

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS
FACSETE - GRUPO CIODONTO

ÉVELIN BIALESKI

CERATOCISTO ODONTOGENICO: RALATO DE CASO

CURITIBA

2019

ÉVELIN BIALESKI

CERATOCISTO ODONTOGENICO: RELATO DE CASO

Monografia apresentada como
requisito parcial para conclusão
do Curso de Especialização
em Endodontia.

Área de atuação:
Endodontia.

Orientadora:
Dra. Estela Marta Doffo Winocur

CURITIBA

2019

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a professora e orientadora Estela Marta Doffo Winocur por seus ensinamentos e incentivos durante a realização deste trabalho, tornando possível a conclusão da monografia.

Ao professor Luiz Gonzaga Cavalcanti Neto por todo ensinamento e conselhos.

À Professora Graziela Chiquin por sua dedicação, paciência e amizade.

Aos meus colegas de curso, Waldinez, Julio, Solange e Vinícius pela amizade e companheirismo, de quem sempre vou lembrar com muito carinho.

À Elisângela Cristina Miranda pela amizade e auxílio em todos os momentos.

RESUMO

O ceratocisto odontogênico tem sua etiologia relacionada com remanescentes epiteliais da lamina dentária, podendo ocorrer em qualquer época da vida. Grande parte dos cistos são descobertos apenas durante exames radiográficos rotineiros, pois geralmente são indolores. No presente estudo, é relatado um caso de um paciente 20 de anos de idade que possuía um ceratocisto odontogênico na região anterior da maxila, associado às raízes dos elementos 22 e 23 e que se apresentava em contato com estruturas anatômicas importantes dessa região, como o seio maxilar e a fossa nasal. O tratamento proposto então foi a marsupialização e enucleação com curetagem do mesmo, sob anestesia local. Concluiu-se que a marsupialização e a enucleação, como terapêuticas de primeira escolha, em conformidade com diversos autores, são uma alternativa para o tratamento destas lesões, porém ainda com recidiva.

Palavras-chave: Cisto Periapical. Ceratocisto. Diagnostico Diferencial

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst has its etiology related to epithelial remnants of the dental lamina, and can occur at any time of life. Most cysts are discovered only during routine radiographic examinations, since they are usually painless. In the present study, a case of a 20-year-old patient who had an odontogenic keratocyst in the anterior region of the maxilla, associated with the roots of elements 22 and 23, was reported and presented in contact with important anatomical structures of this region, such as maxillary sinus and nasal fossa. The proposed treatment was then marsupialization and enucleation with curettage of the same, under local anesthesia. It was concluded that marsupialization and enucleation, as therapeutics of first choice, according to several authors, are an alternative for the treatment of these lesions, but still with relapse.

Key words: Periapical Cyst. Karyatocyst. Differential Diagnosis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
OBJETIVO	7
RELATO DE CASO CLÍNICO	8
REVISÃO DE LITERATURA	12
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO	28

INTRODUÇÃO

O ceratocisto odontogênico (CO), conhecido anteriormente como tumor odontogênico ceratocístico, em 2017 foi reclassificado como cisto pela Organização Mundial da Saúde, é um cisto odontogênico de desenvolvimento relativamente raro, sua etiologia está relacionada com remanescentes epiteliais da lâmina dentária (DANDENA et al., 2017).

Essa lesão pode ocorrer em qualquer época da vida, porém possui dois picos de incidência, um entre 25 e 34 anos e outro entre 55 e 64 anos de idade, com predileção pelo sexo masculino. Tanto a maxila quanto a mandíbula podem ser envolvidas, mas ocorrem com mais frequência na mandíbula. Grande parte dos COs são descobertos apenas durante exames radiográficos rotineiros, pois geralmente são indolores (SILVA et al., 2018). Em lesões extensas, pode haver tumefação, mobilidade e deslocamento dentário, e o dente de origem não responde ao teste pulpar térmico ou elétrico (MENDONÇA et al., 2017).

Após o exame histopatológico o tratamento dos cistos radiculares (> 3 cm) de grandes proporções consiste da aplicação da técnica de marsupialização e enucleação (KAUKE et al., 2017; SILVA et al., 2018) .

OBJETIVO

Tendo em vista a importância do adequado diagnóstico e tratamento dos cistos radiculares de grandes proporções este trabalho tem por objetivo relatar e discutir um caso clínico de Ceratocisto Odontogênico em região anterior de maxila que apresentava grandes dimensões, abordando suas características clínico-patológicas e a terapia para esta lesão.

RELATO DE CASO CLÍNICO:

Paciente C.R.F.G., gênero masculino, 20 anos, melanoderma, compareceu a Clínica de especialização da Facsete, queixando-se de ter um “inchaço” na região anterior da maxila do lado esquerdo. Realizou-se exame clínico e foi solicitada uma tomografia. Ao exame físico extra-oral, constatou-se assimetria facial com aumento de volume na região anterior esquerda da maxila (figura 1). No exame clínico intra-oral, notou-se abaulamento das corticais vestibular e palatina da área, entre os dentes 22 e 23 (figura 2).

Ao exame de imagem, através de Tomografia Computadorizada de feixe cônico, observou-se uma imagem hipodensa, de forma ovalada, delimitada unicística entre as raízes dos elementos 22 e 23, com deslocamento das mesmas e expansão das corticais ósseas vestibular e lingual, com adelgaçamento das mesmas, medindo aproximadamente 23 mm x 18,5 mm, comprometendo o ápice do elemento 22 (figura 3 e 4 a,b).

Diante das evidências clínicas e radiográficas, houve a suspeita de ceratocisto odontogênico.

Foi feita a descompressão da lesão através da punção aspirativa com uma seringa de 10ml, para verificar a natureza e consistência do conteúdo da lesão intra-óssea. O conteúdo obtido da punção consistia num líquido turvo e de coloração amarelo citrino (Figura 5 a,b), sendo encaminhado para exame histopatológico para ser confirmado o tipo de lesão: ceratocisto odontogênico.

No suporte medicamentoso pré-operatório, a paciente foi submetida a uma dose profilática de Celestone (4 mg) 1 comprimido 30 minutos antes do procedimento e Amoxicilina (1 g) 1 hora antes do procedimento, objetivando prevenir qualquer tipo de infecção e minimizar a formação excessiva de edema pós-operatório, advindos da manipulação cruenta dos tecidos locais.

Procedeu-se então uma incisão intrabucal na região, utilizando-se o retalho de Newman modificado. Após o rebatimento do retalho de extensão total mucoperiosteal, notou-se a perda óssea vestibular tendo a lesão evidente na região (Figura 6). Realizado a enucleação da lesão, com curetagem (Figura 7). Houve a comunicação com o assoalho nasal.

Subsequentemente, o retalho mucoperiosteal foi reposicionado e suturado através de pontos interpapilares e pontos simples nas incisões oblíquas relaxantes (Figura 8). O procedimento cirúrgico transcorreu sem intercorrências. A medicação pós-operatória foi 500 mg de amoxicilina a cada 8 horas, durante 5 dias e 30 gotas de Anador a cada 6 horas. Radiografia periapical realizada após a cirurgia (Figura 9).

Aos 5 meses pós-operatório, foi realizado uma nova radiografia periapical digital onde observou-se a diminuição significativa da lesão com neoformação

óssea (Figura 10). A paciente permaneceu sob acompanhamento e uma nova radiografia foi obtida após 10 meses decorridos da cirurgia, onde foi observado uma recidiva da lesão (figura 11). Foi testada a vitalidade do elemento 22 após 10 meses pós-cirurgia e o elemento estava em processo de necrose pulpar, sem vitalidade, onde se procedeu ao tratamento endodôntico (Figura 12). E posterior a 12 meses da primeira cirurgia constatou-se aumento da lesão. Paciente retornou com edema na região anterior esquerda da maxila e abaulamento das corticais vestibular e palatina da área, entre os dentes 22 e 23 (Figura 13). Realizando assim, a segunda cirurgia para remoção da capsula cística, não tendo comunicação com o assoalho nasal. Radiografia periapical realizada após a segunda cirurgia (Figura 14). Paciente esta sendo acompanhado clinicamente e radiograficamente.



Figura 1 - exame extra-oral, assimetria facial com aumento de volume na região anterior esquerda da maxila



Figura 2 - exame intra-oral, abaulamento das corticais vestibular e palatina da área, entre os dentes 22 e 23

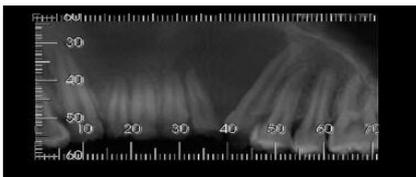


Figura 3 - tomografia computadorizada de feixe cônico, observou-se uma imagem hipodensa, de forma ovalada, delimitada unicística entre as raízes dos elementos 22 e 23.

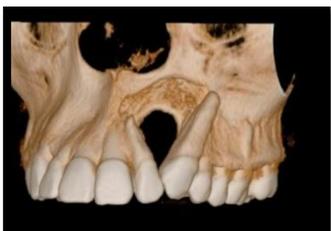


Figura 4(a) - expansão da cortical óssea vestibular.



Figura 4(b) - expansão da cortical óssea lingual.



Figura 5(a) - punção da lesão.

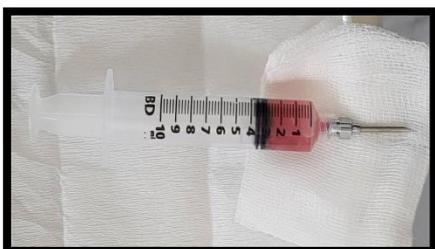


Figura 5(b) - líquido turvo e de coloração amarelo citrino.



Figura 6 - rebatimento do retalho de extensão total mucoperiosteal, mostrando perda óssea vestibular.



Figura 7 - enucleação da lesão, com curetagem.



Figura 8 - retalho mucoperiosteal reposicionado e suturado através de pontos interpapilares e pontos simples nas incisões oblíquas relaxantes.



Figura 9 – radiografia periapical realizada após primeira cirurgia.



Figura 10 – 5 meses pós-operatório observou-se a diminuição significativa da lesão com neoformação óssea.



Figura 11 – 10 meses pós-operatório observou-se uma recidiva da lesão.



Figura 12 – tratamento endodôntico elemento 22 realizado após necrose pulpar.



Figura 13 – abaulamento das corticais vestibular e palatina da área, entre os dentes 22 e 23.



Figura 14 – Radiografia periapical realizada após a segunda cirurgia.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Oliveira et al. (2005) os ceratocistos odontogênicos (CO) são tipicamente assintomáticos, podendo atingir tamanho considerável, uma vez que se desenvolvem num sentido ântero-posterior, dentro do osso esponjoso na cavidade medular. Os CO são pequenos comumente são assintomáticos, sendo descobertos somente durante exame radiográfico; os grandes podem causar dor, tumefação ou apresentar drenagem, mas também podem ser assintomáticos. Neste estudo foi avaliado um paciente masculino, 22 anos, que ao ser feito exame clínico, apresentava discreto aumento de volume na região posterior da maxila esquerda e dor localizada. Na tomografia, observou-se lesão cística insuflativa na região alveolar da maxila esquerda, de conteúdo líquido, com elevação e afilamento da parede do assoalho do seio maxilar do mesmo lado e sugestão de rompimento da tábua óssea junto ao elemento 28. Realizado a cirurgia com a remoção dos dentes extranumerários e dos terceiros molares e curetagem da lesão osteolítica. O diagnóstico histológico foi ceratocisto odontogênico. O resultado deste estudo sugere a existência de maior atividade proliferativa nas células epiteliais de ceratocisto odontogênico inflamado, que pode ser associado com o rompimento da estrutura típica do revestimento do ceratocisto odontogênico. O prognóstico é bom, apesar da tendência à recidiva.

Segundo Marques et al, (2006) o termo Ceratocisto Odontogênico (CO) foi introduzido por Philipsen em 1956 e referia-se a qualquer cisto dos maxilares que apresentasse formação de ceratina representativa. Porém, em 1962, Pindborg, Philipsen e Henriksen estabeleceram critérios histológicos e caracterizaram um comportamento clínico específico para esta lesão em particular, que seria diferente dos demais cistos dos maxilares, pois outros cistos odontogênicos, em determinadas circunstâncias, também podem apresentar ceratinização dos seus limitantes epiteliais, citando-se, como exemplo, o cisto radicular e dentígero. O Ceratocisto Odontogênico se origina a partir de remanescentes celulares da lâmina dentária e que seu crescimento parece estar associado a fatores inerentes, desconhecidos, do próprio epitélio, ou à atividade enzimática na cápsula fibrosa. Ainda em relação ao fator estimulador responsável pela formação do CO, acredita-se que esse não seja de natureza inflamatória. É uma lesão assintomática, ocasionalmente, em casos de lesões mais extensas, observa-se tumefação, drenagem ou dor associada, com uma tendência a se estender pelos espaços medulares, fazendo com que a expansão clínica só seja observada tardiamente. Baseando-se numa análise radiográfica, o CO geralmente se apresenta como uma lesão circular ou ovóide, bem delimitada por halo radiopaco, com margens bem definidas, por vezes apresentando aspecto radiolúcido multilocular. Logo, podemos ter como diagnóstico diferencial o cisto dentígero (quando a lesão está associada à coroa de um dente), ameloblastoma, estágios iniciais do cisto

odontogênico calcificante, tumor odontogênico adenomatóide e fibroma ameloblástico. O tratamento dos COs é semelhante aos de outros cistos odontogênicos, isto é, feito por enucleação ou curetagem. A colocação de solução de Carnoy (fixador de tecido contendo 6 ml de álcool absoluto, 3 ml de clorofórmio e 1 g de ácido férrico) na loja cirúrgica, por três minutos após a enucleação, pode reduzir a chance de recidiva, assim como o uso adjunto da crioterapia. Foi estudado o caso de um paciente do gênero masculino, 46 anos, melanoderma, compareceu ao Serviço de Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Geral Clériston Andrade, na cidade de Feira de Santana, em agosto de 2003, queixando-se de ter “uma laranja” na região posterior da mandíbula do lado esquerdo e de estar “minando” um líquido de dentro da lesão. No exame clínico extra-oral, constatou-se assimetria facial com aumento de volume na região entre o corpo e o ramo da mandíbula do lado esquerdo. No exame intra-oral, notou-se abaulamento das corticais lingual e vestibular da área correspondente e um ponto de drenagem de líquido característico, junto à face disto-vestibular da unidade 36. Através do exame radiográfico, observou-se a presença de uma extensa lesão multilocular com halos radiopacos, localizada do lado esquerdo da mandíbula na região de corpo (desde o primeiro molar), estendendo-se ao ângulo e ramo da mandíbula alcançando o processo coronóide. Diante do resultado obtido com a descompressão cística, optou-se por biópsia excisional, através da enucleação da lesão seguida de curetagem severa.

A conclusão diagnóstica foi, portanto, de ceratocisto odontogênico. O caso relatado enquadra-se nos achados da maioria dos estudos realizados acerca do CO, no que diz respeito à prevalência, quanto ao gênero, idade e região anatômica mais acometida. Uma vez que o paciente compareceu ao serviço com drenagem espontânea, fez-se a opção pela colocação de um dreno, realizando assim a descompressão prévia à enucleação, o que está indicado em casos de lesões extensas. A enucleação da lesão seguida de curetagem severa da cavidade cística é o tratamento de eleição para o Ceratocisto Odontogênico, porém a recidiva pode ocorrer apesar desse procedimento, o que justifica a proervação sistemática do paciente por um longo período.

Segundo Aciole et al, (2010) a nova classificação da Organização Mundial da Saúde, o ceratocisto odontogênico foi renomeado como tumor odontogênico ceratocístico, enfatizando sua natureza neoplásica. Essa lesão comumente acomete a maxila e mandíbula, e podendo apresentar grande volume, porque possui significativo poder de expansão, extensão dentro dos tecidos adjacentes e rápido crescimento. O conteúdo cístico revela-se líquido (cor de palha) ou cremoso (espesso e acinzentado), contendo queratina, cristais de colesterol e corpos hialinos. Paciente 20 anos de idade, sexo feminino, com lesão envolvendo a região de ramo, ângulo e corpo mandibular do lado direito, assintomática, sem expansão das corticais. Fez-se primeiramente uma aspiração, quando se encontrou líquido citrino, e, ao biopsiar, encontrou-se

como resultado histopatológico o diagnóstico de tumor odontogênico ceratocístico. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para realização da cirurgia, sendo removidas as unidades dentárias 46 e 47, além da unidade 48 que se encontrava no interior da lesão. Foram realizadas radiografias controles a cada seis meses. Após dois anos e seis meses, foi verificada uma área radiolúcida em nível de ramo mandibular direito, onde, após suspeita, fora solicitada uma tomografia computadorizada (TC) tridimensional (3D), para confirmar os limites do tumor. Com isso, verificou-se recidiva da lesão no nível do ramo mandibular direito, sendo realizada outra intervenção cirúrgica. Foi realizada uma biópsia excisional para um novo exame histológico, seguido de osteotomia periférica, comprovando mais uma vez que se tratava de tumor odontogênico queratocisto. Apesar do seu potencial de agressividade, essa entidade patológica apresenta baixo poder de transformação carcinomatosa, sendo somente encontrado 12 casos relatados.

Conforme Fonseca et al. (2010) afirma, o diagnóstico de certeza do tumor odontogênico ceratocístico (TOC) é dado pela biópsia, sendo caracterizada pela presença da variante histopatológica que passou a ser a forma paraqueratinizada, uma vez que a variante ortoqueratinizada é classificada como uma entidade a parte, recebendo o nome de cisto odontogênico ortoqueratinizado. O tratamento preconizado para o TOC é o cirúrgico e diversas técnicas têm sido relatadas, das quais as mais importantes são a remoção total da cápsula cística e a ostectomia periférica ao tumor. Observa-se que essa lesão, apesar de apresentar características de benignidade, tende a recidivar. A tomografia computadorizada, em nosso estudo foi utilizada em seis casos e foi característica para o diagnóstico de TOC pela melhor qualidade de interpretação da extensão da lesão e sua relação com estruturas anatômicas adjacentes.

Para Varoli et al, (2010) os cistos são lesões benignas e geralmente assintomáticos, mas podem atingir grandes dimensões, provocando afastamentos de dentes e expansão óssea. Apesar do crescimento lento e contínuo caracterizar qualquer tipo de cisto, o ceratocisto odontogênico chama atenção por ser mais agressivo e altamente recidivante. Os ceratocistos odontogênicos podem ser encontrados em pacientes que variam da criança ao adulto idoso, porém 60% dos casos são diagnosticados na faixa de 10 a 40 anos. A mandíbula é afetada em 60 a 80% dos casos, com acentuada tendência para envolver a região posterior e o ramo ascendente. A expressão imunoistoquímica da proteína p53 foi analisada em cistos radicular, dentígero, ceratocisto odontogênico e cisto odontogênico calcificante (cisto de Gorlin). Verificou-se 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. A lesão apresenta crescimento contínuo e localmente invasivo, embora lento, e atinge grandes dimensões. Radiograficamente, a imagem do tumor odontogênico ceratocístico se apresenta radiolúcida e bem delimitada, envolta por esclerose óssea. O padrão unilocular predomina sobre o padrão multilocular.

Para Balmick et al. (2011) o ceratocisto odontogênico é um tumor originado de células da lâmina dentária. Diferente dos demais cistos que crescem devido ao aumento da pressão osmótica, este, além disto, parece ter um mecanismo próprio de crescimento relacionado a fatores inerentes do próprio epitélio ou com a atividade enzimática na cápsula fibrosa. Em 2005, baseado em seu comportamento biológico a Organização Mundial de Saúde (OMS) reclassificou esta lesão passando a denominá-la tumor odontogênico ceratocístico. O tumor odontogênico ceratocístico, ao menos que haja infecção associada, é assintomático. Desenvolve-se no sentido anteroposterior, pelos espaços medulares ósseos, sem causar expansão evidente tornando sua descoberta resultado de achados radiográficos. O diagnóstico é feito mediante exame histopatológico que pode demonstrar epitélio ortoqueratinizado, mais comum nos cistos isolados ou a variante paraqueratinizada, presente na maioria dos casos de síndrome do carcinoma nevóide basocelular (Síndrome de Gorlin). As cirurgias são de enucleação, ou seja, a remoção total da lesão com manipulação direta da mesma, ou ressecção, na qual parte de tecido supostamente saudável também é retirado. Solução de Carnoy e crioterapia, são métodos adicionais que promovem cauterização e necrose óssea superficial, destruindo os remanescentes epiteliais da lâmina dentária das margens ósseas diminuindo a recorrência. A ostectomia periférica é utilizada com o mesmo intuito, resultando em menor índice de recidiva do que a enucleação sozinha. A marsupialização pode ser realizada previamente a enucleação para reduzir o tamanho da lesão. A recorrência na enucleação é de 17 a 56 %. Com a solução de Carnoy é reduzida para 9%. A ressecção é a técnica com menor recorrência, 0 %14, porém é a mais agressiva causando danos estéticos e funcionais ao paciente. O objetivo deste estudo foi, através de análise retrospectiva, comparar os diferentes métodos de tratamento utilizados no tumor odontogênico ceratocístico com a recidiva da lesão. Foi realizada a análise retrospectiva de prontuários de pacientes tratados pelo Serviço de Cirurgia Oral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ) de 1998 a 2008 com cistos nos ossos gnáticos. A escolha pelo tipo de tratamento foi realizada após a análise dos exames de imagem. A marsupialização consiste na remoção de parte da mucosa bucal e da cápsula cística criando uma abertura comunicando os dois meios. Nos demais casos foram realizados: enucleação por curetagem; enucleação por curetagem e aplicação de solução de Carnoy (Álcool absoluto 6ml, clorofórmio 3ml, ácido acético, glacial 1ml e cloreto férrico 1g) ;

enucleação por curetagem com fulguração e aplicação de solução de Carnoy. No período de 10 anos foram tratados dezessete casos de ceratocisto odontogênico. Sete receberam como tratamento inicial a enucleação por curetagem; outros sete enucleação por curetagem seguida da aplicação de solução de Carnoy; dois casos foram submetidos à marsupialização prévia e em um dos pacientes realizou-se a enucleação por curetagem seguida da aplicação de solução de Carnoy e fulguração. Foram registrados dez casos de recidiva após o tratamento primário (58,82%). Menor índice foi encontrado nos quais foi realizada a enucleação por curetagem seguida da aplicação de solução de Carnoy (42,85%) e o maior na enucleação sozinha (71,42%). Somente um paciente não retornou para acompanhamento. Nos casos em que houve recidiva, os pacientes foram submetidos a novos procedimentos cirúrgicos para que fosse conseguida a total resolução da lesão. A recidiva do ceratocisto está mais relacionada à natureza da lesão do que a técnica cirúrgica utilizada. A cápsula fina e friável e a formação de septos e bordas irregulares conforme o crescimento da lesão dificulta a remoção da cavidade óssea através da enucleação por curetagem. Nestes casos a ostectomia periférica passa a ser uma melhor opção. Embora a solução de Carnoy, permita melhor tratamento de lesões intraósseas, pode provocar parestesia do nervo alveolar inferior quando utilizada próxima ao canal mandibular, A marsupialização é a técnica de escolha em lesões de grandes dimensões. A associação de métodos é importante na diminuição da recorrência do tumor odontogênico ceratocístico. Os tratamentos menos agressivos diminuem a morbidade do procedimento. No entanto apresentam o potencial de produzir pior prognóstico, pois aumenta a probabilidade de reincidência da lesão e necessidade de novas intervenções. Apesar da amostra pequena, a solução de Carnoy foi o método mais utilizado e demonstrou ser eficaz na diminuição do índice de recidiva no tratamento deste tumor.

Segundo Moraes et al. (2011) clinicamente, os cistos dentígeros são, na maioria das vezes, assintomáticos. Entretanto, têm o potencial de se tornarem extremamente grandes e causarem expansão e erosão da cortical. Estes cistos também podem provocar deslocamento dentário, maloclusão e assimetria facial. Normalmente, são descobertos em exames radiográficos de rotina. Uma punção aspirativa da lesão, frequentemente, fornece um líquido de coloração palha. Em função do mesmo apresentar características radiográficas não específicas, sabe-se que o cisto dentígero pode fazer diagnóstico diferencial com o ameloblastoma unilocular e ceratocisto odontogênico. O tratamento está geralmente, na dependência do tamanho da lesão. Aquelas consideradas pequenas podem ser removidas por cirurgia. As maiores, que envolvem grande perda óssea e adelgaçam perigosamente o osso, são, com frequência, tratados por inserção de um dreno cirúrgico ou por marsupialização.

Para Carneiro et al, (2012) a maioria dos casos (60%) estão presentes em pacientes de dez a quarenta anos, tendo uma predileção pelo sexo masculino. A mandíbula é mais acometida que a maxila, com cerca de 60 a 80% dos casos com forte tendência de evolução para a região posterior (corpo e ramo ascendente), além de possuir uma prevalência de 77,05% pela raça branca. Normalmente, os tumores odontogênicos ceratocísticos (TOCs) pequenos são assintomáticos, somente sendo diagnosticados em exames radiográficos de rotina. Os tumores maiores podem ocasionar dor, abaulamento, crepitação e drenagem (por infecção posterior à exposição ao meio bucal). Entretanto, tumores extremamente grandes podem ser assintomáticos. Lesões de grandes dimensões podem ser tratadas previamente à excisão cirúrgica definitiva pelos métodos de descompressão e marsupialização, que objetiva realizar uma comunicação do interior da lesão com a cavidade bucal, e subsequente redução do tamanho da cavidade cística. Determina-se que, dentre as variadas técnicas de tratamento, são consideradas conservadoras a enucleação, curetagem e marsupialização; visto que, ao tratar-se de ressecção em bloco, seguida ou não de enxerto ósseo, define-se um tratamento radical, somente utilizado em lesões recorrentes. Embora não se tenha confirmação da origem do TOC, muitos aceitam a teoria de origem vinda de remanescentes celulares da lâmina dentária, tornando esse um dos motivos para explicar a sua alta recidiva associada a cistos satélites.

Conforme Pereira et al. (2012) o tumor odontogênico ceratocístico (TOC) é uma lesão intraóssea dos maxilares de comportamento invasivo-destrutivo com alta taxa de recorrência Sua fase inicial geralmente é assintomática, sendo detectada em exames radiográficos de rotina. Em fases mais avançadas, podem apresentar sintomas como tumefação, alterações no posicionamento dental, dor, trismo e parestesia. Dos exames complementares, o diagnóstico preciso de TOC é dado pela biópsia. No diagnóstico diferencial, deve-se incluir, por conseguinte, o cisto dentígero, o ameloblastoma, o cisto odontogênico calcificante, o tumor odontogênico adenomatoide e o fibroma ameloblástico, além de cistos inflamatórios, lesão central de células gigantes e tumores ósseos benignos. Portanto, um diagnóstico pré-operatório não pode ser conclusivo apenas utilizando-se informações clínicas e radiográficas, sendo de fundamental importância a realização de um exame histopatológico para o estabelecimento de um diagnóstico preciso. A maioria das recidivas é clinicamente evidente após cinco anos da cirurgia. Sendo assim, é de extrema importância um longo acompanhamento dessas lesões.

Para Ramos et al. (2012) a punção aspirativa é uma manobra semiotécnica que pode ser utilizada na abordagem da maioria das lesões bucais de conteúdo fluido ou semifluido. Seu principal objetivo é a detecção ou não desse conteúdo, bem como a análise visual dele, especialmente quanto a sua cor e consistência. Para as lesões intraósseas, essa manobra está indicada quando

houver rompimento da cortical óssea e a lesão se encontrar submucosa ou quando a cortical óssea for muito fina. O diagnóstico definitivo das lesões foi realizado, após análise citológica pelo método de *cell block*, pela análise histopatológica do material proveniente de biópsia. Várias são as lesões císticas intraósseas que podem acometer a maxila e a mandíbula. As mais frequentes são cisto radicular, cisto residual, cisto dentífero (por vezes denominado folicular) e ceratocisto odontogênico (TOC). Este último, devido a seu potencial agressivo, elevado índice de recidiva e associação à síndrome do carcinoma nevoide de células basais. Como o TOC tende a crescer sem provocar expansão óssea, alcançando grande extensão antes de apresentar manifestações clínicas, frequentemente há necessidade de efetuar descompressão e marsupialização da lesão antes da sua remoção cirúrgica.

Para Pimpalkar et al, (2014) o cisto odontogênico ortoceratinizado (COO) ocorre predominantemente em homens com um pico de incidência entre a terceira e quarta década. Clinicamente, geralmente se apresenta como um inchaço da mandíbula assintomático, de crescimento lento. A mandíbula é mais frequentemente afetada que a maxila e a localização mais comum é a região do molar-ramo da mandíbula. Radiograficamente, o COO aparece como uma radiolucência unilocular bem definida, mas também foram relatadas lesões multiloculares. Uma associação com dente impactado é vista em 46,5-75% dos casos. Os resultados deste estudo também indicaram que o tumor odontogênico ceratocístico (TOC) e COO expressaram conjuntos únicos de subtipos de queratina, sugerindo que cada um é uma entidade distinta e, portanto, merecem ser tratados como dois cistos de mandíbula separados de origem odontogênica. Como os COOs são menos agressivos, o tratamento de escolha é a enucleação. Os COOs também podem se apresentar como lesões bilaterais e devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de lesões císticas bilaterais da mandíbula.

Para Freitas et al, (2015) o ceratocisto odontogênico é uma lesão intraóssea da maxila com comportamento destrutivo e invasivo, alta taxa de recidiva (25% a 62,5%) e aspectos histológicos específicos. Descrita pela primeira vez em 1956, sua etiopatogenia ainda não é totalmente clara; Existem duas teorias aceitas sobre sua origem: remanescentes da lâmina dentária e proliferação de células da camada basal do epitélio oral para a mandíbula ou maxila. Os ceratocistos odontogênicos são lesões assintomáticas, mas ocasionalmente, em casos graves, alguns sintomas como inchaço, drenagem ou dor podem ser demonstrados. Na maxila, por ser um osso menos compacto e devido à proximidade do seio maxilar, a lesão tende a crescer esfericamente, e assim pode ser observado em seus primeiros estágios de formação. Os cistos multiloculares que se assemelham ao ameloblastoma são comuns, especialmente na mandíbula. Este fato pode ser útil no diagnóstico diferencial clínico e radiográfico, uma vez que os grandes cistos radiculares e dentíferos

são comumente associados à expansão do osso. Existe uma variedade de tratamentos cirúrgicos à escolha, incluindo curetagem ou mesmo ressecção mandibular ou maxilar. Entre as técnicas associadas à alta taxa de recorrência estão a enucleação, a curetagem e a marsupialização, uma vez que pode haver tecidos remanescentes da lesão deixados na área afetada. Paciente do sexo feminino, 14 anos, leucoderma procurou tratamento ortodôntico em um serviço odontológico especializado e realizou radiografia panorâmica e periapical de rotina, que mostrou perda óssea leve próximo à raiz do canino superior esquerdo. Um cisto periapical foi suspeitado e o paciente foi encaminhado ao endodontista para tratamento endodôntico nos dentes 21, 22 e 23 devido à lesão radiolúcida vista em torno das raízes desses três dentes. Após um tratamento de dois meses, o paciente retornou ao ortodontista com um grande inchaço do lado esquerdo da face. A tomografia computadorizada confirmou o crescimento maciço da lesão na direção vestibular-palatina. A lesão foi enucleada e enviada para exame histopatológico, que confirmou o diagnóstico de ceratocisto odontogênico paraqueratinizado. Esses cistos podem ser tratados por duas técnicas diferentes: marsupialização e enucleação. A marsupialização alivia a pressão dentro do cisto através da abertura, mantendo a continuidade entre o cisto e a cavidade oral. Por outro lado, a enucleação resulta em baixos resultados de taxas de recorrência, permite uma cicatrização óssea mais rápida e menor tempo de cicatrização. No caso apresentado, a enucleação foi escolhida, pois a remoção completa do cisto não apresentava riscos de complicações do ponto de vista dentário e / ou anatômico e facilitou a análise anatomo-histopatológica abrangente da lesão.

Moura et al, (2016) observaram que os tumores odontogênicos são neoplasias que se desenvolvem exclusivamente nos ossos gnáticos, originando-se dos tecidos odontogênicos por proliferação de tecido epitelial, mesenquimal ou de ambos. O tumor odontogênico ceratocístico é uma lesão que requer considerações especiais devido ao seu aspecto agressivo e ao seu potencial de recidiva e malignização. Possui crescimento lento e indolor. Estudo retrospectivo de dados obtidos de prontuários clínicos de pacientes do o Serviço de Cirurgia Oral (SCO) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/RJ), no período de 2002 a 2012. Foram incluídos no estudo os prontuários com informações completas sobre idade do paciente, localização da lesão, sexo, casos recidivados e tratamento realizado, além do diagnóstico das lesões através dos laudos histopatológicos segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005). As cirurgias foram realizadas em âmbito hospitalar e, dependendo da extensão e da localidade da lesão, optou-se por anestesia local ou geral. O tratamento de eleição foi a enucleação com curetagem da loja cística. Nos casos de recidiva, foi realizado segundo ato cirúrgico para remoção da lesão remanescente. Foram observados 96 casos de lesões odontogênicas. Destas, 25 (26,04%) foram diagnosticadas como TOC, e incidiram mais frequentemente na faixa etária entre 10-20 anos. As

lesões odontogênicas observadas, que fazem diagnóstico diferencial com o TOC foram: ameloblastoma, cisto dentígero, cisto radicular, granuloma central de células gigantes, cisto ósseo traumático, cisto de Gorlin, cisto residual e mixoma odontogênico. Do total de pacientes com TOC, 24% apresentou recidiva, enquanto 76%, não. Entre os que recidivaram a faixa etária predominante foi 41 a 50 anos. Em relação à média de idade dos pacientes, no grupo positivo foi 40,5 e no grupo negativo de 35,53; no grupo positivo, a idade mínima foi 17 anos e a idade máxima foi 55 anos. No grupo negativo, em relação à presença de recidiva, a idade mínima foi 13 anos e a máxima foi 96 anos. Na distribuição por sexo, o grupo positivo apresentou distribuição igualitária, diferentemente do observado no grupo negativo, que apresentou predileção pelo sexo masculino. No entanto, a ocorrência ou não de recidiva em relação ao sexo, realizada pelo teste exato de Fisher, não teve significância estatística. Com relação à localização, houve predileção pela mandíbula, com 56% dos casos negativos para recidiva; dentre os casos positivos para recidiva, a mandíbula também foi a localização mais frequente. No levantamento dos 96 casos englobados, o TOC representou 26,04% dos casos, apresentando uma frequência alta. No caso estudado seis casos recidivaram (24%); destes, 50% apareceram na faixa etária de 41 a 50 anos. As lesões, que fizeram diagnóstico diferencial com o TOC, encontradas foram: ameloblastoma, cisto dentígero, cisto radicular, granuloma central de células gigantes, cisto ósseo traumático, cisto de Gorlin, cisto residual e mixoma odontogênico, o que corrobora os achados da literatura. No caso estudado houve um caso no qual o TOC estava presente no seio maxilar. A faixa etária de maior ocorrência de TOC a de 10-20 anos. O tratamento realizado nos casos foi a enucleação com curetagem da loja cística.

Dandena et al, (2017) observaram que o revestimento epitelial do cisto odontogênico ortoceratinizado (COO) geralmente varia de 8 a 10 camadas de células nas lesões, A camada basal apresenta padrão paliçado com núcleos uniformes com células epiteliais luminais geralmente paraqueratinizadas. A parede cística é geralmente fina e mostra infiltração leve a moderada de células inflamatórias se estiver infectada secundariamente. COO mostra uma camada granular proeminente com superfície ortoqueratinizada. A taxa de recorrência na COO é muito menor quando comparada ao Ceratocisto Odontogênico (CO) e não está associada à síndrome do carcinoma basocelular nevíde (NBCCS). A taxa de recorrência, comportamento agressivo e potencial neoplásico de CO são maiores, o que sugere a importância de distinguir entre CO e COO. O Ceratocisto Odontogênico é altamente agressivo e ocorre com maior frequência que outros tipos de cistos odontogênicos. A taxa de recorrência varia de 3% a 60%. Estudos mostram que o cisto retornou em pelo menos 42,6%, comparado com apenas 2,2% para o COO. Ceratocistos odontogênicos Ortoceratinizados são geralmente lesões únicas assintomáticas, ocorrendo na terceira à quarta década com uma predileção masculina.

Ocorrem com maior frequência na região posterior da mandíbula, não observada em pacientes com SCBCN. O CO mostra achados semelhantes em relação à idade, sexo e local de ocorrência, mas eles estão associados a pacientes com SCBCN e as lesões geralmente são múltiplas.

Segundo Kauke et al, (2017) as três lesões císticas odontogênicas mais comuns são cistos periapicais, cistos dentígeros e ceratocistos odontogênicos (CO), incluindo a variante paraqueratinizada. O estudo avaliou se a classificação dos COs como neoplasias pode ser ainda mais justificada por dados volumétricos, delineando multidimensionalmente a extensão intra-óssea das lesões císticas da mandíbula, em comparação com lesões císticas não neoplásicas. Comparando as duas coortes de COs e os cistos odontogênicos não neoplásicos da mandíbula, foi encontrada uma diferença significativa entre a extensão volumétrica média (teste t de Student; $p = 0,001$) com uma diferença média de 4569 mm^3 . Além disso, no caso de uma lesão maior que 3000 mm^3 , foi encontrada uma associação altamente significativa com o diagnóstico histopatológico de um tumor odontogênico queratocístico (χ^2 -teste; $p = 0,006$; para lesões $> 2000 \text{ mm}^3$ $p = 0,172$). Portanto, COs são quase exclusivamente acima de 3000 mm^3 de volume. Com a ajuda da análise volumétrica, conseguiu-se encontrar uma significativa diferença volumétrica de tamanho e, assim, mostrar que os COs são lesões císticas da mandíbula que podem atingir grandes volumes intraósseos, provavelmente por infiltração multidimensional do osso, causando, assim, uma vasta destruição da mandíbula, justificando ainda mais a classificação como neoplasia. Além disso, COs apresentavam sinais clínico-radiológicos de agressividade, como multilocal, contorno irregular, deslocamento do canal alveolar inferior, reabsorção radicular e perfuração cortical. Em ambas as coortes, a ocorrência de sintomas pré-operatórios e sinais radiológicos de agressividade foram significativamente associados à expansão volumétrica da lesão intraóssea. Portanto, quanto maior a lesão da mandíbula cística, maior a probabilidade de manifestações clínicas e radiológicas da doença. O risco de recorrência para os COs é alto quando se escolhe uma opção de tratamento conservador, pois o material celular patológico persiste no caso de remoção incompleta. As opções de tratamento conservador são enucleação e marsupialização.

Para Mendonça et. al. (2017) as lesões císticas nos maxilares são os mais comuns envolvendo de 52% a 68% de todos os cistos da cavidade bucal. Ocorrem com maior frequência em homens entre 20 a 40 anos de idade, e são mais prevalentes nos brancos do que em negros. A maior parte dos cistos radiculares não apresenta sintomatologia, mas pode haver dor ou sensibilidade se ocorrer exacerbação inflamatória aguda. Em lesões extensas, pode haver tumefação, mobilidade e deslocamento dentário, e o dente de origem não responde ao teste pulpar térmico ou elétrico. Existem diferentes formas de tratamento para os cistos radiculares, como: tratamentos conservadores

(através do tratamento endodôntico do dente desvitalizado, com ou sem apicectomia), tratamentos cirúrgicos como a extração da unidade dentária (seguida de curetagem periapical), marsupialização, descompressão ou ainda a enucleação cística. O cisto radicular é a lesão odontogênica inflamatória mais comumente encontrada nos maxilares, tendo sua gênese a partir de um granuloma periapical. O revestimento epitelial do cisto periapical é decorrente do desenvolvimento das células epiteliais de Malassez, presente no ligamento periodontal, que sofrem apoptose e dão origem à cavidade cística, em resposta à estimulação antigênica contínua proveniente do sistema de canais radiculares, sendo determinante a participação de microrganismos e seus produtos, mantendo o processo inflamatório local. A inflamação periapical estimula a secreção de citocinas e fatores de crescimento que induzem a proliferação dos restos epiteliais de Malassez inativos, iniciando um processo de hiperplasia inflamatória periapical. A radiografia panorâmica representa uma opção para avaliar as condições periapicais. Radiograficamente, o diagnóstico diferencial do cisto radicular deve incluir o granuloma periapical. O tratamento indicado, quando há ocorrência de cisto periapical de grandes tamanhos, é a enucleação cirúrgica do mesmo, associado ou não à exodontia do elemento envolvido. É o tratamento de escolha e deve ser empregado a qualquer tipo de cisto dos maxilares que possa ser removido sem sacrificar, desnecessariamente, as estruturas adjacentes. Na marsupialização é criada uma janela cirúrgica na parede do cisto, esvaziando o conteúdo cístico e conservando a continuidade entre o cisto e a cavidade bucal, seio maxilar ou cavidade nasal. A técnica de marsupialização frequentemente é acompanhada de enucleação em um momento posterior.

Segundo Kamat et al, (2018) o cisto odontogênico ortoceratinizado (COO) geralmente se apresenta como uma lesão solitária e mostra predileção por mandíbula posterior. COOs geralmente são assintomáticos. No entanto, casos com dor e inchaço foram relatados, incluindo o presente caso que foi encontrado em paciente do sexo feminino da segunda década de vida. A maioria dos COOs mostra uma característica marcante da expansão bucolingual. Isso ajuda a diferenciá-lo do ceratocisto odontogênico (CO), que mostra padrão de crescimento ântero-posterior sem causar expansão. A taxa de recorrência COO é de 2,2%, o que é muito baixo do que o de CO (taxa de recorrência de 42,6%).

Segundo Silva et al, (2018) o ceratocisto odontogênico (CO), anteriormente conhecido como tumor odontogênico ceratocístico, e reclassificado pela Organização Mundial da Saúde em 2017 como cisto, é um cisto odontogênico de desenvolvimento relativamente raro, representando, quando considerado um cisto, entre 4 e 12% de todos os cistos odontogênicos. Sua etiologia está relacionada com remanescentes epiteliais da lâmina dentária. Essa lesão pode ocorrer em qualquer época da vida, porém possui dois picos de incidência, um

entre 25 e 34 anos e outro entre 55 e 64 anos de idade, com predileção pelo sexo masculino. Tanto a maxila quanto a mandíbula podem ser envolvidas, mas ocorrem com mais frequência na mandíbula. Grande parte dos COs são descobertos apenas durante exames radiográficos rotineiros, pois geralmente são indolores. Ocasionalmente, dor, aumento de volume e drenagem estarão associados a uma infecção secundária à lesão. Dentes adjacentes podem ser deslocados, mas reabsorções radiculares raramente acontecem. O tratamento conservador para essa doença inclui enucleação com ou sem o uso de tratamento adjuvante, tais como a marsupialização, descompressão, e curetagem. O estudo foi referente a uma paciente do sexo feminino, 69 anos de idade, leucoderma, procurou atendimento na clínica de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, queixando-se de dor na região retromolar inferior direita, a qual havia se iniciado há aproximadamente 20 dias. Ao exame físico intraoral, observou-se uma lesão de aspecto tumoral, localizada na região retromolar inferior do lado direito, medindo cerca de 5,0 cm de diâmetro, com a superfície ulcerada, de coloração semelhante à da mucosa e de consistência flácida. Também foi identificado que a paciente utilizava uma prótese parcial removível mal adaptada a qual traumatizava a região. O exame radiográfico revelou a presença de uma imagem radiolúcida com limites bem definidos. Após a realização de uma punção aspirativa positiva para líquido amarelo citrino e sob as hipóteses diagnósticas de CO e cisto residual, foi realizada a enucleação cirúrgica da lesão com posterior curetagem do tecido ósseo remanescente nas regiões adjacentes. O diagnóstico definitivo foi de CO. Dezoito meses após a remoção da lesão, não foram identificados sinais clínicos e radiográficos de recidiva. Apesar do seu potencial localmente agressivo, é comum que o CO seja descoberto acidentalmente, pois uma das características de crescimento da lesão é a tendência para se desenvolver ao longo dos espaços medulares, tornando difícil de identificar em estágios iniciais. Após um ano da cirurgia, a paciente do caso encontra-se livre de recidiva. O CO possui achados clínicos e radiográficos sugestivos, porém o diagnóstico definitivo só é alcançado com o exame histopatológico do espécime. A abordagem terapêutica para essa lesão é diversificada, podendo variar entre tratamentos agressivos ou conservadores.

DISCUSSÃO

O caso relatado enquadra-se nos achados da maioria dos estudos realizados acerca do Ceratocisto Odontogenico.

Oliveira et al., (2005); Carneiro et al., (2012); Pimpalkar et al., (2014); Kauke et al., (2017); Kamat et al., (2018) mostraram que clinicamente, o CO geralmente se apresenta como um inchaço da mandíbula, assintomático, de crescimento lento. No caso apresentado, a tumefação foi na maxila, onde por meio de outros estudos, é menos recorrente.

Segundo Varoli et al., (2010) e Moraes et al., (2011) o CO provoca afastamentos de dentes, expansão óssea e erosão da cortical, conforme ocorrido no caso relatado.

Em concordância com Moraes et al., (2011); Carneiro et al., (2012); Pereira et al., (2012); Oliveira et al., (2013); Silva et al., (2018) o Ceratocisto Odontogênico é encontrado em exames radiográficos de rotina, levando o cirurgião-dentista a pedir um exame histopatológico para ter um correto diagnóstico da lesão.

Kauke et al., (2017); Silva et al., (2018) constataram que o risco de recorrência para os tumores odontogênicos ceratocísticos é alto quando se escolhe uma opção de tratamento conservador, pois o material celular patológico persiste no caso de remoção incompleta. As opções de tratamento conservador são enucleação e marsupialização, enquanto a enucleação com ostectomia periférica e a ressecção segmentar são opções de tratamento agressivas.

Para Mendonça et al., (2017) a técnica de marsupialização frequentemente é acompanhada de enucleação em um momento posterior, tendo sucesso na erradicação da lesão e formação óssea. Sendo afirmado por Freitas et al., (2015) que a enucleação resulta em baixos resultados de taxas de recorrência, permitindo uma cicatrização óssea mais rápida. No entanto, no caso apresentado, a enucleação foi escolhida, pois a remoção completa do cisto não apresentava riscos de complicações do ponto de vista dentário e/ou anatômico, porém teve recidiva, sendo necessária uma segunda cirurgia para remoção da lesão cística.

Em concordância com Moura et al., (2016), acredita-se que a enucleação associada à curetagem severa, seja a terapia recomendada para o tratamento do CO, devendo o paciente ser, então, acompanhado clínica e radiograficamente com consultas a cada seis meses por pelo menos oito anos, devido ao alto índice de recidiva.

CONCLUSÃO:

Pode-se concluir com o presente estudo que a técnica de marsupialização em cistos maxilares de grandes proporções mostrou-se satisfatória e eficaz como um método auxiliar para a remoção da lesão. Esta técnica promove uma significativa redução da lesão, prevenindo danos às estruturas anatômicas vizinhas durante a enucleação, porém não tendo total eficácia no reparo ósseo e/ou cicatrização fibrosa, tendo recidiva da lesão cística em pouco tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OLIVEIRA C. M. et. al., Ceratocisto odontogênico na maxila: relato de caso. **Clin. Pesq. Odontol., Curitiba**, v. 2, n. 2, p. 139-143, out/dez. 2005.

MARQUES J. A. F. et. al., Ceratocisto odontogênico: relato de caso. **Rev. da Universidade Estadual de Feira de Santana**, n. 34, p. 59-69, jan./jun. 2006.

ACIOLE G. T. S. et. al., Tumor odontogênico queratocisto recidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? Relato de caso clínico **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe** v. 10, n. 1, p. 43-48, jan./mar. 2010.

FONSECA E. V. et. al., Fatores clínicos, histopatológicos e tratamento do tumor queratocisto odontogênico. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 39, n. 1, p. 57-61, jan./fev./mar. 2010.

VAROLI F. P. et. al., Tumor odontogênico queratocístico: características intrínsecas e elucidação da nova nomenclatura do queratocisto odontogênico. **Rev. do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 80-83, jan./mar. 2010.

BALMICK S. et. al., Recidiva do tumor odontogênico ceratocístico: análise retrospectiva de 10 anos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe** v. 11, n. 1, p. 85-91, jan./mar. 2011

MORAIS H. H. A. et. al., Cisto dentífero bilateral em mandíbula: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe** v. 11, n. 1, p. 55-58, jan./mar. 2011.

CARNEIRO A. G. et. al., Um ano de descompressão seguida de enucleação para tratamento de tumor odontogênico queratocístico: relato de caso. **Rev. Faculdade de Odontologia, Passo Fundo** v. 17, n. 2, p. 212-217, maio/ago. 2012.

PEREIRA C. C. S. et al., Tumor odontogênico queratocístico e considerações diagnósticas. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 10, n. 32, p. 73-79, abr/jun. 2012.

RAMOS G. O. et. al., Aplicabilidade da técnica de *cell block* na avaliação citológica do conteúdo de lesões de aspecto cístico dos maxilares. **Jornal Brasileiro Patologia Medicina Laboratorial**, v. 48, n. 2, p. 121-127, abril 2012.

PIMPALKAR R. D. et. al., Bilateral orthokeratinized odontogenic cyst: a rare case report and review. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v.d18, n.d2 p. 262-266, maio/ago. 2014.

FREITAS D. A. et. al., Maxillary odontogenic keratocyst: a clinical case report. **Rev. Gaúcha Odontologia**, v. 63 n. 4 Campinas out./dez. 2015.

MOURA B. S. et. al., Tumor odontogênico ceratocístico. **Rev. Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43 n. 6 Rio de Janeiro nov./dez. 2016.

DANDENA V. K. et. al., A comparative study of odontogenic keratocyst and orthokeratinized odontogenic cyst using ki67 and α smooth muscle actin. **Journal Oral Maxillofac Pathol.**, v. 21 n. 3 p. 458-459, set./dez. 2017.

KAUKE m. et. al., Volumetric analysis of keratocystic odontogenic tumors and non-neoplastic jaw cysts - comparison and its clinical relevance. **Journal Craniomaxillofac. Surg.**, v. 46 n. 2 p. 257-263, fev. 2017.

MENDONÇA D. W. R. et. al., Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. **Rev. Arch Health Invest.**, v. 6 n. 8 p. 363-370, ago. 2017.

KAMAT M. et. al., Orthokeratinized odontogenic cyst with calcification: A rare case report of a distinct entity. **Journal Oral Maxillofac Pathol.** v. 22 n. 2 p. 20-23, jan. 2018

SILVA D. F. B. et. al., Ceratocisto odontogênico em mandíbula: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v. 18, n. 1, p. 30-33, jan./mar. 2018.



N° do Exame: 18CE000043



18CE000043 Front

Nome: CHRISTIAN ROBERTO DE FARIAS GUILHERME
Requisitante: Dra. Estela Marta Winocur
Procedência: Unid. Vicente Machado
Procedimento: Citopatológico especial
Material: Líquido

Recebido em: 18/01/2018

x 1 Particular

DADOS CLÍNICOS:

Paciente de 20 anos.

MACROSCOPIA/DADOS TÉCNICOS

Recebido para análise frasco contendo 3,0 ml de líquido rosado. Este foi ultracentrifugado e submetido à técnica BD Surepath™: 1 - PrepMate™ (transferência da amostra, aspiração e centrifugação); 2 - Prepstain™ (microaspiração, laminação de círculo padrão de 13mm e coloração pelo método Papanicolaou padronizada e modificada).

MICROSCOPIA:

Material constituído por inúmeras escamas córneas tendo de permeal células escamosas sem atípicas.

INTERPRETAÇÃO/RESULTADO:

Líquido:
- **NEGATIVO PARA MALIGNIDADE NESTA AMOSTRA.**

NOTA: Quadro morfológico sugere conteúdo de ceratocisto. Imprescindível estreita correlação com dados de imagem.

Curitiba, 24/01/2018

Dra. Teresa C. S. Cavalcanti - CRM - 9348

Dra. Teresa Cristina S. Cavalcanti - CRM 9348 Dra. Mara Rejane R. C. Segalla - CRM 10183 Dra. Lisiane Cristine da Mota Cabral - CRM 17051
Dra. Marcella Santos Cavalcanti - CRM 31235 Dra. Ana Flávia C. Buarque Costa - CRM 26012

CITOLAB LABORATORIO DE CITOLOGIA CLÍNICA E HISTOPATOLOGIA LTDA - Av. Vicente Machado, 1192 - Curitiba - Paraná - Tel/fax: (41) 3222.9560
Laboratório participante do Programa de Incentivo ao Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia - SBP / AMB
A concordância clínico/radiológica/laboratorial é imperiosa. Em caso de dissociação, recomenda-se reavaliação/novo procedimento/contato com o laboratório.
Laudo disponibilizado via on-line - www.citolab.com.br
Pág 1 de 1