



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LAURA CAMBRAIA GARMS

**CISTO ODONTOGÊNICO BOTRIOIDE:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Londrina
2022

LAURA CAMBRAIA GARMS

**CISTO ODONTOGÊNICO BOTRIOIDE:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alves Matheus

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Cambráia Garms, Laura.

Cisto odontogênico botrioide : relato de caso clínico / Laura Cambráia Garms. - Londrina, 2022.
24 f. : il.

Orientador: Ricardo Alves Matheus.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Cisto periodontal lateral - TCC. 2. Cisto odontogênico botrioide - TCC. 3. Relato de caso clínico - TCC. 4. Cirurgia bucal - TCC. I. Alves Matheus, Ricardo. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.31

LAURA CAMBRAIA GARMS

CISTO ODONTOGÊNICO BOTRIOIDE:

RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de graduação em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alves Matheus
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Ms. Lígia Pozzobon Martins
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 14 de junho de 2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e à minha irmã, por todo amor e apoio durante toda caminhada.

À minha avó Carmen Silvia (*in memoriam*), exemplo de vida, que estará sempre presente no meu coração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à Deus, por guiar e iluminar a minha caminhada, me permitindo chegar até aqui.

Aos meus pais, Álvaro e Gabriela, e à minha irmã Bruna, que são a minha base e sempre estiveram ao meu lado me apoiando e me incentivando.

Ao meu namorado, João Victor, pelo apoio e paciência durante o período do projeto.

À todos os professores e funcionários que fizeram parte da minha formação, em especial ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Alves Matheus pelos ensinamentos, paciência e tempo disponibilizado.

Aos meus colegas de turma, em especial à minha dupla e amiga, Tainara, que sempre esteve ao meu lado durante toda essa trajetória.

Ao residente Gabriel Brito, que contribuiu diretamente para o desenvolvimento deste trabalho.

Por fim, agradeço à Universidade Estadual de Londrina, que me orgulho tanto em dizer que fiz parte.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

RESUMO

GARMS, Laura Cambraia. **Cisto odontogênico botrioide**: relato de caso clínico. 2022. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

O cisto odontogênico botrioide é um cisto de desenvolvimento de origem odontogênica incomum. Ele é considerado uma variante do cisto periodontal lateral, com aspecto policístico e uma maior taxa de recidiva. Na maioria das vezes, esta patologia acomete a mandíbula, normalmente na região dos pré-molares inferiores, seguida pela região anterior da maxila e pode se apresentar de forma assintomática ou sintomática. Radiograficamente, se caracteriza por uma imagem radiolúcida com margens bem definidas, podendo ser unilocular ou multilocular. O tratamento indicado é o cirúrgico, através da enucleação da lesão seguida de tratamentos complementares, como a osteotomia periférica, visando evitar recidivas, e recomenda-se realizar o acompanhamento do paciente por um longo período. Este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de um cisto periodontal lateral com aspectos morfológicos compatíveis com a variante botrioide, que acometeu uma paciente do sexo feminino, 38 anos de idade e se apresentou com características clínicas e radiográficas não habituais, sendo tratado em âmbito hospitalar, sob anestesia geral, por meio da enucleação da lesão, seguida de curetagem e osteotomia periférica.

Palavras-chave: Cistos odontogênicos; Cisto periodontal lateral; Policístico; Cirurgia bucal.

ABSTRACT

GARMS, Laura Cambraia. **Botryoid odontogenic cyst: clinical case report.** 2022. 24 f. Course Conclusion Paper (Graduation in Dentistry) – State University of Londrina, Londrina, 2022.

Botryoid odontogenic cyst is a developmental cyst of uncommon odontogenic origin, it is considered a variant of the lateral periodontal cyst with a polycystic appearance and a higher recurrence rate. Most of the time, it affects the mandible, usually in the region of the lower premolars, followed by the anterior region of the maxilla, and it can be asymptomatic or symptomatic. Radiographically, it is characterized by a radiolucent image with well-defined margins, which can be unilocular or multilocular. The indicated treatment is surgical through the enucleation of the lesion followed by complementary treatments such as peripheral osteotomy, in order to avoid recurrences, and it is recommended to follow the patient for a long period. This study aims to report the surgical treatment of a lateral periodontal cyst with morphological aspects compatible with the botryoid variant, which affected a 38 year old female patient and presented with unusual clinical and radiographic characteristics, being treated in a hospital, under general anesthesia, through lesion enucleation, followed by curettage and peripheral osteotomy.

Key-words: Odontogenic cysts; Lateral periodontal cyst; Polycystic; Oral surgery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia oclusal parcial da maxila	15
Figura 2 – Laudo com o diagnóstico de cisto odontogênico botrioide	16
Figura 3 – Exame físico intrabucal.....	16
Figura 4 – Imagens tomográficas, cortes axiais no sentido súpero-inferior	17
Figura 5 – Incisão intrasulcular dos elementos 21 ao 26.....	18
Figura 6 – Descolamento mucoperiosteal total, expondo a lesão.....	18
Figura 7 – Loja cirúrgica após a remoção da lesão	18
Figura 8 – Suturas em pontos simples envolvendo as papilas dos dentes associados	19
Figura 9 – Aspecto clínico intrabucal 04 meses após a realização da cirurgia.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COB	Cisto odontogênico botrioide
CPL	Cisto periodontal lateral
UEL	Universidade Estadual de Londrina
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	14
3	RELATO DE CASO	15
4	DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

O cisto odontogênico botrioide (COB) é um raro cisto de desenvolvimento de origem odontogênica. Trata-se de uma variante policística do cisto periodontal lateral (CPL) e se apresenta com aspecto de cachos de uva (NEVILLE et al., 2009). Ocorre com maior frequência em indivíduos na sexta/sétima décadas de vida, com uma pequena predileção pelo sexo feminino e acomete, na maioria das vezes, a mandíbula, normalmente na região dos pré-molares inferiores, seguida pela região anterior da maxila, podendo se apresentar de forma assintomática ou sintomática, sendo dor e parestesia os sintomas mais frequentes (CUNHA et al., 2019).

Segundo o mesmo autor, radiograficamente se caracteriza por uma imagem radiolúcida com margens bem definidas, podendo ser unilocular ou multilocular. Lesões recorrentes costumam apresentar aspecto multilocular. Histologicamente, o COB revela múltiplas cavidades patológicas revestidas por uma fina camada de epitélio não queratinizado, com espessamento focal semelhantes à placas e células claras ricas em glicogênio.

O COB possui uma maior taxa de recorrência quando comparado ao CPL, em vista disso, se torna necessário classificar a variante botrioide para que seja efetuado o correto tratamento. Os casos de recidiva podem ser reduzidos se, após a enucleação da lesão, forem realizados tratamentos complementares, visando eliminar possíveis remanescentes, como a ostectomia periférica ou aplicação da solução de Carnoy. Mesmo realizando os tratamentos complementares, é recomendado manter o paciente em acompanhamento por um longo período devido ao limitado conhecimento científico relacionado a esse cisto odontogênico (GONÇALVES et al., 2015).

2 OBJETIVO

Descrever o caso clínico de um CPL com aspectos morfológicos compatíveis com a variante botrioide, que se apresentou com características clínicas não habituais, sendo tratado em âmbito hospitalar, sob anestesia geral, por meio da enucleação da lesão, seguida de curetagem e osteotomia periférica, expondo desde o diagnóstico inicial até a evolução clínica.

3 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Estomatologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), queixando-se de um aumento de volume próximo à asa do nariz do lado esquerdo, presente há cerca de 1 mês e que vinha aumentando de tamanho desde então. A paciente negava presença de algias espontâneas em face. Relatou ter realizado uma consulta médica, devido à lesão, onde foi prescrito o uso de Amoxicilina e Ibuprofeno durante 1 semana. Negou possuir comorbidades sistêmicas, vícios e alergias. Durante esta consulta inicial, foi realizada uma radiografia oclusal em região anterior de maxila que evidenciou uma imagem radiolúcida, delimitada, circunscrita, com margens definidas, multilocular, envolvendo o ápice radicular do dente 22 e se estendendo até as raízes dos dentes 24 e 25 (Figura 1).

Figura 1 - Radiografia oclusal parcial da maxila



Fonte: Próprio autor

Optou-se pela realização da biópsia incisional sob anestesia local em ambiente ambulatorial e posterior envio do espécime para análise histopatológica, onde se obteve o diagnóstico inicial de cisto odontogênico botriode (Figura 2).

Figura 2 - Laudo com o diagnóstico de cisto odontogênico botrióide

MATERIAL: Biópsia de lesão em maxila (S21-1794).

EXAME MACROSCÓPICO:

O espécime e recebido fixado em formalina e consta de três fragmentos irregulares de tecido, medindo 0,3x0,2x0,2cm cada, de cor acinzentada e consistência elástica. 1c3f FIT

EXAME MICROSCÓPICO:

Cortes histológicos revelam lesão com múltiplas cavidades císticas com revestimento epitelial escamoso estratificado com áreas com 1 a 2 camadas e áreas de alargamento, camada basal constituído por células cúbicas, presença de células com citoplasma claro e cápsula de tecido conjuntivo sem inflamação.

DIAGNÓSTICO:

Biópsia de lesão em maxila compatível com CISTO ODONTOGÊNICO BOTRIÓIDE.

FAI 28.07.21

Fonte: Próprio autor

A equipe de Estomatologia solicitou a realização do exame tomográfico e a paciente foi encaminhada para o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) da UEL, onde foi realizada uma avaliação clínica. Ao exame clínico, se observou um aumento de volume na região paranasal à esquerda. A paciente não apresentou limitações quanto à abertura bucal e não foi observado nenhum sinal de alteração clínica quanto aos dentes 21, 22, 23 24, 25 e 26 (Figura 3).

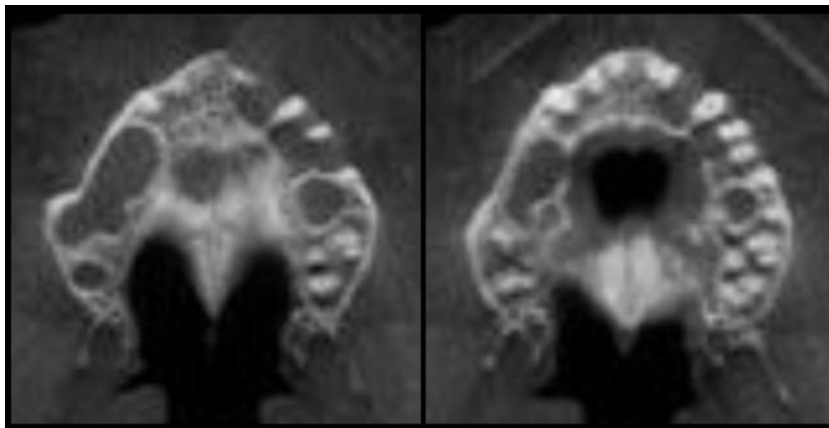
Figura 3 - Exame físico intrabucal

Fonte: Próprio autor

Na avaliação das imagens tomográficas, verificou-se uma imagem hipodensa, referente às áreas de reabsorção óssea, delimitada, se estendendo do elemento 22 até a mesial do elemento 26, gerando descontinuidade da cortical

vestibular, mas sem gerar qualquer tipo de deslocamento dos dentes associados (Figura 3). Após a discussão do caso pela equipe de CTBMF, optou-se por realizar o procedimento de enucleação da lesão em âmbito hospitalar sob anestesia geral.

Figura 4 - Imagens tomográficas, cortes axiais no sentido súpero-inferior



Fonte: Próprio autor

A remoção da lesão ocorreu no centro cirúrgico do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. Inicialmente, foi realizada a degermação da face da paciente, seguida da infiltração de lidocaína com epinefrina 1:200.000 na região vestibular maxilar à esquerda. Realizou-se a antisepsia com PVPI, aposição de campos estéreis e a colocação do tampão orofaríngeo. Optou-se pela realização do acesso cirúrgico intrabucal com incisão intrasulcular envolvendo o dente 21 e se estendendo até o dente 26 (Figura 5), seguido do descolamento mucoperiosteal total, formando retalho em envelope na região vestibular esquerda, expondo a lesão (Figura 6). Posteriormente, foi realizada a enucleação do cisto com a utilização de pinça Dietrich, tesoura Metzbaum e pinça Kelly, auxiliando na divulsão dos planos adjacentes da lesão, permitindo sua remoção (Figura 7). No momento seguinte à enucleação, houve a limpeza da cavidade com cureta de Lucas, osteotomia periférica e irrigação copiosa da região para evitar quadro de recidiva. Após verificar a hemostasia local, pode-se finalizar o procedimento com suturas em pontos simples com vicryl 4-0 envolvendo papilas dos dentes associados à incisão intrasulcular (Figura 8).

Figura 5 - Incisão intrasulcular dos elementos 21 ao 26



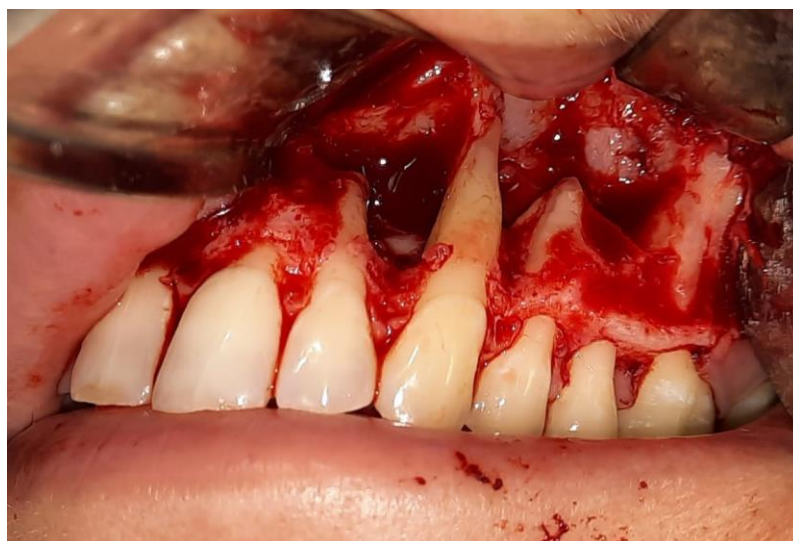
Fonte: Próprio autor

Figura 6 - Deslocamento mucoperiosteal total, expondo a lesão



Fonte: Próprio autor

Figura 7 - Loja cirúrgica após a remoção da lesão



Fonte: Próprio autor

Figura 8 - Suturas em pontos simples envolvendo as papilas dos dentes associados



Fonte: Próprio autor

O espécime foi colocado em frasco contendo formolaldeído 10% e encaminhado para análise histopatológica. A paciente se recuperou bem do procedimento, sem nenhuma queixa associada. O resultado da análise histopatológica evidenciou o diagnóstico de cisto periodontal lateral com aspectos morfológicos compatíveis com a variante botrioides, ratificando o diagnóstico inicial. A paciente continua em acompanhamento, junto à equipe de cirurgia, com 04 meses de evolução pós-operatória, sem sinais ou sintomas quanto à recidiva da lesão (Figura 9).

Figura 9 – Aspecto clínico intrabucal 04 meses após a realização da cirurgia



Fonte: Próprio autor

4 DISCUSSÃO

O CPL é um cisto odontogênico de desenvolvimento incomum, que ocorre ao longo da superfície radicular de um dente. Quando essa lesão se apresenta de forma policística, ela é denominada de COB, exibindo um aspecto de cachos de uva devido aos pequenos cistos individuais. O COB surge, possivelmente, como resultado da degeneração cística, seguida da fusão de focos adjacentes de restos da lâmina dental (NEVILLE et al., 2009). A taxa de ocorrência do COB é muito baixa, representando menos de 1% dos cistos odontogênicos (CARNATE, 2020). No presente estudo, é relatado o caso de um CPL com aspectos morfológicos compatíveis com a variante botrioide.

Cunha et al. (2019), realizaram uma revisão de literatura, avaliando casos clínicos relevantes de COB publicados entre os anos de 1973 a 2018, afim de se obter informações clínicas sobre este cisto odontogênico. No total foram analisados 98 casos. O estudo evidenciou uma maior prevalência em indivíduos na sexta/sétima década de vida, sendo o sexo feminino ligeiramente mais acometido do que o masculino. A localização mais frequente se deu na mandíbula, normalmente na região dos pré-molares, seguida pela região anterior da maxila. A maioria dos casos ocorreram de forma assintomática e, em casos sintomáticos, dor e parestesia foram os sintomas mais comuns. Embora microscopicamente o COB se apresente de forma policística, radiograficamente ele se revelou como uma imagem radiolúcida, podendo ser unilocular ou multilocular, com margens bem definida. Nesse estudo, também se constatou que, muitas vezes, a lâmina dura dos dentes adjacentes se apresenta intacta e o crescimento cístico pode ocasionar divergência radicular, sendo incomum ocorrer reabsorção dentária e ruptura da cortical. Mendez et al. (2007), descreveram uma maior ocorrência de cistos uniloculares em relação aos multiloculares. Em contrapartida, Cunha et al. (2019), relataram uma pequena predominância de lesões multiloculares em relação às lesões uniloculares. Ambos os autores descreveram uma prevalência do aspecto multilocular em lesões recorrentes. No caso descrito neste trabalho, a lesão se apresentou com aspecto multilocular. Este caso também, apresentou aspectos clínicos que o diferiram da maioria dos relatos presentes na literatura. A localização se deu de forma atípica, acometendo a maxila e abrangendo uma extensa área, se expandindo do elemento 21 ao elemento 26. Além disso, ele não exibiu, macroscopicamente, aspecto de cachos de uva. Na avaliação do exame tomográfico, foi possível observar a descontinuidade da cortical vestibular, mas sem gerar qualquer tipo de deslocamento dos dentes associados.

Outros casos de COB localizados na região da maxila também foram

descritos na literatura, como no caso de Aria e Daniel (2009) em que a lesão se apresentou como um edema na região palatina anterior, se estendendo dos elementos 12 ao 14 até a rafe palatina mediana. No ano seguinte, Hetchcox et al. (2010) também relataram um caso de COB localizado na maxila, porém de proporções bem menores, acometendo a região entre as raízes dos elementos 11 e 12. Em contrapartida, autores como Carnate (2020), Cunha et al. (2019), Anuradha et al. (2014), Gonçalves et al. (2015) e Vidakovic et al. (2016) relataram casos de COB localizados na mandíbula. Almeida (2015), também descreveu um caso de COB que se revelou de forma atípica, apresentando grandes proporções, se estendendo da região do dente 36 ao 45, em que foi necessário realizar a ressecção parcial da mandíbula e posterior fixação de uma placa de reconstrução.

Histologicamente, o COB revela múltiplas cavidades patológicas revestidas por uma fina camada de epitélio não queratinizado, muitas vezes composto por células cuboidais ou colunares, com espessamento focal semelhantes à placas e células claras ricas em glicogênico. Também pode ocorrer, hialinização subepitelial do tecido conjuntivo da cápsula cística. É importante ressaltar que o aspecto múlticístico do COB é indispensável para o diagnóstico (CUNHA, 2019). Achados semelhantes também foram observados no caso descrito neste trabalho, e a presença de múltiplas cavidades císticas foi determinante para o diagnóstico final de cisto odontogênico botriode.

O tratamento se dá por meio da excisão cirúrgica cuidadosa, sendo contra-indicada a enucleação conservadora porque a taxa de recorrência do COB é de aproximadamente 34% devido à dificuldade de remoção de toda a lesão durante a cirurgia (ANURADHA et al., 2014). Segundo Neville et al. (2009), os casos de recidivas relacionados ao COB se dão, presumidamente, devido à sua natureza policística. Em vista disso, Gonçalves et al. (2015) relataram que, os casos de recidiva podem ser reduzidos se, após a enucleação da lesão, forem realizados tratamentos complementares, visando eliminar possíveis remanescentes da mesma, como a ostectomia periférica ou aplicação da solução de Carnoy. O tratamento de escolha neste caso foi compatível com o proposto pela literatura e se deu por meio da enucleação da lesão, seguida de curetagem e osteotomia periférica, como forma de tratamentos complementares, visando evitar um quadro de recidiva. Mesmo realizando os tratamentos complementares, Gonçalves et al., (2015) recomendam manter o paciente em acompanhamento por um longo período devido ao limitado conhecimento científico relacionado à esse cisto odontogênico. Neste caso, a paciente continua sendo acompanhada e, após 04 meses da realização da cirurgia, não apresenta sinais de

recidiva da lesão, estando programado um acompanhamento por um período de no mínimo 5 anos.

5 CONCLUSÃO

É de grande importância relatar a distinção entre o CPL e o COB, tendo em vista a maior taxa de recorrência da variante botrioide;

Fica evidente a importância da realização de um exame histopatológico preciso, em razão das variações clínicas e radiográficas dos processos patológicos de uma maneira geral, como evidenciado no caso relatado, o que vai determinar um planejamento mais preciso para o tratamento e preservação do paciente.

REFERÊNCIAS

NEVILLE B.W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

CARNATE, J.M. Botryoid Odontogenic Cyst. **Philippine Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery**, v. 35, n. 1, 2020.

CUNHA, J.L.S. et al. Botryoid odontogenic cyst: Report of case found in routine imaginological examinations and an update of the literature. **Journal of Oral Diagnosis**, v. 4, n.1, p. 1-8, 2019.

MENDEZ, P. et al. Botryoid odontogenic cyst: clinical and pathological analysis in relation to recurrence. **Medicina oral patologia oral e cirurgia bucal**, v. 12, n. 8, p. 594-598, 2007.

ARYA, V.; DANIEL, J. Botryoid odontogenic cyst. **Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology**, v. 21, n. 3, p. 119-121, 2009.

HETHCOX, J.M. et al. Case report: diagnosis and treatment of a botryoid odontogenic cyst found in the maxillary anterior region. **Journal of Endodontics**, v. 36, n. 4, p. 751-754, 2010.

ANURADHA, A. et al. Botryoid odontogenic cyst: a diagnostic chaos. **Journal of clinical and diagnostic research**, v. 8, n. 12, p. 11-13, 2014.

GONÇALVES, R. et al. Cisto odontogênico botrióide: relato de caso com considerações etiopatogênicas, diagnósticas e terapêuticas. **Revista gaúcha de odontologia**, v. 63, n. 3, p. 343-347, 2015.

VIDAKOVIC, B. et al. Botryoid odontogenic cyst, a rare type of odontogenic cyst. **Acta clinica croatica**, v. 55, n. 3, p. 510-514, 2016.

ALMEIDA, Wagner Monteiro. **Cisto odontogênico botrióide de grandes proporções: relato de caso**. Orientador: Cassiano Francisco Weege Nonaka. 2015. 43 f. TCC. Curso de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.