

# Queratoquisto Odontogénico e Reabilitação Implantar pós-cirúrgica – Caso Clínico



ANA MORAIS<sup>1</sup>, Levy Rau<sup>2</sup>, Aline Marodin<sup>3</sup>, Paulo Júlio Almeida<sup>4</sup>, Cláudia Volpatto<sup>5</sup>, Paula Vaz<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Médica Dentista, Mestre em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), anajosefinanmv@gmail.com;

<sup>2</sup> Chefe do Serviço de Traumatologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Estudante de Doutoramento da FMDUP, levyrau@hotmail.com;

<sup>3</sup> Médica Dentista, Faccial – Florianópolis, alinemarodin@hotmail.com

<sup>4</sup> Professor Auxiliar Convidado da FMDUP de Prótese Fixa, paalmeida@fmd.up.pt;

<sup>5</sup> Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), claudia.m.volpato@ufsc.br;

<sup>6</sup> Professora Auxiliar com Agregação de Genética Médica, Orofacial e Prótese Fixa da FMDUP, pvaz@fmd.up.pt.

## Introdução

O queratoquisto odontogénico (QO) é uma neoplasia benigna que se desenvolve predominantemente na mandíbula e apresenta características histológicas específicas que o distinguem de outros cistos.

Apesar de possuir uma evolução lenta e indolor, requer abordagem cirúrgica, devido à sua agressividade local e natureza recidivante, podendo, no entanto, atingir tamanhos consideráveis sem se manifestar clinicamente. Radiograficamente caracteriza-se por uma imagem radiolúcida unilocular ou multilocular, bem delimitada, podendo envolver dentes inclusos ou erupcionados, provocar expansão óssea, movimentações dentárias de dentes adjacentes, reabsorção radicular e/ou extrusões dentárias (Finkelstein MW *et al*; 2013).

A reabilitação oral da região do QO deve respeitar um longo período de regeneração óssea, que deverá ser autóloga; constituindo a colocação de implantes dentários ainda uma controvérsia (Barry CP & Kearns GJ; 2003). Alguns autores advogam que a colocação de implantes dentários nestes casos só deve ser realizada após um cuidadoso controlo, com realização de biópsia óssea e avaliação da expressão génica celular óssea, devido ao elevado risco de recorrência (Sabri C. Isler *et al*; 2012).

Este trabalho objetiva apresentar um caso clínico de um QO mandibular, com excisão cirúrgica, acompanhamento clínico e reabilitação fixa implantar subsequente, alertando a comunidade de profissionais de saúde oral para a utilidade da avaliação da expressão génica celular óssea no *timing* da reabilitação oral.

## Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, Caucasiana, 31 anos, procurou o médico dentista para extração dos terceiros molares. A radiografia panorâmica pré-operatória evidenciou uma imagem radiolúcida de amplas dimensões no ramo mandibular esquerdo (Figura 1). Clinicamente não se observou qualquer sinal ou sintoma coincidente com o achado imagiológico encontrado.

O diagnóstico clínico foi de QO associado ao dente 3.8. Procedeu-se à enucleação da lesão excisão cirúrgica do QO e exodontia do 3.8 (Figura 2), seguida da análise histopatológica da lesão, que confirmou o diagnóstico de QO. Durante o procedimento cirúrgico, verificou-se que a lesão envolvia a raiz do 3.7, conduzindo à sua perda. Após 6 anos de controlo clínico e radiográfico, sem qualquer recidiva, foi realizada uma reabilitação oral fixa no local do 3.7 com a colocação de um implante dentário (Figura 3) e respetiva coroa fixa, permanecendo até à data estável (10 anos de *follow up*).



Figura 1 - Radiografia pré-operatória com sobreposição do dente 3.7, do QO e da peça dentária 3.8 no local de 2.8.

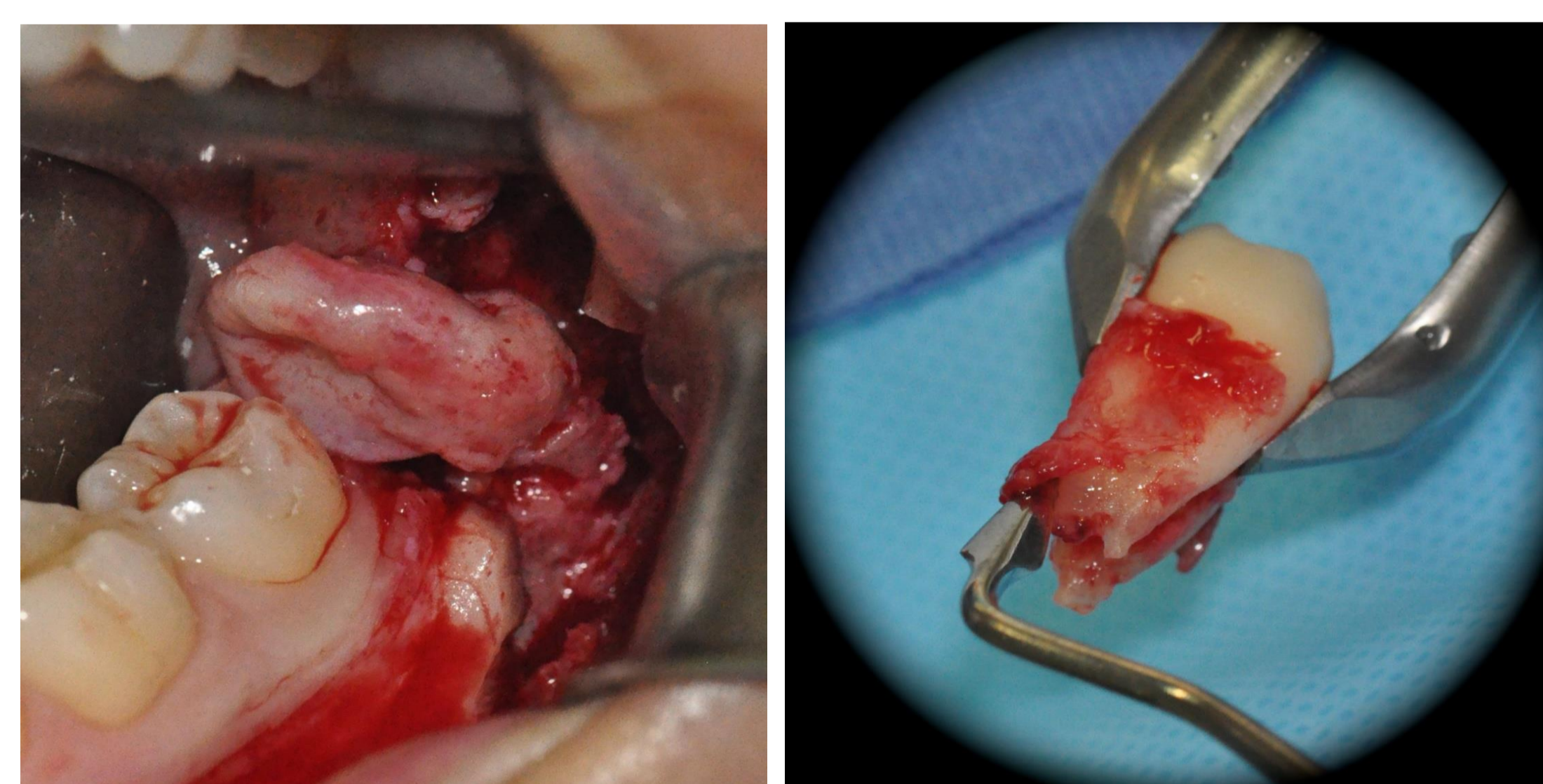


Figura 2 - Excisão cirúrgica do QO e exodontia do dente 3.7.



Figura 3 - Ortopantomografia após colocação de implante no local do dente 3.7.

## Discussão e Conclusões

O QO é geralmente identificado, por rotina, como um achado radiográfico. Embora benigno, requer intervenção cirúrgica, idealmente através da enucleação do cisto, seguida de curetagem (Yüzügüllü B & Araz K; 2017).

O acompanhamento do paciente com diagnóstico precoce de QO deve ser anual, até à idade de 18 anos, para poderem ser reabilitados com implantes dentários e eventual recurso a aloenxertos (Barth, Christopher T *et al*; 2017). Nesta fase, a avaliação da expressão génica das células ósseas pode constituir uma mais-valia para o clínico, na decisão do tipo e início da reabilitação oral e efetuar.

## Bibliografia

- Finkelstein, M. W., Hellstein, J. W., Lake, K. S., & Vincent, S. D. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective analysis of genetic, immunohistochemical and therapeutic features. Proposal of a multicenter clinical survey tool. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*, 2013, Jul;116(1):75-83.
- Yüzügüllü B, Araz K. Validity of conventional surgical treatment methods for mandibular dentigerous cysts. *N Y State Dent J* 2011;77:36-39.
- Sabri C, Isler, Sabit Demircan, Taylan Can, Zerrin Cebi, Emrah Baca. Immediate Implants After Enucleation of an Odontogenic Keratocyst: An Early Return to Function. *Journal of Oral Implantology*. 2012;38(S1):485-488.
- Barry CP, Kearns GJ. Case report—odontogenic keratocysts: enucleation, bone grafting and implant placement: an early return to function. *J Ir Dent Assoc*. 2003;49:83-88.
- Barth, Christopher T., John A. Chamberlain III, and Jeffrey R. Wessel. Treatment of a Mandibular Glandular Odontogenic Cyst with Peripheral Osteotomy, Bone Allograft, and Implant Reconstruction: A Case Report. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2017 Jul/Aug;37(4):e210-e216.