

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O TUMOR ODONTOGÊNICO CERATOCÍSTICO

Iara Luiza Lima dos Santos ¹; Isadora Serafim Barbosa¹; Maria Alice Viera de Araújo¹;
Matheus Duarte de Araújo¹; Professor Doutor Juscelino de Freitas Jardim²

¹Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá;

²Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá;

E-mail: Juscelino_freitas@hotmail.com

RESUMO

O tumor odontogênico ceratocístico (TOC) é uma lesão única por causa do seu comportamento agressivo local, de alta taxa de recorrência e aparência histológica característica. Devido as características únicas do TOC, o conhecimento sobre esta lesão bem como as formas de tratamento mais eficazes e o percentual de recidiva de cada uma, são de grande importância para o cirurgião dentista. Portanto, o objetivo deste trabalho consistiu em realizar uma revisão de literatura e verificar as principais formas de tratamentos e seus percentuais de recidiva. Para analisar a lesão foi feito uma busca eletrônica nas bases de dados do Portal Regional da BVS, na biblioteca eletrônica Scielo, Pub Med e Google Acadêmico. Após a pesquisa, verificou- que embora não haja um consenso sobre o tratamento do tumor queratocístico, a intervenção agressiva foi a que apresentou menor índice de recidiva quando comparada a outras técnicas nos estudos pesquisados e comparados. Embora a enucleação, curetagem e marsupialização tenham apresentado percentuais baixos, os valores variaram muito de um estudo para outro, em contrapartida, os números acerca da intervenção agressiva foram nivelados quando comparados.

Palavras-chave: Cisto odontogênico. Tratamento. Ceratocisto odontogênico. Recidiva e Substância de carnoy.

INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico ceratocístico (TOC), foi mencionado pela primeira vez por Philipsen, para descrever um grupo de cistos odontogênicos que apresentaram uma aparência histológica diversificada quando comparado a outros cistos (PHILIPSEN, 1956). Nas 2 primeiras classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi classificado na categoria de cistos odontogênicos de desenvolvimento, contudo, a edição mais recente designa o TOC como um tumor odontogênico ceratocístico (BARNES et al., 2005), implicando que a lesão é uma neoplasia benigna por conta da sua reincidência e forma de crescimento agressivo, além de mutações relacionadas com o gene PTCH (VAROLI et al., 2010). É mais comum ocorrer incidência na mandíbula do que na maxila, com preferência pela região dos terceiros molares inferiores e ângulo da mandíbula (CARLI et al., 2012).

Quanto a sua etiologia, existem duas teorias mais aceitas para o seu desenvolvimento: uma a partir de remanescentes da lâmina dentária e outra da proliferação das células da camada basal do epitélio oral, para mandíbula e maxila (CARLI et al., 2012).

O estudo de Antunes et al.(2007) relatou que em 71% dos pacientes não apresentam sintomas. O TOC é geralmente descoberto em radiografias de rotina, com exceção das lesões mais extensas. Nos casos de lesões mais extensas, pode observa-se tumefação, dor associada, aumento de volume de tecidos moles e tecido ósseo, parestesia, mobilidade de dentes envolvidos pela lesão (CARLI et al., 2012).

Histologicamente possui revestimento em epitélio escamoso estratificado, uma camada de 8 a 10 células de espessura e um revestimento ondulado paraqueratinizado (GÜLER et al., 2012). Dificilmente se desenvolve para um carcinoma espinocelular. A presença de ceratina no interior do TOC aumenta mais a viscosidade do conteúdo, contribuindo também para disfunção restrita (SRINIVASAN et al. 2012).

Existem várias modalidades de tratamento para o TOC, embora ainda controversos, os levados em conta nessa revisão foram: enucleação, marsupialização, crioterapia com nitrogênio líquido, osteotomia periférica, além da utilização da solução de Carnoy. É importante frisar que não há um consenso entre as autoridades deste assunto sobre qual técnica é a mais indicada.

A Enucleação, com ou sem curetagem, consiste na remoção da lesão intacta e não há comprometimento das estruturas adjacentes (VOORSMIT, 1985). Isso ocorre, porque ela é indicada para lesões de até três centímetros de diâmetro. Por ser difícil a remoção da lesão inteira, a curetagem é feita para raspar a parede do cisto, de forma a remover o conteúdo do mesmo (MEISELMAN, 1994). Pode ser radical, com a retirada de todo cisto juntamente com qualquer mucosa adjacente, com curetagem para redução do osso circundante e sem a utilização de medidas adjuvante ou convencional, já descrita anteriormente (IRVINE; BOWERMAN, 1985).

A solução de Carnoy, é um fixador de lâminas, que desde da década de 80, é usado no tratamento de lesões ósseas a nível de maxila e mandíbula. Sua composição é 3mL de clorofórmio, 6mL de álcool absoluto, 1mL de ácido glacial acético e 1g de clorito férrico. Foi proposto, originalmente que fosse utilizada na cavidade do cisto antes a Enucleação, mas é geralmente usada após. É aplicada na cavidade óssea com o intuito de eliminar os remanescentes teciduais do TOC, promovendo uma necrose química superficial (ALVES et al., 2007).

A Marsupialização, é indicada para cistos extensos e consiste em estabelecer cirurgicamente uma comunicação entre a cavidade patológica e o meio bucal, eliminando a pressão hidrostática no interior do cisto, o que causa uma redução progressiva da lesão (CASTRO, 2014).

A crioterapia com nitrogênio líquido possui o princípio básico que consiste na agressão de lesões de pele, mucosas e ossos através do congelamento intenso da área afetada, seguido por período de reaquecimento e repetição do congelamento (FERNANDES; ETGES; TORRIANI, 2010).

O tratamento conservador, e mais indicado, do TOC é enucleação com ou sem curetagem e marsupialização, pois possui a vantagem de preservar as estruturas anatômicas incluindo os dentes. O tratamento agressivo leva em conta a natureza neoplásica do tumor e inclui osteotomia periférica, curetagem com uso da solução de Carnoy e/ou ressecção em bloco.

Devido as características únicas do TOC, é de extrema importância para formação do cirurgião dentista, o conhecimento sobre essa lesão bem como as formas de tratamento mais eficazes e o percentual de reincidência de cada uma. Portanto, o objetivo dessa revisão de literatura é verificar as principais formas de tratamentos e percentual de recidiva de cada uma.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura sobre as modalidades de tratamento do Tumor Queratocístico e o percentual de reincidência de cada técnica. Foi feita uma busca eletrônica nas bases de dados do Portal Regional da BVS, na biblioteca eletrônica Scielo, Pub Med e Google Acadêmico.

As buscas no Portal Regional da BVS, Scielo e Pub Med foram essencialmente pesquisas voltadas para o objeto em estudo. As palavras de busca utilizadas foram: cisto odontogênico, tratamento, ceratocístico odontogênico, recidiva e substância de carnoy.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a figura 1, pode-se verificar que em praticamente todas as modalidades de tratamento citadas possuem recidiva. Esse fenômeno foi observado principalmente quando foi utilizada a Enucleação com ou sem curetagem, quando associada ou não a solução de Carnoy que obteve resultados diferentes, de acordo com Stoelinga et al não houve recidiva já no estudo de Morgam et al. (2005), esse percentual foi de 50%. A respeito da enucleação isolada, os percentuais também variaram, a maioria dos autores relataram uma recorrência igual ou inferior a 30%, com exceção de Morgam et al. (2005), que foi de 54,5%. A enucleação consiste na retirada de toda lesão, sendo indicada para aquelas que apresentem diâmetro inferior a 3 cm (VOORSMIT, 1985). Por ser difícil a remoção da lesão inteira, a curetagem é feita uma raspagem na parede do cisto, de forma a remover o conteúdo do mesmo (MEISELMAN, 1994).

AUTOR	ANO	TRATAMENTO	REICIDIVA
STOELINGA	2001	E	18%
		E+CN	0%
		E+EM+CN	7,8%
		M+E	0%
NAKAMURA et al.	2002	M	0%
		M+E+CT	26,1%
		E+CT	20%
MORGAM et al.	2005	E	54,5%
		E+O	18,2%
		E+CN	50%
		C+O	0%
CHIRAPATHOMSA KUL et al.	2006	M	16,7%
		E	13,3%
		E+CN	20%
		E+CT	100%
BLANAS et al.	2000	CT	19,2%
		E	28,7%
		E+CN	1,6%
		M	24,4%
		M+CN	-
		E+CN	27,3%
MADRAS e LAPOINTE	2008	E	30%
		E+CN	9%
		E+O	18%
		E+O+CN	8%
		E+CC	38%
		M	33%
		M+CC	13%

Legenda: E: enucleação; CT: curetagem; O: osteotomia periférica; CN: solução de carnoy; CC: crioterapia com nitrogênio líquido; EM: excisão de mucosa; M: marsupialização.

A marsupialização, apresentou maior reincidência no estudo de Madras e Lapointe (2008), com um percentual de 33% e menor no de Nakamura et al. (2002), onde a recidiva não foi observada. Esta modalidade de tratamento é muito utilizada associada com a enucleação. É indicada para lesões extensas, onde é estabelecido através de uma cirurgia uma comunicação entre a cavidade patológica e o meio bucal, eliminando a pressão hidrostática no interior do cisto, o que causa uma redução progressiva da lesão para depois a mesma ser retirada. Usando essa técnica, a recidiva foi de 0% no estudo de Stoelinga et al e 26,1% no de Nakamura et al. (2002), no qual estava associado também a curetagem. Nos resultados obtidos por Madras e Lapointe (2008), verifica-se a ainda a marsupialização em conjunto com a crioterapia com nitrogênio líquido com percentual de 13% de recidiva.

Observou-se também, que o tratamento agressivo (osteotomia) ficou com um índice de reincidência menor que 20% em todos os estudos pesquisados. Isso explica porque as remoções cirúrgicas conservadoras são escolha de tratamento por vários

cirurgiões dentistas (MADRAS e LAPOINTE, 2008). A osteotomia como método preferencial é justificada pela característica agressiva e elevado índice de reincidência do TOC. Em contrapartida o tratamento conservador tem geralmente incluídos a enucleação, e marsupialização, possuiu percentuais bem diferentes nos estudos pesquisados (CASTRO, 2014).

CONCLUSÕES

Com tudo que já foi exposto, conclui-se que embora não haja uma unificação sobre o tratamento do tumor odontogênico ceratocístico, a intervenção agressiva foi a que apresentou menor índice de recidiva quando comparada a outras técnicas nos estudos pesquisados e comparados. Embora a enucleação, curetagem e marsupialização tenham apresentado percentuais de 0%, esse valor variou muito de um estudo para outro, em contrapartida, os números acerca da intervenção agressiva foram nivelados. Trata-se, portanto, de uma entidade patológica ainda pouco compreendida, e mais estudos investigativos e clínicos são necessários para possibilitar uma padronização terapêutica universalmente aceita.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. A. F.; BORBA, AM, GUIMARÃES JUNIOR, J.; JÚNIOR, O.R. Complications of Carnoy solution in the treatment of odontogenic tumors, 2007.
- ANTUNES, A. A. et al. Tumor Odontogênico Ceratocístico: análise de 69 casos. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. v. 36, n. 2: p.80-82, 2007.
- BARNES, L. et al. Editors. Pathology and genetics of tumours of the head and neck. Lyon: IARC Press: 2005. WHO classification of tumours series.
- BLANAS, N.; FREUND, B.; SCHWARTZ, M.; FURST, I. M. 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.
- LOESCHER, A. R.; ROBINSON, P. P. The effect of surgical medicaments on peripheral nerve function. Br J Oral Maxillofac Surg. 1998;36(5): 327-32.
- CASTRO, W. H. Patologia Bucal: Prof. Ricardo Santiago Gomes. Belo Horizonte: UFMG, 2013-. Disponível em:. Acesso em: 02 fev.2014.

CHIRAPATHOMSAKUL D, SASTRAVAHA P, JANSISYANONT P. A review of odontogenic keratocysts and the behaviour of recurrences. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;101:5-9.

FERNANDES MMS, ETGES A, TORRIANI. O Uso da Crioterapia com Nitrogênio Líquido em Lesões Intra-Ósseas dos Maxilares. *REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL* 2010; V10 N2 P. 49 – 57.

GIULIANI M, GROSSI GB, LAJOLO C, BISCEGLIA M, HERB KE. Conservative management of a large odontogenic keratocyst: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64(2): 308-16.

GÜLER, N. et al. Conservative management of Keratocystic odontogenic tumors of jaws. *The Scientific World Journal.* v. 2012. Article ID 680397.

IRVINE GH, BOWERMAN JE. Mandibular keratocysts: surgical management. MADRAS, J.; LAPOINTE, H. Keratocystic Odontogenic Tumour: Reclassification of the Odontogenic Keratocyst form Cyst to Tumour. *JCDA*, v.74, n.2,2008.

MARKER P, BRØNDUM N, CLAUSEN PP, BASTIAN HL. Treatment of large odontogenic keratocysts by decompression and later cystectomy: a long-term follow-up and a histologic study of 23 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* MEISELMAN F. Surgical management of the odontogenic keratocyst: conservative approach. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52: 960-3.

MORGAN TA, BURTON CC, QIAN F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*2005;63:635-9.

NAKAMURA N, MITSUYASU T, MITSUYASU Y, TAKETOMI T, HIGUCHI Y, OHISHI M. Marsupialization for odontogenic keratocysts: long-term follow-up analysis of the effects and changes in growth characteristics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral.*

SRINIVASAN, K. et al. Diffusion-weighted imaging in the evolution of odontogenic cystic a tumour. *The British Journal Radiology.* v.85, p.864-870. 2012.

STOELINGA PJ. Long-term follow-up on keratocysts treated according to a defined protocol. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001;30:

VAROLI, F. P. et al. Tumor odontogênico queratocístico: característica intrínseca e elucidação da nova nomenclatura do queratocisto Odontogênico. *Journal Health Sci inst,* v. 28, n.1, p.80-83. 2010.

VOORSMIT RA. The incredible keratocyst: a new approach to treatment. *Dtsch Zahnarztl Z* 1985;40:641-4.