

**JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY  
JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1**



**CERATOCISTO ODONTOGÊNICO:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**ODONTOGENIC KERATOCYST: A CASE  
REPORT**

**Amanda Ribeiro MELO**

**Centro Universitário Presidente Antônio Carlos  
(UNITPAC)**

**E-mail: Meloamanda016@gmail.com**

**Myrlla Richelly Alves Jardim Do NASCIMENTO**

**Centro Universitário Presidente Antônio Carlos  
(UNITPAC)**

**E-mail- myrllasemas@gmail.com**

**Angelica Pereira ROCHA**

**E-mail- angelica.p.rocha@outlook.com**

**Centro Universitário Presidente Antônio Carlos  
(UNITPAC)**

**Antônio José Pimenta CHAVES**

**Centro Universitário Presidente Antônio Carlos  
(UNITPAC)**

**E-mail: ajpcmaxilo@hotmail.com**



## RESUMO

Os ceratocistos odontogênicos possuem características de desenvolvimento específicas. Desenvolvem-se na região de maxila e, preferencialmente, na região de mandíbula, com envolvimento do corpo posterior e ramo mandibular, podendo ou não provocar sintomas. Com base na estrutura, comportamento e identificação histológica da lesão, é possível classificá-los em ortoqueratinizado e paraqueratinizado. Podem ser encontrados em qualquer faixa etária, todavia, são comumente identificados entre a primeira e quarta década de vida, com prevalência em homens. Existem várias propostas de tratamento na literatura, sendo que a enucleação completa da lesão, seguida de curetagem minuciosa e tratamento da loja cirúrgica com solução adequada, proporcionam melhores percentuais de sucesso. O presente trabalho é um relato de caso que descreve a remoção cirúrgica de um ceratocisto odontogênico em paciente pediátrico, de 5 anos de idade, com extensa lesão envolvendo germes dentários de dentes permanentes. O paciente foi avaliado durante exames de rotina, onde se verificou a presença da lesão, sugerindo exames e posteriormente, a terapêutica cabível. Nota-se que a elaboração de um bom histórico clínico, levando em conta os achados clínicos, radiográficos e histopatológicos podem levar ao diagnóstico correto da patologia, permitindo assim, um tratamento mais adequado ao caso.

**Palavras-chave:** Cisto odontogênico; Mandíbula; Cirurgia oral.

## ABSTRACT

Odontogenic keratocysts have specific developmental characteristics. They develop in the maxilla region and preferentially in the mandible region, with involvement of the posterior body and mandibular ramus, and may or may not cause symptoms. Based on the structure, behavior and histological identification of the lesion, it is possible to classify them into orthokeratinized and parakeratinized. They can be found in any age group, but are commonly identified between the first and fourth decade of life, with prevalence in men. There are several treatment proposals in the literature, and complete enucleation of the lesion, followed by thorough curettage and treatment of the surgical site with an appropriate solution, provide the best percentages of success. The present paper is a case

**Amanda Ribeiro MELO; Myrlla Richelly Alves Jardim do NASCIMENTO; Angelica Pereira ROCHA; Antônio José Pimenta CHAVES. CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: RELATO DE CASO CLÍNICO. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. FLUXO CONTÍNUO. JUNHO/2022. Ed. 37 V. 1. Págs. 78-87-. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).**

report describing the surgical removal of an odontogenic keratocyst in a 5-year-old pediatric patient with an extensive lesion involving tooth germs of permanent teeth. The patient was evaluated during routine examinations, where the presence of the lesion was verified, suggesting exams and later, the appropriate therapy. It is noted that a good clinical history taking into account clinical, radiographic and histopathological findings can lead to a correct diagnosis of the pathology, thus allowing a more appropriate treatment for the case.

**Keyword:** Odontogenic cyst. Mandible. Oral surgery.

## INTRODUÇÃO

O termo ceratocisto odontogênico, mencionado pela primeira vez por Philipsen em 1956, refere-se a um tipo controverso de cisto com características de desenvolvimento específicas, derivado dos resíduos celulares da lâmina dental (RIBEIRO-JÚNIOR et al., 2017; VASCONCELOS et al., 2020). Sendo assim, detém uma consideração especial devido ao seu comportamento clínico peculiar e aspectos histopatológicos (SEKHAR et al., 2019).

Em 2017, o ceratocisto odontogênico foi classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um cisto de desenvolvimento (TOLENTINO, 2018), geralmente assintomático, de crescimento lento, em direção anteroposterior e com potencial bastante expansivo (ROJAS, 2021; VASCONCELOS et al., 2020). Frequentemente, é descoberto em radiografias de rotina, podendo também ser investigado em casos de sintomatologia e aumento da região acometida, quando as lesões são extensas (VASCONCELOS et al., 2020; ROJAS, 2021; SANTOS et al., 2021).

Essas lesões acometem ampla faixa etária, com relatos de maiores incidências na primeira e terceira década de vida, podendo, em geral, alternar desde a infância até a velhice. Nota-se ainda uma leve predileção por indivíduos do sexo masculino (VASCONCELOS et al., 2020; ROJAS, 2021; SANTOS et al., 2021). A região da mandíbula é acometida na maioria dos casos, com certa peculiaridade de envolvimento do corpo posterior e ramo mandibular (NEVILLE et al., 2009; FERREIRA et al., 2021).

Radiograficamente, a lesão pode apresentar aspecto unilocular ou multilocular, radiolúcida, com bordas bem definidas, associada ou não a um dente não irrompido (VASCONCELOS et al., 2020; ROJAS, 2021). As características radiográficas não são

patognomônicas, podendo sugerir outras lesões como ameloblastoma, cisto residual ou cisto radicular, por exemplo, necessitando de exame histopatológico para diagnóstico definitivo (VASCONCELOS et al., 2020).

O tratamento do ceratocisto odontogênico ainda gera discussões, já que existe uma vertente conservadora, onde se considera a enucleação total da lesão em associada ou não com descompressão prévia, e outra mais agressiva que consiste na ressecção da lesão com uma delimitação de segurança (VASCONCELOS et al., 2020).

O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico e descrever o processo de remoção cirúrgica de um ceratocisto odontogênico com grande extensão em paciente pediátrico.

## CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 5 anos de idade, leucoderma, foi encaminhado pelo consultório odontológico particular ao Hospital Unimed Marabá, para diagnóstico de lesão bucal observada em exame radiográfico de rotina. Durante a anamnese, a responsável relata que o paciente não se queixava de dor e que “descobriu a lesão por uma consulta de rotina”. Foi solicitado um exame de imagem por tomografia de face, que confirmou a existência da lesão em região anterior da mandíbula.

O diagnóstico diferencial da lesão foi de ameloblastoma, mixoma odontogênico e cisto dentífero. Devido à extensão da lesão, optou-se pelo procedimento cirúrgico sob anestesia geral, em ambiente hospitalar, sob a hipótese diagnóstica de Ceratocisto Odontogênico (CO).

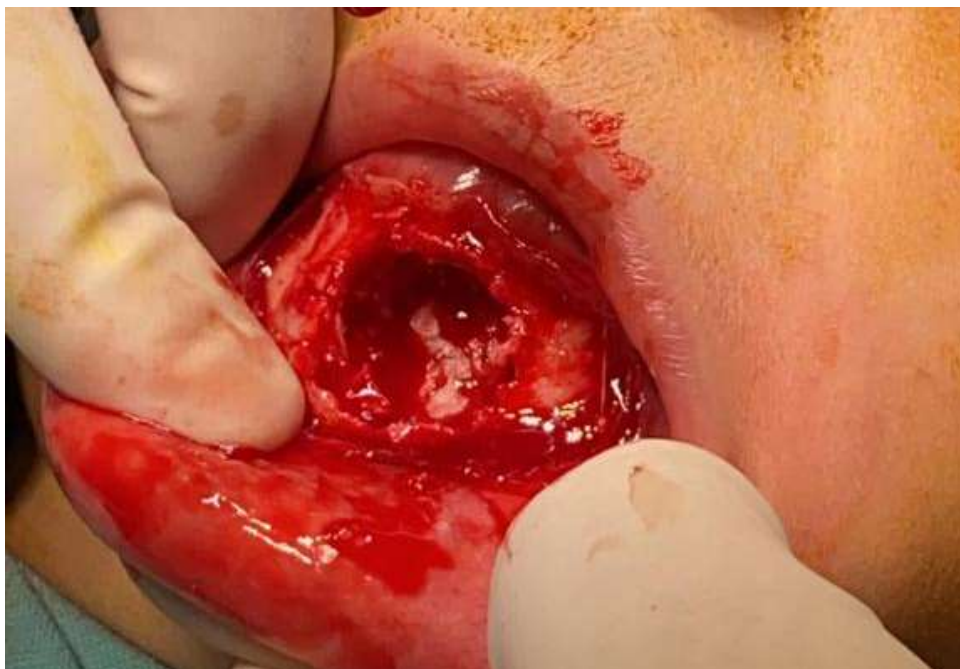
O procedimento cirúrgico teve início a partir da anestesia geral, com intubação nasotraqueal. A abordagem da lesão foi realizada por região intraoral, onde se observou, ao toque, expansão da tábua óssea vestibular da mandíbula. Após a incisão e ostectomia com broca nº 702 – JET, foi possível observar toda a loja cirúrgica, permitindo a enucleação completa da lesão (Figuras 1 e 2). Procedeu-se à exodontia dos germes dentários dos elementos 33, 32, 31, 41, 42 e 43 que estavam envolvidos com a massa cística (Figura 3). O material foi coletado e, posteriormente, enviado ao laboratório histopatológico que confirmou o diagnóstico de Ceratocisto Odontogênico.

**Figura 1** – Acesso cirúrgico intraoral evidenciando a lesão na região vestibular da mandíbula.



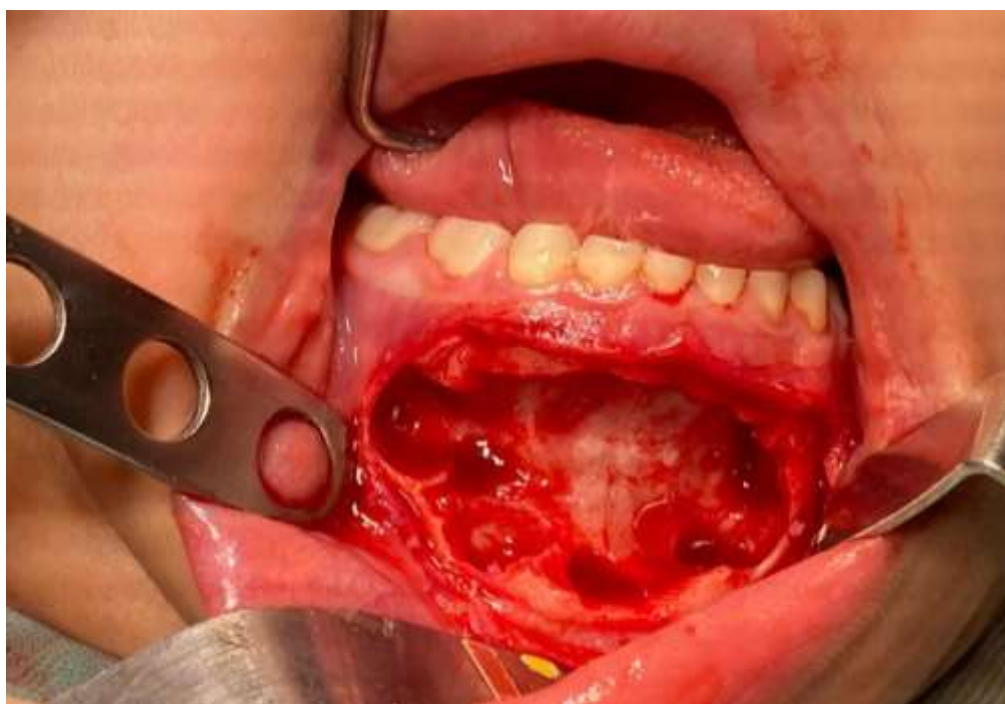
**Fonte:** Autoria própria.

**Figura 2** – Cavidade da lesão após remoção do espécime de Ceratocisto Odontogênico.



**Fonte:** Autoria própria.

**Figura 3** – Cavidade após remoção dos germes dentários dos elementos 33, 32, 31, 41, 42 e 43 que estavam envolvidos com a lesão.



**Fonte:** Autoria própria.

Foram realizados os procedimentos de regulação e desbridamento da cavidade, com curetagem minuciosa e escarificação óssea com brocas cirúrgicas na tentativa de evitar recidiva da lesão, e irrigação abundante com solução fisiológica. Após a toaleta, a cavidade foi preenchida com enxerto ósseo Geistlich Bio-Oss com micro grânulos (Figura 4) e coberta com membrana Geistlich Bio-Gide, de 30x40 cm, fixada com tachinhas de titânio, a fim de manter estabilidade do material (Figura 5). Realizou-se reposicionamento do retalho e sutura com fio vicryl 3-0, alternando pontos simples e pontos festonados. Foram passadas as recomendações pós operatórias e prescritos analgésico, antibiótico e anti-inflamatório não esteroidal ao paciente.

**Figura 4** – Cavidade preenchida com enxerto ósseo Geistlich Bio-Oss.



**Fonte:** Autoria própria.

**Figura 5** – Posicionamento final da membrana Geistlich Bio-Gide.



**Fonte:** Autoria própria.

O pós-operatório foi turbulento devido ao comportamento hiperativo do paciente. A sutura sofreu deiscência, sendo necessária uma intervenção com avivamento dos bordos da ferida e sutura novamente. Após trinta dias, ainda havia abertura da ferida, mas não foi

feita alguma intervenção, apenas protocolo de limpeza com soro fisiológico e bochecho com clorexidina 0,12% em dias intercalados.

Depois de cinco meses, observou-se uma esquirola óssea, onde foi realizada a remoção com broca cirúrgica, reavivamento dos bordos da ferida e sutura com fio vicryl 3-0. Com decorrer dos dias, a cicatrização ocorreu por completo e o paciente encontra-se em acompanhamento, sem sugestão de recidiva da lesão até o presente.

## DISCUSSÃO

Por volta de 1956, Philipsen denominou o termo ceratocisto odontogênico (CO), referindo-se a qualquer cisto em maxila ou mandíbula com formação de ceratina (MOURA; CAVALCANTE; HESPANHOL, 2016; SEKHAR et al., 2019). A classificação quanto ao tipo gerou muitas controvérsias, sendo classificado como cisto odontogênico pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, com base no comportamento clínico, radiológico e histopatológico específico da lesão (RIBEIRO-JÚNIOR et al., 2017; SEKHAR et al., 2019; TOLENTINO, 2018).

O ceratocisto odontogênico pode ter incidência em toda as faixas etárias, sendo que muitos estudos apontam maiores incidências na segunda e terceira década de vida (SANTOS et al., 2021; SEKHAR et al., 2019). Com relação ao sexo, observa-se uma predileção em homens. A região mais afetada é a posterior de mandíbula em cerca de 60% a 80% dos casos, havendo maior prevalência na porção de corpo posterior e ramo mandibular (MAYRA DOS SANTOS VICENTE et al., 2020; MOURA; CAVALCANTE; HESPANHOL, 2016; SANTOS et al., 2021; SEKHAR et al., 2019). O caso apresentado relata uma variação à literatura, já que o paciente foi diagnosticado na primeira década de vida e a lesão se encontrava em região anterior de mandíbula.

No que diz respeito à frequência, o CO ocupa o terceiro lugar dentre os cistos odontogênicos (NEVILLE et al., 2009; TOLENTINO, 2018). Geralmente são assintomáticos, de crescimento lento e em direção anteroposterior, podendo apresentar comportamento clínico agressivo, expansão óssea e potencial de recidiva (MAYRA DOS SANTOS VICENTE et al., 2020; MOURA; CAVALCANTE; HESPANHOL, 2016; PAES VAROLI et al., 2010; SEKHAR et al., 2019). O caso apresentado é compatível com a bibliografia no quesito de agressividade da lesão e expansão óssea, embora não apresente indícios de recidiva até o momento.



Essas lesões são comumente descobertas em exames de rotina. Radiograficamente, apresenta-se radiolúcida, bem delimitada e com margens escleróticas bem definidas. Pode ainda apresentar um padrão unilocular, que sugere a hipótese diagnóstica de ameloblastoma, ou padrão multilocular, com a hipótese de cisto dentífero quando associado a dente incluso (BILODEAU; COLLINS, 2017; FETTER et al., 2004; PAES VAROLI et al., 2010). O caso relatado corrobora com a literatura, uma vez que a lesão foi descoberta em exame radiográfico de rotina, sob o diagnóstico diferencial de ameloblastoma, mixoma e cisto dentífero.

Microscopicamente, as características histopatológicas são bastante conclusivas para o diagnóstico, sendo que a lesão se apresenta revestida de epitélio pavimentoso estratificado ortoqueratinizado ou paraqueratinizado, com 6 a 10 células de espessura e com camada basal paliçada, composta por células colunares de núcleo hiper cromático. A distinção histológica entre as variantes é feita devido à diferença de comportamento (BILODEAU; COLLINS, 2017; CRISTINA et al., 2011; FETTER et al., 2004; GHAFOURI-FARD; ATARBASHI-MOGHADAM; TAHERI, 2021).

Não há um consenso definido a respeito da etiopatogenia, porém, acredita-se que o CO se origina a partir da lâmina dental ou seus resíduos celulares (CRISTINA et al., 2011; FETTER et al., 2004). Existem várias técnicas terapêuticas, sendo que as principais consistem na enucleação completa, enucleação com terapias coadjuvantes, ressecção e marsupialização. De acordo com as peculiaridades do paciente, é eleita a técnica mais adequada, onde se leva em consideração a idade do paciente, evolução, localização, envolvimento e histórico de recidiva da lesão (CRISTINA et al., 2011; MARQUES et al., 2020; PAES VAROLI et al., 2010; ROJAS, 2021).

Alguns autores afirmam que o tratamento com maior taxa de sucesso é a enucleação cirúrgica completa da lesão (MARQUES et al., 2020), enquanto outros afirmam que a eficácia da técnica de decompressão, marsupialização e uso da solução de Carnoy (TABRIZI et al., 2018; TITINCHI, 2020). No caso apresentado, a alternativa terapêutica consistiu na enucleação completa da lesão, com escarificação óssea com intuito de evitar a recidiva da lesão.

## CONCLUSÃO

De acordo com a bibliografia, o ceratocisto odontogênico é uma lesão de etiopatogenia inconclusiva, que ocorre na região maxilo-mandibular, com diagnóstico

dependente de exames radiográficos e microscópicos. Apresenta comportamento clínico, radiográfico e histológicos específicos. Em geral, não provocam sintomas, podendo evoluir com agressividade e em grandes proporções, com probabilidade de recidiva. Existem vários métodos de tratamento para a lesão, sendo a excisão cirúrgica completa, a terapêutica de escolha na maioria dos casos, pela maior taxa de sucesso.

## REFERÊNCIAS

BILODEAU, Elizabeth Ann; COLLINS, Bobby M. Odontogenic cysts and neoplasms. **Surgical pathology clinics**, v. 10, n. 1, p. 177-222, 2017.

CRANE, Hannah et al. Glandular odontogenic cyst with metaplastic cartilage: report of an unusual case and literature review. **Head and Neck Pathology**, v. 15, n. 3, p. 1041-1046, 2021.

DE SOUZA TOLENTINO, Elen. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 1, 2018.

DOS SANTOS, Aída Juliane Ferreira et al. Invasão total de seio maxilar por ceratocisto odontogênico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e34310716735-e34310716735, 2021.

FERREIRA, Leticia Gonçalves. CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MAXILA: RELATO DE CASO CLÍNICO. **Revista Fluminense de Odontologia**, 2021.

FETTER, Fabiana et al. Ceratocisto odontogênico envolvendo corpo e ângulo mandibular de paciente jovem: relato de caso clínico. **Stomatós**, v. 10, n. 18, p. 53-59, 2004.

GHAFOURI-FARD, Soudeh; ATARBASHI-MOGHADAM, Saede; TAHERI, Mohammad. Genetic factors in the pathogenesis of ameloblastoma, dentigerous cyst and odontogenic keratocyst. **Gene**, v. 771, p. 145369, 2021.

JARDIM, Ellen Cristina Gaetti et al. Tumor odontogênico queratocístico: revisão de literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniofacial**, p. 159-161, 2011.

MARQUES, Diogo Henrique et al. Tratamento cirúrgico do ceratocisto odontogênico por meio de enucleação e osteotomia periférica: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 9, n. 6, p. 531-534, 2020.

MOURA, BRENDA DE SOUZA; CAVALCANTE, MARIA APARECIDA; HESPANHOL, WAGNER. Tumor odontogênico ceratocístico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, p. 466-471, 2016.

Neville BW, Allen CM, Damm DD, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

Amanda Ribeiro MELO; Myrlla Richelly Alves Jardim do NASCIMENTO; Angelica Pereira ROCHA; Antônio José Pimenta CHAVES. CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: RELATO DE CASO CLÍNICO. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. FLUXO CONTÍNUO. JUNHO/2022. Ed. 37 V. 1. Págs. 78-87-. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculadefacit.edu.br](mailto:jnt@faculadefacit.edu.br).

RIBEIRO-JÚNIOR, Ophir et al. Reclassification and treatment of odontogenic keratocysts: A cohort study. **Brazilian oral research**, v. 31, 2017.

SEKHAR, M. Chandra et al. A review of the odontogenic keratocyst and report of a case. **J Adv Med Med Res**, v. 29, n. 8, p. 1-7, 2019.

TABRIZI, Reza et al. Decompression or marsupialization; which conservative treatment is associated with low recurrence rate in keratocystic odontogenic tumors? A systematic review. **Journal of Dentistry**, v. 20, n. 3, p. 145, 2019.

TITINCHI, Fadi. Protocol for management of odontogenic keratocysts considering recurrence according to treatment methods. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 46, n. 5, p. 358-360, 2020.

VAROLI, Felipe Paes et al. Tumor odontogênico queratocístico: características intrínsecas e elucidação da nova nomenclatura do queratocisto odontogênico. **J Health Sci Inst**, v. 28, n. 1, p. 80-3, 2010.

VASCONCELOS, Thauany et al. Queratocisto odontogênico em mandíbula: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 9, n. 6, p. 665-669, 2020.

VELAZQUE ROJAS, Lida et al. Diagnóstico y tratamiento conservador del queratoquiste odontogênico. **Odontoestomatología**, v. 24, n. 39, 2022.