

QUERATOQUISTO ODONTOGÉNICO: VARIANTE PARAQUERATINIZANTE CASO CLÍNICO

NUNO BRAZ DE OLIVEIRA*; ROQUE BRAZ DE OLIVEIRA**;
HAROLDO MENEZES***; MIGUEL MARQUES****; ANTÓNIO FELINO*****

RESUMO

O queratoquisto odontogénico é reconhecido e classificado como uma entidade distinta dos outros tipos de quisto ósseo com base na sua histopatologia característica e comportamento clínico.

O presente caso clínico tem como objectivo realçar a importância da ortopantomografia como exame radiográfico de rotina, bem como a importância do exame anatomopatológico para determinar a variante de queratoquisto odontogénico.

Palavras-chave: *Queratoquisto; Quisto Odontogénico*

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is known and classified as a distinct entity from other types of osseous cysts due to its characteristic histopathological and clinical behavior.

The present clinic report intends to enhance the importance of the panoramic radiograph as a routine exam, and also the importance of the histopathologic exam to determine the variant of the odontogenic keratocyst.

Key-words: keratocyst; odontogenic cyst.

INTRODUÇÃO

Em 1956 o termo “queratoquisto odontogénico” foi introduzido para designar qualquer quisto maxilar que contivesse queratina.^(1,2,3,4)

O queratoquisto odontogénico criou uma grande polémica na sua classificação, bem como na sua relação com o quisto primordial que surge no local de um dente, resultando da degeneração quística do órgão de esmalte. Subsequentemente demonstrou-se que os quistos primordiais eram microscopicamente na sua maior parte queratoquistos odontogénicos.

Gerou-se alguma confusão porque outros

quistos odontogénicos, incluindo o dentígero, radicular e residual, ocasionalmente, contêm células queratinizadas.^(1,5)

No entanto, o queratoquisto odontogénico mostrou ser uma entidade distinta devido ao seu comportamento clínico e histologia específica.^(5,6)

ETIOPATOGENIA

O queratoquisto odontogénico resulta da degeneração quística da lâmina dentária ou dos seus remanescentes.^(1,7)

EPIDEMIOLOGIA

Este quisto representa 11,2% de todos os quistos maxilares e surge com maior frequência na 2ª-3ª e 5ª décadas, com ligeira predilecção em relação ao sexo masculino, sendo a diferença mais pronunciada nos negróides (5:1), contudo é mais frequente em indivíduos

* Médico Dentista. Pós-graduado em Ortodontia pela New York University - College of Dentistry.

** Médico Dentista. Pós-graduado em Próstodontia pela New York University - College of Dentistry.

*** Médico Dentista.

**** Médico Dentista. Monitor de Medicina Oral na FMDUL.

***** Médico Dentista. Professor Catedrático de Cirurgia Oral (FMDUP).

caucasianos do que em negróides (3:1).⁽¹⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Geralmente é assintomático, ocasionalmente provoca expansão e perfuração das corticais ósseas. À palpação apresenta uma flutuação mais firme do que geralmente os quistos ósseos que perfuram as corticais ósseas apresentam, porque o lúmen do queratoquisto está preenchido com queratina de consistência pastosa. Por esta mesma razão deve utilizar-se agulhas de maior diâmetro para aspirar o conteúdo quístico, uma vez que o lúmen está preenchido por uma substância amarelada caseosa e espessa.⁽⁶⁾

Afecta principalmente a mandíbula (65%) na porção posterior do corpo e na região do ramo ascendente. No maxilar superior a região do 3º molar é a mais frequentemente envolvida, seguindo-se a área do canino.⁽⁵⁾

O queratoquisto difere dos outros quistos ósseos na medida em que apresenta uma recorrência elevada.^(2,6)

Ocasionalmente surgem recorrências 41 anos após a cirurgia.⁽²⁾ As taxas de recorrência mais elevadas são detectadas em indivíduos com a síndrome de Gorlin-Goltz, nos quistos multiloculares, quando existe perfuração das tábuas ósseas, quando o quisto é excisado em várias peças e quando existe fistulização de origem infecciosa.^(1,6)

A taxa de recorrência tem sido alta de 10% a 62% nos queratoquistos paraqueratinizados, enquanto nos ortoqueratinizados a recorrência varia de 2,2% a 8,3%.^(2,4)

As recorrências tornam-se clinicamente evidentes, mais frequentemente, nos primeiros 5 anos pós cirurgia. Logo o seguimento destes pacientes é imperativo.^(1,2,5,8)

Além do potencial de recorrência existe também a possibilidade de transformação neoplásica, se bem que rara.^(4,5,9,10)

IMAGIOLOGIA

O queratoquisto odontogénico caracteriza-se pela presença de uma grande lesão radiolúcida uni ou multiloculada, bem delimitada por osteogénese reacional com margens lobuladas.⁽¹¹⁾ Esta característica de margens lobuladas

provavelmente representa uma actividade desigual de crescimento em diferentes partes do quisto.^(1,4)

A maioria dos queratoquistos odontogénicos são uniloculares e cerca de 40% encontram-se relacionados com um dente incluso.^(1,5,12)

HISTOPATOLOGIA

Existem 2 tipos de queratoquisto: 1) paraqueratinizante e 2) ortoqueratinizante. O tipo paraqueratinizante é agressivo enquanto que o tipo ortoqueratinizante apresenta um comportamento clínico semelhante ao dos outros quistos maxilares.^(2,5,6,12)

O exame microscópico do queratoquisto odontogénico paraqueratinizante (80-83% dos casos) apresenta uma imagem característica.^(4,9,12) O lúmen está frequentemente preenchido por queratina produzida pelo epitélio de recobrimento que tem um aspecto distinto do típico epitélio estratificado pavimentoso queratinizante, sendo característico deste quisto. A parede quística é geralmente fina com recobrimento epitelial igualmente fino e deficiente em papilas epiteliais. As células basais são cilíndricas ou cubóides e estão dispostas em paliçada. A orientação do núcleo afastado da membrana basal é particularmente importante no diagnóstico diferencial do queratoquisto com outros quistos queratinizantes dos maxilares. O estrato córneo pode apresentar um aspecto atípico, e os queratinócitos retêm os seus núcleos, consequentemente a queratinização é predominantemente do tipo paraqueratósica.^(1,6,12)

Uma proliferação da camada basal é frequentemente observada nos queratoquistos, e podem estar presentes microquistos na parede quística.^(5,6)

A variante ortoqueratinizante (10-13% dos casos) é uma entidade clínico-patológica distinta, descrita por Wright (1981). Apresenta ao exame microscópico uma camada epitelial fina e uniforme ortoqueratinizada e uma camada de células granulosas logo abaixo da camada de queratina.^(2,3,9) As células basais são geralmente cubóides e pavimentosas.⁽³⁾ As características clínicas, descritas por Wright, desta entidade são: 1) surge como um quisto único, 2)

predilecção pelo sexo masculino ^(3,2:1); 3) mais frequente da 2^a-5^a décadas; 4) surge frequentemente como um quisto dentífero na região posterior da mandíbula (72%); 5) apresenta baixa agressividade ao exame clínico.^(3,5,6)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial de uma lesão radiolúcida unilocular extensa na região do ramo montante da mandíbula inclui, entre outros, o ameloblastoma e o quisto dentífero.

O ameloblastoma surge mais frequentemente entre a 4^a-5^a décadas de vida.

O quisto dentífero é geralmente de menor dimensão e não apresenta tendência para a perfuração das corticais ósseas.

CASO CLÍNICO

O presente caso clínico, diz respeito a uma doente do sexo feminino com 18 anos, raça caucasiana, que se apresentou à consulta sem sintomatologia e nos exames radiográficos, ortopantomografia e teleradiografia, detectou-se uma lesão radiotransparente unilocular oval relacionada com a coroa do dente 48 e que ocupava a metade anterior de todo o ramo mandibular direito à frente do canal do nervo dentário inferior, com as seguintes dimensões 2cm de largura e 5 cm de altura.

Clinicamente a paciente apresentava-se sem alterações aparentes, bem como nas análises clínicas de rotina requisitas não se encontrou qualquer desvio significativo da normalidade.



Fig. 1. Corte para-sagital de TAC revelando a perfuração anterior da cortical óssea.

Foi requisitado um TAC onde se detectou uma aparente solução de continuidade na parede antero-superior da cavidade quística,

bem como uma ligeira expansão do ramo ascendente (Figura 1).

Efectuou-se uma abordagem transoral com incisão sobre o bordo anterior do ramo ascendente e descolando um retalho mucoperiósteo amplo, permitindo a exérese da lesão e extracção da peça dentária 48, bem como a posterior curetagem de toda a loca óssea (Figura 2). Fez-se uma sutura simples que foi removida 7 dias após a intervenção.



Fig. 2. Peça operatória enviada para exame anatomopatológico.

A peça operatória foi enviada para exame anatomopatológico cujo o diagnóstico foi de queratoquisto odontogénico variante paraqueratinizante, confirmando-se assim o diagnóstico prévio (Figura 3).

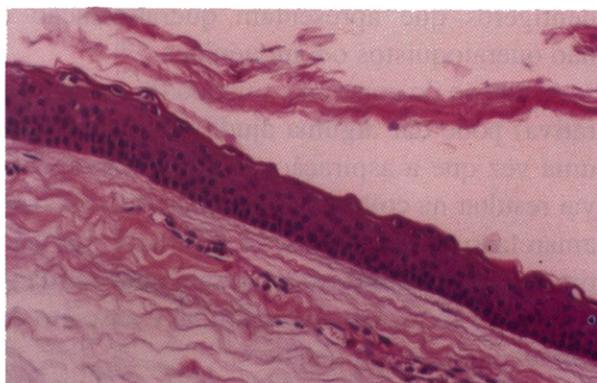


Fig. 3. Imagem histopatológica da peça operatória enviada para análise.

No exame radiográfico de controlo (ortopantomografia) efectuado aos 24 meses, observa-se um preenchimento progressivo por osso neoformado da loca óssea (Figura 4).



Fig 4. Ortopantomografia de controlo aos 24 meses revelando preenchimento ósseo da região intervencionada.

DISCUSSÃO

O queratoquisto pode desenvolver-se associado a um dente ocorrendo a fusão entre o folículo dentário e o queratoquisto. Esta entidade foi denominada de quisto primordial folicular, caracterizando-se por um aspecto histológico de queratoquisto e imagem radiológica compatível com quisto dentífero. Supõe-se que existe “erupção” dentária para o interior de uma cavidade de queratoquisto pré-existente.^(1,11,12)

A frequente associação entre o queratoquisto ortoqueratinizante e a coroa de dentes não erupcionados e a relativa menor agressividade de alguns destes quistos pode estar relacionado com o facto de na verdade se tratar de quistos dentíferos que apresentam queratinização e não queratoquistos odontogénicos.^(1,12)

A punção do conteúdo quístico (biópsia aspirativa) pode dar alguma ajuda no diagnóstico, uma vez que a aspiração de um queratoquisto vai resultar na colheita de um material caseoso, amarelado e espesso. Se a aspiração for não produtiva, podemos estar perante uma entidade sólida. Se surgir um fluido âmbar é suspeito de um ameloblastoma quístico.⁽⁶⁾

A avaliação do conteúdo proteico do fluido quístico (<4g/100ml) pode auxiliar de forma significativa o diagnóstico na ausência de alterações inflamatórias.^(1,13)

Os resultados imunohistoquímicos da identificação selectiva da citoqueratina-10 é também uma opção viável no processo de diagnóstico diferencial.⁽¹⁴⁾

Recentemente foram identificadas algumas

citocinas IL-1 α , IL-6 e gelatinases que permitem um diagnóstico diferencial entre o queratoquisto odontogénico e o ameloblastoma, através da sua quantificação no fluido quístico.⁽¹⁵⁾

Nos queratoquistos está indicada a excisão cirúrgica e curetagem óssea periférica associada ou não a ostectomia periférica. Dando-se particular ênfase à excisão completa e se possível sem fragmentação.^(4,8,9,16)

A justificação para a elevada taxa de recorrência permanece desconhecida, contudo pode estar relacionada com a fragilidade da fina parede conjuntiva do quisto que leve a uma excisão incompleta, pode também relacionar-se com remanescentes da lâmina dentária ou quistos satélite da parede capsular conjuntiva que por vezes sofre rotura e é incompletamente removida.^(1,4,9) Em caso de dúvida acerca da excisão completa da parede capsular pode estar indicada a ostectomia periférica.^(9,17)

Há também quem sugira que as células da camada basal do epitélio que recobre o quisto tem potencial para degeneração quística e como tal aconselham a sua remoção.^(1,5,6,12,13)

Uma outra abordagem possível com melhores resultados em termos de recorrências é a enucleação do quisto acompanhada de remoção da mucosa de recobrimento e a aplicação de solução de Carnoy (álcool absoluto 6ml, clorofórmio 3ml, ácido acético glacial 1ml, cloreto férrico 1g) nas paredes da cavidade quística.^(8,18)

As abordagens cirúrgicas radicais podem estar indicadas em casos de transformação neoplásica ou recidivas de impossível abordagem conservadora.⁽⁹⁾

CONCLUSÃO

O presente caso clínico mostra a importância crucial da ortopantomografia e TAC como exame auxiliar de diagnóstico de rotina.

O diagnóstico anatomopatológico revela-se também de enorme importância para o prognóstico dos queratoquistos odontogénicos ortoqueratinizantes versus paraqueratinizantes.

O tratamento consistiu na enucleação cirúrgica com curetagem óssea periférica com abordagem transoral, sendo o seguimento da paci-

ente um requisito imperativo.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à Professora Doutora Leonor David, ao Professor Doutor Jorge Leitão, ao Drº Arlindo Almeida, ao Drº António Pedro e ao Drº Diogo Líbano Monteiro.

BIBLIOGRAFIA

1. Shear M. Cysts of the Oral Regions. 3rd ed. Cambridge: Butterworth-Heinemann, 1992.
2. Crowley TE, Kaugars GE, Gunsolley JS. Odontogenic Keratocyst: A clinical and histologic comparison of the parakeratin and orthokeratin variants. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 22-26.
3. Wright JM. The odontogenic Keratocyst: Orthokeratinized variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981; 51: 609-618.
4. Gil JN, Rau LH, Domingues AM, Abreu JP. Ceratocisto Odontogénico contribuição para o diagnóstico e tratamento. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 1999; 40 (2): 107-112.
5. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology clinical pathologic correlations. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1999.
6. Wood NK, Goaz PW. Diferencial Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5th ed. St Louis: Mosby, 1997.
7. Barreto DC, Gomez RS, Bale AE, Boson WL, De Marco L. PTCH gene mutations in odontogenic keratocysts. *J Dent Res* 2000; 79 (6): 1418-1422.
8. Blanas N, Freund B, Schwartz M, Furst IM. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90 (5): 553-8.
9. Meiselman F. Surgical Management of the odontogenic Keratocyst: Conservative approach. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 960-963.
10. Makowski GJ, McGuff S, Van Sickels JE. Squamous cell carcinoma in a maxillary odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59 (1): 76-80.
11. Tsukamoto G, Sasaki A, Akiyama T, Ishikawa T, Kishimoto K, Nishiyama A, Matsumura T. A radiologic analysis of dentigerous cysts and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91 (6): 743-7.
12. Shear M. Cyst of the jaws: Recent Advances. *J Oral Pathol* 1985; 14: 43-59.
13. Stoelinga PJ. Long-term follow-up on keratocysts treated according to a defined protocol. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30 (1): 14-25.
14. August M, Faquin WC, Troulis M, Kaban L. Differentiation of odontogenic keratocysts from nonkeratinizing cysts by use of fine needle aspiration biopsy and cytokeratin-10 staining. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 935-40.
15. Kubota Y, Nitta S, Oka S, Nakagawa S, Ninomiya T, Shirasuna K. Discrimination of ameloblastomas from odontogenic keratocysts by cytokine levels and gelatinase species of the intracystic fluids. *J Oral Pathol Med* 2001; 30 (7): 421-7.
16. Ezsias A. Longitudinal in vivo observations on odontogenic keratocyst over a period of 4 years. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30 (1): 80-2.
17. Myoung H, Hong SP, Hong SD, Lee JI, Lim CY, Choung PH, Lee JH, Choi JY, Seo BM, Kim MJ. Odontogenic keratocyst: Review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91 (3): 328-33.
18. Schmidt BL, Pogrel MA. The use of enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the management of odontogenic keratocysts. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59 (7): 720-5.