



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARCUS VINÍCIUS ISSA VIEIRA

QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO:
Revisão de Literatura e Relato de Caso Clínico

Londrina
2012

MARCUS VINÍCIUS ISSA VIEIRA

QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO:
Revisão de Literatura e Relato de Caso Clínico

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientador: Prof. Antônio Carrilho Neto

Londrina
2012

MARCUS VINÍCIUS ISSA VIEIRA

QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO:
Revisão de Literatura e Relato de Caso Clínico

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual de
Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Antônio Carrilho Neto
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Lauro Mizuno
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de ____.

AGRADECIMENTO (S)

Agradeço primeiramente a Deus, por estar à frente da minha caminhada durante estes cinco anos de graduação.

Ao meu orientador, pela orientação e dedicação ao meu lado na construção deste trabalho, sobretudo pela amizade e parceria construída no decorrer do curso.

À minha família, pelo apoio e por possibilitar meu ingresso e conclusão deste objetivo na minha vida.

VIEIRA, MARCUS VINÍCIUS. Queratocisto Odontogênico: Revisão de Literatura e Relato de Caso Clínico. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

O Queratocisto Odontogênico é um tipo de lesão que representa em torno de 7 a 11% dos cistos localizados em maxila e mandíbula, sendo destacado por sua natureza destrutiva, agressiva e elevado potencial de recorrência.

Microscopicamente, apresenta uma fina camada cística, com limitante epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana.

O material do seu interior contém principalmente proteínas solúveis, albumina e escamas de queratina.

Radiograficamente, apresentam bordas bem definidas, sendo que raramente provocam absorção radicular, porém podendo causar deslocamento dos dentes adjacentes.

O diagnóstico diferencial se dá através do estudo microscópico da biópsia e pela punção do líquido contido no interior da lesão.

São facilmente confundidos com ameloblastoma, cistos dentígeros, fibroma ameloblástico, cisto odontogênico calcificante, cisto periodontal lateral, cisto ósseo traumático, tumor odontogênico adenomatóide, lesão central de células gigantes e cisto do ducto palatino, já que não apresenta características patognomônicas.

Os principais tratamentos propostos são a enucleação, excisão em bloco, ressecção com enxerto ósseo imediato e marsupialização.

Sua recorrência está em torno de 17 – 56%, mas existem relatos de recorrência de até 70%.

Paciente do gênero masculino, 82 anos, etnia negra, aposentado, natural de Santo Antônio do Aventureiro MG, residente em Bandeirantes PR, deu entrada no Pronto Socorro Odontológico da Universidade Estadual de Londrina no dia 13/03/2012 cardiopata, anêmico, hipertenso controlado, apresentando tumefação facial, sendo submetido à biópsia da lesão e punção do líquido cístico. O tratamento realizado foi a marsupialização, sendo que após 93 dias a capacidade cística havia regredido em cerca de 5,5 ml, sendo o valor inicial referente a 7ml.

Há evidências radiográficas marcantes de uma satisfatória reparação óssea que acompanha a diminuição da lesão.

Palavras-chave: Queratocisto. Odontogênico. Diagnóstico. Tratamento. Etiologia.

VIEIRA, MARCUS VINÍCIUS. Odontogenic keratocyst: Review of Literature and Clinical Case Report. 2012. Labour Course Conclusion (Graduation Odontology)– Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is a type of injury that is around 7-11% of the cysts located in the maxilla and mandible, highlighted by its nature destructive, aggressive and high potential for recurrence.

Microscopically, cystic features a thin layer with stratified squamous epithelium and limiting junction conjunctival epithelium-flat.

The liquid contained in its interior presents especially soluble proteins, albumin, and keratin scales.

Radiographically, have well-defined borders, and rarely cause root absorption, but may cause displacement of adjacent teeth.

The differential diagnosis is through the microscopic study of biopsy and puncture the liquid contained within the lesion.

They are easily confused with ameloblastoma, dentigerous cysts, ameloblastic fibroma, calcifying odontogenic cyst, lateral periodontal cyst, traumatic bone cyst, AOT, central giant cell lesion and palatine duct cyst, because it has no pathognomonic features.

The main treatments are proposed enucleation, excision en bloc resection with bone graft and immediate marsupialization.

Its recurrence is around 17-56%, but there are reports of recurrence of 70%.

Male patient, 82 years old, black, retired, born in Santo Antônio Adventurer MG, coming from Bandeirantes PR, was admitted to the Emergency Dental State University of Londrina on 13/03/2012 heart disease, anemic, controlled hypertensive, with facial swelling, being subjected to punch biopsy of the lesion and cystic fluid. The treatment was marsupialization, and after 93 days the ability Cystic had regressed 5.5 ml.

There is striking evidence of a satisfactory radiographic bone healing with the decline of the injury.

Key words: Keratocyst. Odontogenic. Diagnosis. Treatment. Etiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura A – Tomografia Computadorizada.	14
Figura B – Tomografia Computadorizada II.....	14
Figura C – Radiografia Panorâmica	15
Figura D – Líquido puncionado do interior da lesão.	15
Figura E – Irrigação da cavidade com soro fisiológico	16
Figura F – Realização da biópsia incisional.....	16
Figura G – Amostra de tecido coletado para análise histopatológica	17
Figura H – Início da marsupialização	17
Figura I – Realização da marsupialização	18
Figura J – Marsupialização finalizada	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Aspectos Clínicos e Epidemiológicos	09
1.2 Aspectos Histopatológicos	10
1.3 Aspectos Radiográficos	11
1.4 Diagnóstico Diferencial.....	11
1.5 Etiopatogenia	13
1.6 Tratamentos Propostos	13
1.7 Recorrência	14
2. RELATO DE CASO	15
3. DISCUSSÃO	22
4. CONCLUSÃO	22
5. REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Clínicos e Epidemiológicos:

O Queratocisto Odontogênico foi diagnosticado pela primeira vez em 1956 por Philipsen. (OGUNSAU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. 2007).

Em 1963, Pindsburg e Hansen, afirmaram que a característica mais significativa está no fato de ser extremamente recidivante, atribuída à presença de restos epiteliais de cistos de satélite na margem óssea. (OGUNSAU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. 2007).

Incidência varia de 7 a 11% dos tumores localizados em maxila e mandíbula. O Queratocisto Odontogênico destaca-se pela sua natureza destrutiva, comportamento agressivo e elevado potencial de recorrência (PAGOTTO, S. et al. 2004).

A mandíbula é mais afetada que a maxila, principalmente em regiões de terceiros molares e ramos, seguidos das regiões de pré-molares e depois da região anterior. (LOPES NETO 2000).

Possui um potencial de crescimento notável, com comportamento semelhante a tumores benignos e podem ser muito grandes, produzindo destruição óssea massiva. Ainda não existe um critério clínico e histológico bem definido, assegurando seu reconhecimento e separação como uma propriedade de entidade. Macroscopicamente, achados clínicos relatam expansão ou perfuração das corticais ósseas. (MARISSOL. Agueda; FLORES, Arellano; GONZÁLEZ MONTELONGO, Manuel. 2008).

Um apoio adicional para se considerar o Queratocisto Odontogênico como uma neoplasia benigna, chamou atenção para o dobramento do forro epitelial para dentro da cápsula, sugerindo que este era resultado da proliferação epitelial ativa. Trabalhos como o citado acima, relataram o comportamento de alguns Queratocistos Odontogênicos, tão agressivos quanto um Ameloblastoma. (SHEAR 2002).

O elevado nível de atividade enzimática das células fibroblásticas adjacentes, sugeriram uma estreita ligação com as células mesenquimais da cápsula do cisto, sendo essencial para manutenção desta alta capacidade metabólica, explicando sua capacidade de crescimento. (SHEAR 2002).

Autores descrevem a cápsula cística como sendo fina e friável, fragmentando-se com facilidade, o que dificulta sua remoção por completo. Normalmente o material punsonado apresenta-se com consistência semisólida e quando infectado, apresenta-se purulento.

Em seu estudo com proteínas p53, SHEAR 2002, cita o fato de essas proteínas serem encontradas principalmente em lesões malignas, já que sua meia vida em células normais é curta, tornando improvável sua detecção. Dos cistos estudados, somente em Queratocisto Odontogênico foi detectada a presença de p53, indicando reação positiva em 5 de 12 casos estudados. Nos casos positivos, foi detectado também que tais células + p53 estavam se dividindo ativamente. A interpretação desses dados é muito cautelosa por parte do autor, porém sugere um potencial de malignidade do Queratocisto Odontogênico que o difere dos outros tipos de cistos.

1.2 Aspectos Histopatológicos:

Microscopicamente, apresenta lesões exibindo forro de células escamosas típicas, paraqueratótica de espessura variável e facilmente retirado do estoma subjacente. Em uma área, no entanto, o epitélio mostrou transição para epitélio tipo ameloblástico e gemas de pequenas dimensões que estavam presentes no estoma. Esta característica é considerada para representar transformação ameloblastomática na parede do cisto. (OGUN SALU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. 2007).

Apresenta uma fina cavidade cística com limitante epitelial escamoso estratificado e junção epitélio-conjuntiva plana. Observou-se separação do limitante epitelial da cápsula fibrosa e presença de células paraqueratinizadas e ortoqueratinizadas, achatadas, em paliçada, de aparência corrugada na superfície luminal. Camada basal com células de núcleo hiper cromático dispostas em paliçada. Cistos satélites também foram observados. (SOUZA TOLENTINO, Elen. et al. e TADEU SANTOS, Gilberth. et al. 2007).

Cápsula fibrosa constituída por 5 a 10 camadas de células. Apresenta pouca aderência ao conjuntivo e um lúmem com uma quantidade variável de queratina descamada. Na análise do fluido ou semifluido contido em suas cavidades, observou-se um líquido contendo menos de 4g/100ml de proteínas

solúveis, constituído predominantemente por albumina (70%) e escamas de queratina. (PAGOTTO, S. et al. 2004).

1.3 Aspectos radiográficos:

Os Queratocistos apresentam as bordas bem definidas e que raramente provocam reabsorção radicular, sendo mais comum causarem o deslocamento de dentes adjacentes. (Brannon, R.B. 1976).

Radiografia panorâmica revelou uma área radiolúcida unilocular.(OGUN SALU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. e SOUZA TOLENTINO, Elen. et al.2007).

A radiolucidez unilocular não continha septos no interior do osso e apresentaram reabsorções das raízes dos elementos próximos à lesão. (OGUN SALU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. 2007).

Podem atingir grandes proporções, sem provocar expansão das corticais ósseas. Pode ocorrer fratura patológica. (HARING; DIS. Van. 1988).

Radiograficamente, o Queratocisto pode apresentar um halo esclerótico, de margens regulares ou onduladas, multilocular ou unilocular, que pode ou não envolver um dente retido. (SOUZA TOLENTINO, Elen. et al. e TADEU SANTOS, Gilberth. et al. 2007).

1.4 Diagnóstico diferencial:

Os Queratocistos são facilmente confundidos com lesões do tipo: Ameloblastoma: Microscopicamente pode apresentar Ilhas de células epiteliais, células periféricas colunares, polarização invertida, em paliçada e semelhantes aos ameloblastos do órgão de esmalte, citoplasma vacuolizado.

Cistos Dentígeros: Microscopicamente pode apresenta epitélio cístico com duas a três camadas de células, sendo a junção epitélio-conjuntiva com aspecto plano. Quando inflamado, o epitélio apresenta-se mais espesso e escamoso. Na cápsula conjuntiva, podem ser observadas “ilhotas” de epitélio odontogênico.

Fibroma Ameloblástico: Microscopicamente pode apresentar tecido mesenquimal rico em células lembrando papila dentária primitiva com proliferação de epitélio

odontogênico. Epitélio formado por duas camadas de células colunares ou cúbicas, podendo formar “ilhas” ou “cordões”.

Tumor Odontogênico Epitelial Calcificante: Microscopicamente pode apresentar lençóis de células epiteliais grandes e poligonais, com núcleos em várias formas e tamanhos. Citoplasma abundante e eosinofílico. Células claras podem ser vistas, mitoses são raras. Calcificações concêntricas, “anéis de Liesegang”.

Cisto Periodontal Lateral: Microscopicamente pode apresentar um epitélio cuboidal não queratinizado, com células claras, ricas em glicogênio. Pode apresentar espessamentos epiteliais focais e “restos de Serres” na cápsula de tecido conjuntivo.

Cisto Ósseo Traumático: Microscopicamente pode apresentar uma membrana delgada de tecido conjuntivo vascular, fibrina, eritrócitos e células gigantes ocasionais na superfície próxima à cavidade.

Tumor Odontogênico Adenomatóide: Microscopicamente pode apresentar proliferações de células epiteliais que variam de poliédricas a fusiformes. Padrão lobular com estruturas em forma de ductos compostos por células colunares e focos de calcificação.

Cisto do Ducto Palatino: Microscopicamente pode apresentar epitélio escamoso estratificado (mais comum), epitélio colunar pseudo-estratificado, epitélio colunar simples, epitélio cúbico simples, capsula de tecido conjuntivo fibroso denso, podendo conter nervos periféricos, artérias e veias.

O Queratocisto Odontogênico não apresenta características patognomônicas. Estes cistos serão diferenciados pela localidade, capacidade de crescimento, associação com dentes adjacentes, capacidade de reabsorção óssea, forma, aspecto do líquido puncionado, sintomatologia e histórico. O diagnóstico definitivo se dá através do estudo microscópico da biópsia e do líquido puncionado contido no interior da cápsula cística, levando em consideração aspectos relacionados à capsula, ao epitélio e ao lúmen.

Os fluidos de Queratocistos Odontogênicos, em geral possuem níveis baixos de proteínas solúveis, mais baixos do que os cistos não queratinizados. Sugeriu-se então que níveis de proteínas inferiores a 4,0g por 100 ml indicaria diagnóstico de Queratocisto Odontogênico, enquanto que um valor acima de 5,0g por 100ml, indicaria um cisto radicular dentígeno, ou fissural. (SHEAR 2002).

Foi sugerido que o diagnóstico pré-operatório do Queratocisto Odontogênico possa ser feito por aspiração do líquido do cisto e demonstrando sinais de queratinização em uma película corada por Rodamina B, através do método de fluorescência. Mais tarde, estudos revelaram uso combinado bem sucedido da citologia esfoliativa e estimativas de proteínas o diagnóstico pré-operatório desses cistos. (SHEAR 2002).

1.5 Etiopatogenia:

Os Queratocistos são considerados cistos de desenvolvimento e se originam de restos de lâmina dentária. Apresentam capacidade de queratinização, proliferação, e podem surgir da infiltração de tecido conjuntivo durante a odontogênese. (Brannon, R.B, The Odonthogenic Keratociyst. 1976).

Acredita-se que o Tumor Odontogênico Queratocístico, surja a partir da lâmina dentária e representa 4-12% de todos os Cistos Odontogênicos. (GRASMUCK, Elizabeth; NELSON, Brenda. 2010).

Queratocisto é um cisto derivado de lâmina dentária e pode estar em associação com um cisto primário ou um dente supranumerário, pela expansão das células basais do epitélio. (MARISSOL. Agueda; FLORES, Arellano; GONZÁLEZ MONTELONGO, Manuel. 2008).

Devido à nova classificação da OMS 2005, o Queratocisto Odontogênico foi renomeado como Tumor Odontogênico Queratocístico, enfatizando sua natureza neoplásica. O Queratocisto Odontogênico é um cisto de desenvolvimento epitelial dos maxilares, derivado do órgão do esmalte ou da lâmina dental, que corresponde a aproximadamente 11% de todos os cistos maxilares. (TADEU SANTOS, Gilberth. et al. 2010).

1.6 Tratamentos propostos:

Diversas modalidades cirúrgicas têm sido propostas para o tratamento dos Queratocistos, a exemplo da enucleação, seguida ou não por curetagem e remoção do mucoperiósteo suprajacente, descompressão, excisão em bloco, ressecção com enxerto ósseo imediato e marsupialização. (PAGOTTO, S. et al. 2004).

A marsupialização pode ser utilizada para tratar cistos de grandes dimensões, cessando o potencial de crescimento tornando a parede do cisto mais espessa, facilitando a sua completa remoção num segundo tempo cirúrgico. (PAGOTTO, S. et al. 2004).

A experiência de tratamento de alguns autores, produziu sobre o tratamento, propostas para melhor manuseio com a seguinte classificação: Conservadora; Cirúrgica; Combinação. (MARISSOL. Agueda; FLORES, Arellano; GONZÁLEZ MONTELONGO, Manuel. 2008).

Por se tratar de uma lesão recidivante e com capacidade de atingir grandes extensões, necessita de uma abordagem mais específica. O tratamento varia, podendo ser constituído de enucleação, marsupialização e descompressão, sendo a última um procedimento no qual um tubo de drenagem de polietileno é inserido em lesões extensas, para permitir a descompressão e conseqüente redução no tamanho da lesão, para posterior enucleação. (POGREL; JORDAN, 2004).

Alguns trabalhos defendem a utilização da crioterapia para tratamento de Queratocisto Odontogênico.

Segundo Pogrel (2001), devido à capacidade do nitrogênio líquido desvitalizar osso in situ e manter a estrutura intacta, a crioterapia pode ser utilizada para lesões localmente agressivas dos maxilares, incluindo o Queratocisto Odontogênico, Ameloblastoma e Fibroma Cimento-ossificante. Entretanto em decorrência da dificuldade em controlar a quantidade de nitrogênio líquido aplicada à cavidade, a necrose resultante e o edema podem ser imprevisíveis.

1.7 Recorrência:

Diversos relatórios publicados revelaram a taxa de recorrência variando de 3 a 60%. (SHEAR 2002).

Enquanto o cisto é um tumor benigno, a sua taxa de recorrência pode ser alta (17-56%) com enucleação simples. Se um tratamento adjuvante é adicionado, tal como a aplicação de solução de Carnoy ou descompressão antes de enucleação, a taxa de recorrência é relatada estar entre 1 - 8,7% (SHEAR 2002).

A simples enucleação pode ser inaceitavelmente extensa, dada à natureza benigna da doença. (GRASMUCK, Elizabeth; NELSON, Brenda. 2010).

O alto índice de recorrência, inclusive em tecidos moles e enxertos ósseos, sugere que os Queratocistos sejam classificados como uma neoplasia cística benigna. Porém a mais recente classificação da OMS os considera como “cistos de desenvolvimento”. Entre os fatores responsáveis pela recorrência, destacam-se a dificuldade técnica e ou cirúrgica que resulte na remoção incompleta do cisto. O fato de a cápsula ser fina e friável, a existência de perfurações das corticais ósseas e aderência aos tecidos moles adjacentes. Até cinco anos do tratamento inicial ocorrem os maiores números de recorrência (cerca de 70%), entretanto existem relatos de recidiva após 40 anos do tratamento inicial. Portanto recomenda-se controle radiográfico anual desses pacientes, por tempo indeterminado. (PAGOTTO, S. et al. 2004).

A maioria das recidivas é clinicamente evidente após 5 anos da cirurgia, contudo podem se manifestar até 10 anos ou mais, sendo assim, de extrema importância um longo acompanhamento das lesões. (BRONDON; JENSEN. 1991).

Embora benignos tais cistos são localmente muito agressivos e tem uma tendência para recorrência após o tratamento, sendo que as taxas de recidivas podem variar de 3 - 60%. (FRYEZA SHARIF, Nj; RICHARD, Oliver; CHRISTOPHER, Sweet; MOHAMMAD, Sharif. 2010).

Independentemente da modalidade de tratamento, a taxa de recorrência do Queratocisto é conhecida por ser elevada (de 5 - 62,5%). O uso das cricocirurgias parece ser muito promissor, Schmidt e Pogrel documentou uma taxa de recorrência de apenas 11,5% em 36 pacientes. (OGUN SALU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. 2007).

2. Relato de Caso:

Paciente do gênero masculino, 82 anos, etnia negra, aposentado, natural de Santo Antônio do Aventureiro MG, procedente de Bandeirantes PR, deu entrada no Pronto Socorro Odontológico da Universidade Estadual de Londrina no dia 13/03/2012, cardiopata, anêmico, hipertenso controlado fazendo uso de Captopril (15-08 mm/Hg) e Espironolactona. Apresentou-se com tumefação facial, flutuante à palpação na região de ramo e corpo de mandíbula, sugestiva de Queratocisto.

O paciente estava de posse dos exames de tomografia computadorizada e radiografia panorâmica, analisadas previamente ao ato cirúrgico.

Figura A: Tomografia computadorizada.

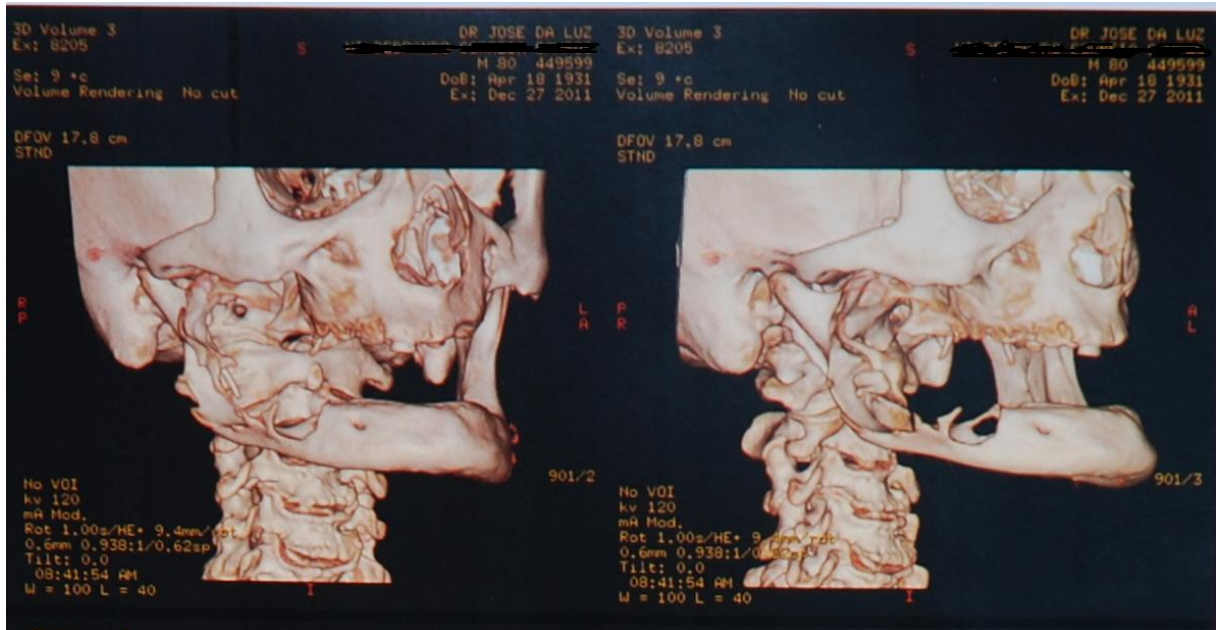


Figura B: Tomografia computadorizada II.

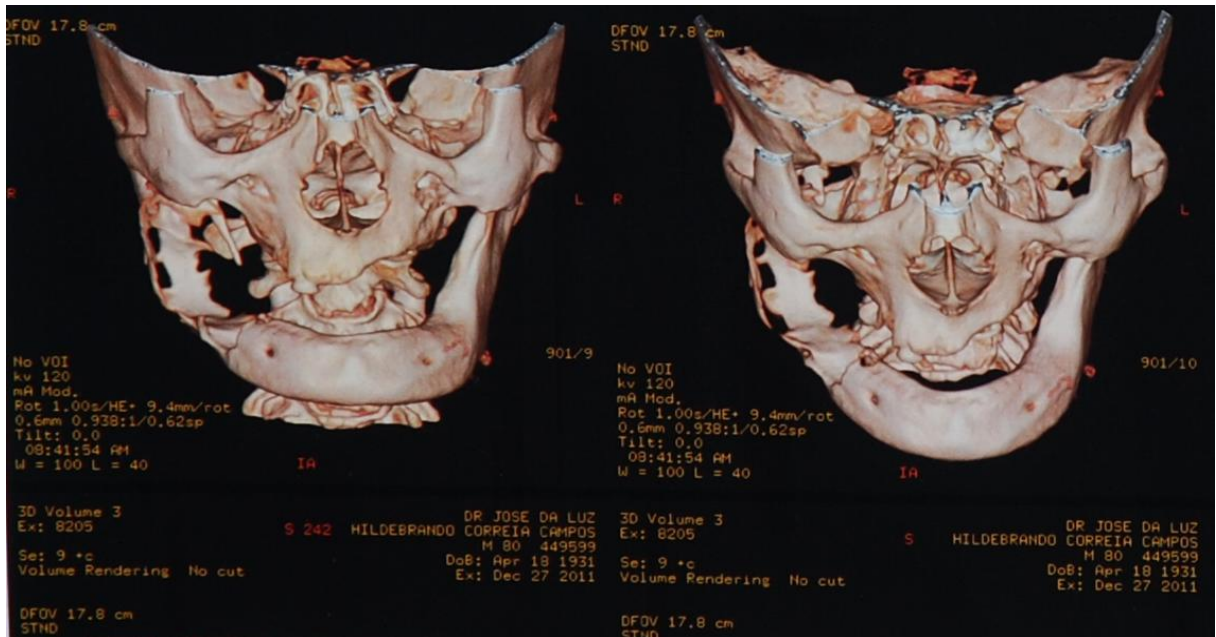
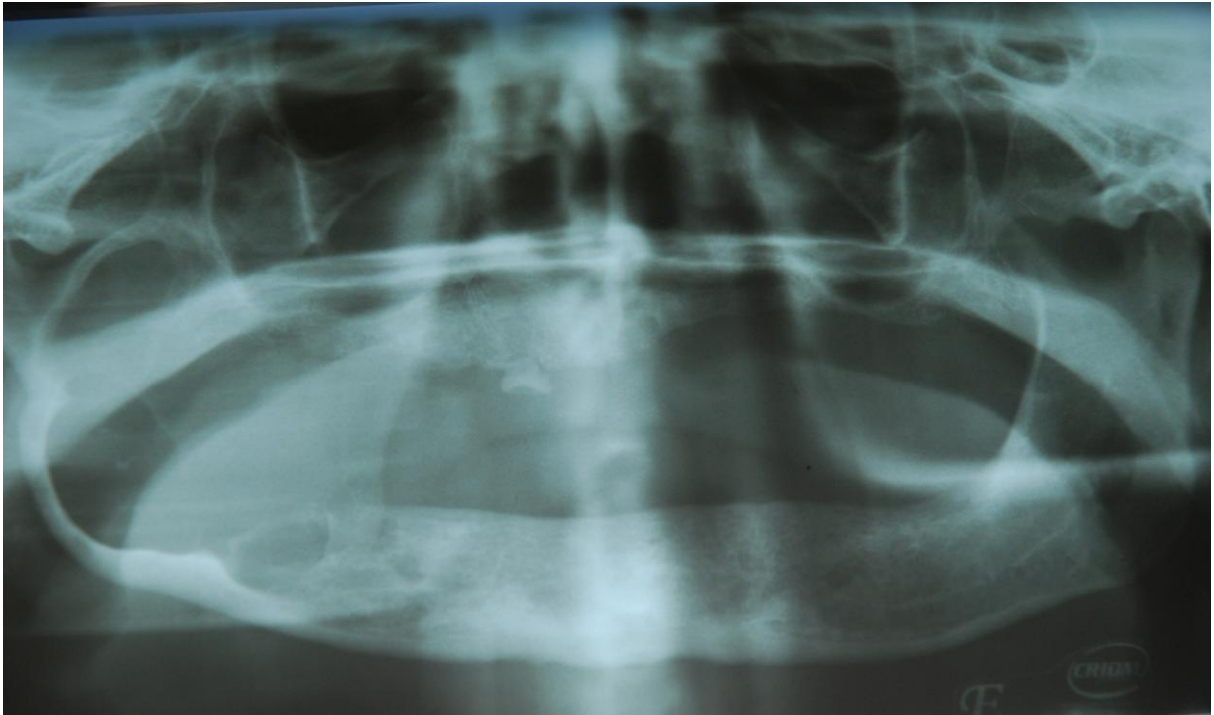


Figura C: Radiografia Panorâmica.



Após a realização do exame clínico, sob a técnica de anestesia local do Nervo Alveolar Inferior, complementada por infiltração local, o paciente foi submetido à punção do líquido presente no interior da lesão.

O líquido apresentou coloração marrom e partículas brilhantes sugestivas de cristais de colesterol. A punção obteve 9,5ml de líquido.

Figura D: Líquido puncionado do interior da lesão.



Após a descompressão, foi detectado que a capacidade da cavidade cística, comportou 7 ml de soro fisiológico em seu interior.

Figura E: Irrigação da cavidade com soro fisiológico.



Foi realizada biópsia incisional com lâmina 15-C, e a técnica de eleição foi a marsupialização.

Figura F: Realização da biópsia incisional.



Figura G: Amostra de tecido coletado para análise histopatológica.

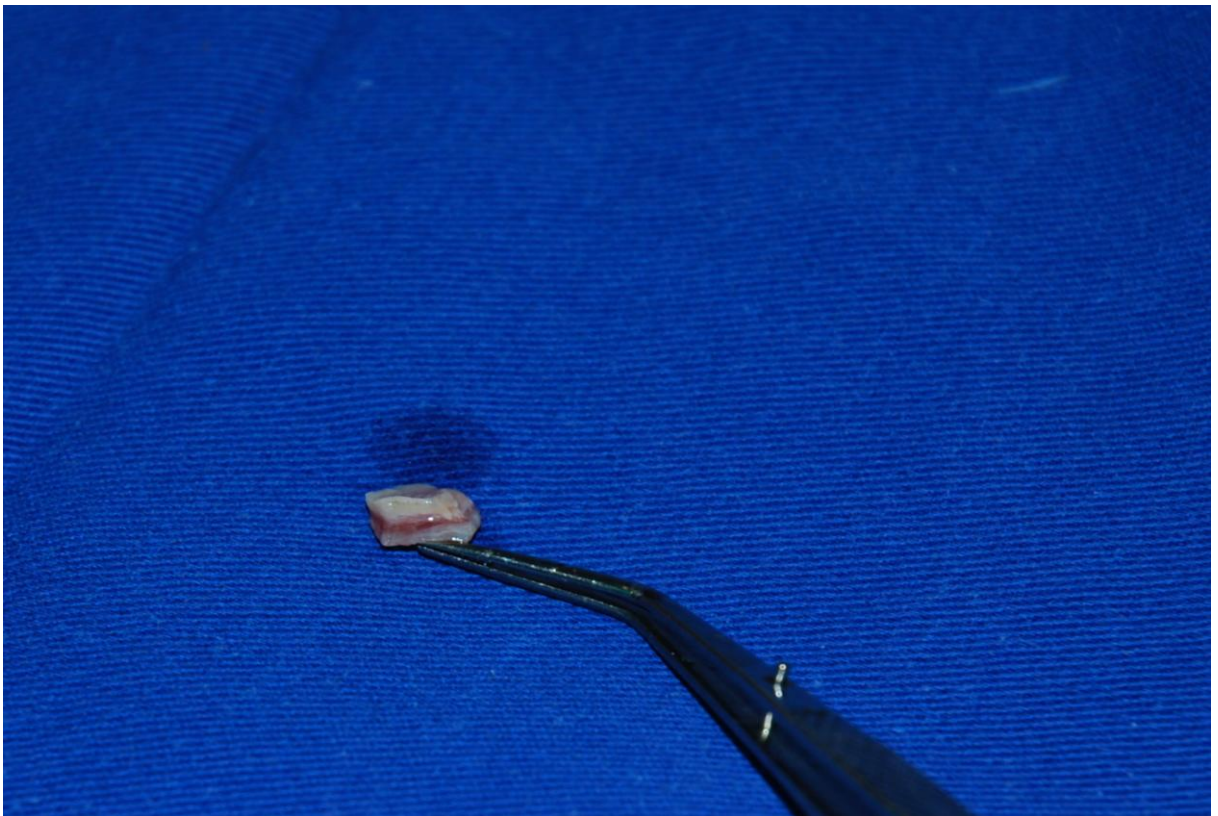


Figura H: Início da marsupialização.



Figura I: Realização da marsupialização.



Figura J: Marsupialização finalizada.



Prescreveu-se analgésico (Dipirona 500mg) e instruções pós-operatórias quanto à alimentação limpeza e repouso, sendo que a limpeza, inicialmente 5 dias após a cirurgia, irrigando com soro fisiológico e posteriormente com água filtrada ou fervida.

O resultado da biópsia relatou mucosa bucal com fragmento de epitélio escamoso paraqueratinizado e tecido conjuntivo fibroso denso com aspecto histopatológico de normalidade.

O paciente retornou para controle após 30 dias. Após exame clínico constatou-se uma regressão da capacidade cística, diminuindo para 4 ml.

Após 58 dias obteve-se a capacidade cística de 2,5ml. Nessa consulta foi solicitado um novo exame radiográfico panorâmico.

No controle realizado após 93 dias da data da marsupialização, obteve-se a capacidade da cavidade cística de 1, 5 ml.

Resultado do exame radiográfico sugere uma satisfatória e contínua reparação óssea.

A enucleação final será realizada quando o epitélio de revestimento cístico estiver quase superficial em decorrência da regressão da cavidade. Em algumas vezes não se faz necessária a enucleação, mas em outras, quando

detectada alguma alteração clínica, o término do tratamento se dá em um segundo tempo cirúrgico.

3. DISCUSSÃO:

De acordo com as descrições relatadas pela literatura, o caso estudado se enquadra nos padrões encontrados em casos semelhantes de Queratocisto odontogênico, devido o fato de ser invasivo e indolor. O exame histopatológico relatou fragmento de epitélio escamoso paraqueratinizado e tecido conjuntivo fibroso denso com aspecto de normalidade, resultado esse que também se enquadra nas características relatadas na literatura de outros casos de Queratocisto odontogênico.

No ato da punção, o líquido apresentou-se amarronzado e com partículas brilhantes sugestivas de cristais de colesterol.

A radiografia panorâmica é fundamental para o diagnóstico diferencial do Queratocisto odontogênico, tornando-se um importante aliado na etapa pós-operatória do caso.

O paciente deverá ser acompanhado de forma cuidadosa, periódica e sistemática, através de exames radiográficos e clínicos, por um período mínimo de cinco anos após o ato cirúrgico..

4. CONCLUSÃO

É de extrema importância o conhecimento de todas as técnicas preconizadas na literatura para casos de Queratocistos Odontogênicos, bem como se atentar à relação do custo benefício para o paciente.

No momento logo após o ato operatório, o volume anteriormente constatado, regrediu dado à descompressão da lesão, melhorando também a assimetria facial do paciente.

De acordo com o acompanhamento clínico, nota-se comprovadamente uma diminuição gradativa do lúmen da lesão, que inicialmente era de 7 ml, diminuindo para 1,5 ml de capacidade em apenas 93 dias, lembrando que o paciente possui idade avançada.

O acompanhamento radiográfico confirmou a diminuição da cavidade cística e sugeriu uma neoformação óssea no local antes ocupado pela lesão, tornando favorável o prognóstico do caso.

5. REFERÊNCIAS

- BRANNON RB. The odontogenic keratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases, part I. Clinical features. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 42, 54–72
- BRNDOM, N. JENSEN, V. J. Recurrence and decompression treatment: A long-term follow-up of forty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 72:265. 1991.
- FRYEZA SHARIF, Nj; RICHARD, Oliver; CHRISTOPHER, Sweet; MOHAMMAD, Sharif. Editorial Group: Cochrane Oral Health Group. 2010.
- GRASMUCK, Elizabeth; NELSON, Brenda. Keratocystic Odontogenic Tumor. *Head Neck Pathol*. 2010 March; 4(1): 94–96.
- HARING; DIS. Van. Odontogenic keratocysts: a clinical, radiographic, and histopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988 Jul;66(1):145-53.
- LOPES NETO, F.C. et al. Queratocisto Odontogênico: Relato de caso clínico. *HB Científica*. 2000; 7:3.
- MARISSOL. Agueda.; FLORES, Arellano; GONZÁLEZ MONTELONGO, Manuel. Tumor odontogénico queratoquístico y sus tratamientos: reporte de un caso: revisión de la bibliografía / Odontogenic keratocyst tumor and its treatments: report of a case: *Rev. ADM*;65(1):44-48, feb. 2008.
- OGUN SALU, C; DAISLEY II, H; KAMTAI, A; KANHAI, D; MANKEEI, M; MAHARAJI, A. Odontogenic keratocyst in Jamaica: a review of five new cases and five instances of recurrence together with comparative analyses of four treatment modalities. *West Indian Med J*. 2007 Jan;56(1):90-5.
- PAGOTTO, S. et al. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - VOL. 33 / Nº 2 / ABR./MAI./JUN. 2004*
- POGREL, M.A.; JORDAN, R.C.K.; Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic Keratocyst; *J Oral Maxillofac Surg*, 62: 651-55, June, 2004;
- SHEAR, M. The aggressive nature of the odontogenic keratocyst: Is it a benign cyst neoplasm? Part 1. Proliferation and genetic studies. *Oral Oncol* 2002; 38: 219.
- SHEAR, M. The aggressive nature of the odontogenic keratocyst: Is it a benign cyst neoplasm? Part 2. Proliferation and genetic studies. *Oral Oncol* 2002; 38: 323.
- SHEAR, M. The aggressive nature of the odontogenic keratocyst: Is it a benign cyst neoplasm? Part 3. Proliferation and genetic studies. *Oral Oncol* 2002; 38: 407.
- SOUZA TOLENTINO, Elen. et al. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* v.7, n.3, 35 - 40 jul./set. 2007
- TADEU SANTOS, Gilberth. et al. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.10 no.1 Camaragibe* Jan/ Mar. 2010

