDERS, B. Mandibular ramal odontogenic keratocyst involving the coronoid and condyle. *J. Oral Med.*, 34(3): 90-1, july/sept., 1979.
 40. PERSSON, G. Remarkable recurrence of a keratocyst in a bone graft. *Int. J. Oral Surg.*, 2: 69-76, 1973.
 41. PHILIPSEN, H.P. Om keratocyster (kolesteatomer) i kaeberne. *Tandloe gebladet*, 60: 963-9, 1956.
 42. PINDBORG, J.J. et alii. Studies on odontogenic cyst epithelium; keratinization in odontogenic cysts. In: FUNDAMENTALS of keratinization. Washington, 'American Association for the Advancement of Science, c1962. cap.9, p.151-60.
 43. PINDBORG, J.J. & KRAMER, I.R.H. *Histological typing of odontogenic tumours, jaws cysts and allied lesions*. Geneve, World Health Organization, 1971. p.39-40.
 44. RACHANIS, C.C. & SHEAR, M. Age-standardized incidence rates of primordial cyst (keratocyst) on the Witwatersrand. *Commun. dent. oral Epidemiol.*, 6(6): 296-9, nov. 1978.
 45. ROSER, S.M. & DAVES, J.S. An infiltrating odontogenic keratocyst; a clinical pathological corelation. *J. Oral Med.*, 33(1): 28-30, jan./mar. 1978.
 46. SHAFFER et alii. *Patologia bucal*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. p. 215-7.
 47. SHEAR, M. *Cysts of the jaws*. Johannesburg, J. Wright, 1976. p.4-25.
 48. SHEAR, M. & ALTINI, M. The possible inductive role of the ectomesenchyme in the pathogenesis of some odontogenic lesions. *J. Dent. Assoc. S. Afr.*, 31 (12): 649-54, 1976.
 49. SMERILLI, A.L. et alii. Queratoquistes; obtencion experimental a partir de la bolsa facial del hamster. *R. Assoc. Odontol. Argent.*, 69(7): 387-9, sept./oct. 1981.
 50. STOELINGA, P.J.N. et alii. A note on the origin of keratocyst of the jaws. *Int. J. Oral Surg.*, 2: 37-44, 1973.
 51. VALLE, J.C. & YÜRCEL, L.S. Cisto odontogênico ceratinizado. *R. Bras. Oto-Rino-Laringol.*, 37(3): 275-80, 1971.
 52. VEDTOFTE, P. et alii. Recurrence of odontogenic keratocyst in relation to clinical and histological features. *Int. J. Oral Surg.*, 8: 412-20, 1979. .
 53. VOORSMITT, R.A. et alii. The management of keratocyst. *J. Maxillo Facial Surg.*, 9(4): 228-36, nov. 1981.
 54. WILSON, D.F. & ROSS, A.S. Ultrastructure of odontogenic keratocyst. *Oral Surg.*, 45(6): 887-93, jun. 1978.
 55. WRIGHT, J.M. The odontogenic keratocyst; orthokeratinized variant. *Oral Surg.*, 51(6): 609-18, jun. 1981.