

*Fonseca L.S., +Coutinho F.A., *Pinheiro J., *Fernandes A.M., *Malheiro R..

*Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) - Hospital de José | +Centro Hospitalar de São João | *CHLC - Unidade de Estomatologia Pediátrica do Hospital D. Estefânia

Introdução

O Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ) é um tumor benigno com provável origem na lâmina dentária^[1]. Mais frequente na região posterior da mandíbula^[2], é uni ou multiquistístico, localmente agressivo e revela tendência à multiplicidade.

Dada a taxa de recorrência de 3 a 60% (maior na variante de paraqueratina que na de ortoqueratina^[4]), têm sido propostos tratamentos adjuvantes à quistectomia, entre os quais a curetagem ou ostectomia marginal, remoção da mucosa suprajacente, crioterapia com azoto líquido, uso de Solução de Carnoy ou resseção "em bloco" do quisto e osso envolvente^[2,5].

Os fatores que determinam a recidiva poderão relacionar-se com a atividade mitótica mais elevada, a presença de papilas epiteliais ou quistos filhos, ou um epitélio muito frível, de difícil erradicação, durante a exérese^[1]. Em contrapartida, o recurso a descompressão pré-cirúrgica induz transformação histológica relacionável com menor taxa de recidiva^[7].

O TOQ dos tecidos moles ou Queratoquisto Odontogénico Periférico^[6], incomum como evento primário, impõe - enquanto recidiva - a necessidade de otimização da terapêutica conservadora primária.



Fig. 3: Ortopantomografia durante o follow-up, 10 meses após exérese: nova hipertransparência no 4º Q.

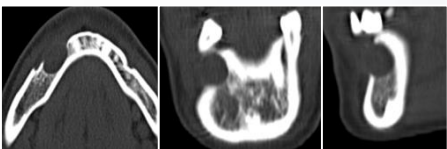


Fig. 4: TC da recidiva: lesão hipertransparente com cerca de 14-15 mm de maior eixo sagital e ampla erosão da tábua externa, com limites regulares e preservação do trabeculado marginal.

Discussão e Conclusões

A terapêutica do TOQ permanece controversa^[4], ainda que seja bem aceite a abordagem primária conservadora, com ou sem atos adjuvantes. A grande vantagem do tratamento conservador é a preservação das estruturas anatómicas, sobretudo nas idades mais precoces, para minimizar alterações do crescimento e desenvolvimento faciais. Assim, especialmente nos doentes sintomáticos, com risco de múltiplas lesões é preferível uma abordagem conservadora^[3]. Vários tratamentos adjuvantes têm sido advogados, associados à quistectomia, ou anteriores a esta, para diminuição das taxas de recidiva.

A evidência atual, a partir de meta-análise^[8], indica que a excisão da mucosa suprajacente ao queratoquisto diminui a recidiva mediante alguns pressupostos. Esta diminuição constata-se quando o tumor se encontra nas regiões do trígono retromolar, na área posterior da maxila e em lesões perfurantes das corticais, se a excisão mucosa estiver associada à quistectomia e Solução de Carnoy ou crioterapia com azoto líquido.

A maioria das recidivas surge entre 5 a 7 anos após o tratamento inicial, mas podem ocorrer para além de 10 anos de pós-operatório^[9].

O follow-up a longo prazo é mandatório^[4].



Fig. 1: Ortopantomografia do quadro de apresentação do tumor inicial, estendendo-se da raiz distal de 4.6 à raiz de 3.3, envolvendo 4.3 "empurrado" para o bordo basilar e impondo inclinação axial dos incisivos inferiores.

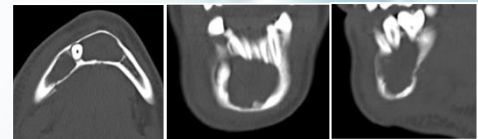


Fig. 2: TC do tumor inicial: extensa lesão hipertransparente, mentoniana e hemimandibular direita, comprometendo a cortical externa.

Descrição do Caso Clínico

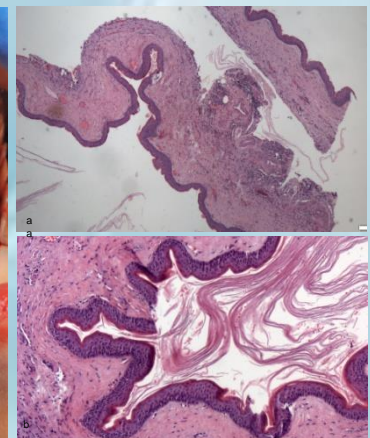
Doente de 16 anos, do sexo feminino, previamente saudável, com história de TOQ do 4º quadrante, havia 2 anos, altura em que foi submetida a quistectomia com curetagem óssea periférica, após descompressão pré-cirúrgica com tubo acrílico.

Em follow-up, 10 meses após exérese, surge nova radiotransparência na ortopantomografia, localizada no 4º quadrante. Complementou-se o estudo com TC.

Na exploração cirúrgica, reconheceu-se loca preenchida por tumor recidivante ou quisto filho, proveniente dos tecidos moles, que foi excisado e confirmado histologicamente. Sem recidiva até à data.



Fig. 5: Fotografia intraoperatória da retoma cirúrgica: inexistência de cortical externa, com loca única.



Figs. 5a e b: Histologia (HE). Fragmentos de parede de lesão quística apresentando epitélio estratificado com paraqueratose e células basais dispostas em paliçada, com moderada fibrose subepitelial, congestão vascular e ligeiro infiltrado inflamatório crónico.

Bibliografia

- [1]- Pogrel MA. Keratocystic Odontogenic Tumor. In Bagheri SC Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery. Missouri: Elsevier, 380-383. [2]- Gambhir A, Rani G. Conservative Management of Keratocystic Odontogenic Tumour with Enucleation Excision of the Overlying Mucosa Electrocauterization - A Case Report. West Indian Med J 2014; 63 (7): 775. [3]- Borgonovo AE, Lascia S, Grossi G, Maiorana C. Two-stage treatment protocol of keratocystic odontogenic tumour in young patients with Gorlin-Goltz syndrome: Marsupialization and later enucleation with peripheral ostectomy. A 5-year-follow-up experience. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 75 (2011) 1565-1571. [4]- Pogrel MA. The keratocystic odontogenic tumour (KCOT)—an odyssey. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 1565-1568. [5]- Sharif FNJ, Oliver R, Sweet C, Sharif MO. Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours. Cochrane Oral Health Group. 2015. [6]- Boffano P, Gallesio C. Peculiar case of orthokeratinised odontogenic cyst: a peripheral counterpart of the intraosseous entity? British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 50 (2012) 675-677. [7]- Chikoura A, Chibchich S, wady WEI. Keratocystic Odontogenic Tumor: A Case Report And Review Of The Literature. The Internet Journal of Dental Science Volume 6 Number 2. [8]- Morais EAA, Pogrel MA, Ellis III E. Does the Excision of Overlying Oral Mucosa Reduce the Recurrence Rate in the Treatment of the Keratocystic Odontogenic Tumor? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2016 Apr 7. pii: S0278-2391(16)30033-7 [9]- Zhao YF, Wei JX, Wang SP. Treatment of odontogenic keratocysts: a follow-up of 255 Chinese patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Aug; 94(2):151-6