

ARTIGO DE REVISÃO

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da ^[1]

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da. Keratistischer Odontogener Tumor: Von der Diagnose bis zur Behandlung. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Jahrgang 05, Ed. 09, Vol. 02, S. 85-90. September 2020. ISSN: 2448-0959, Zugriffsverbindung: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/zahnmedizin/keratistischer>

Contents

- ZUSAMMENFASSUNG
- 1. EINFÜHRUNG
- 2. LITERATURKRITIK
- 2.1 ANZEICHEN UND SYMPTOME
- 2.2 BEHANDLUNG
- 3. Diskussion
- 4. FAZIT
- 5. REFERENZEN

ZUSAMMENFASSUNG

Odontogene Tumoren sind Neoplasmen, die sich im Bereich der knochenhaltigen Knochen entwickeln und aus odontogenen Geweben durch Proliferation von Epithelgewebe, mesenchymal oder beidem stammen. Unter ihnen können wir die odontogene Keratozyste erwähnen, die ihre eigenen Eigenschaften hat und sich völlig von jeder anderen oralen Pathologie unterscheidet, die eine Herausforderung für die Diagnose für den Profi darstellt. Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine Literaturrecherche über zahnärztliche Keratozyste durchzuführen und klinische und radiologische Eigenschaften im Zusammenhang mit dieser Pathologie sowie ihren therapeutischen Ansatz zu behandeln.

Stichworte: Tumor, odontogene, Pathologie, Neoplasmen.

1. EINFÜHRUNG

Die ersten klinischen Fälle, die bei den Patienten vorgestellt wurden, wurden als Cholesteatoma (Darstellung des progressiven Wachstums des keratinisierten Plattenepithels) beschrieben. 1992 wurde sie als Urzyste oder odontogene Keratozyste bezeichnet. Die neueste Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von odontogenen Tumoren, odontogene Keratozyste als keratozystische odontogene Tumor genannt, mit Kriterien in Gegenwart von genetischen, molekularen Veränderungen, die auch in einigen Neoplasmen vorhanden wäre.

Obwohl es immer noch eine unbekannte Ätiologie hat, gibt es eine allgemeine Übereinstimmung, dass odontogene Keratozyste aus den zellulären Überresten der Zahnlamina entsteht, in der Periode der Entwicklung der Odontogenese, die die Hypothese, dass seine Bildung durch das orale Epithel erfolgt. Diese Pathologie stellt einen Mechanismus des Wachstums und des biologischen Verhaltens anders als Pathologien, die häufiger in der täglichen klinischen Routine aufgrund seines aggressiven Verhaltens und der hohen Rate von wiederkehrenden Fällen gefunden werden. Es ist wichtig zu erwähnen, dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, Morbidität zu verursachen, wenn nicht früh diagnostiziert. Es hat eine gutartige Natur der langsamen Evolution und aggressives und asymptomatisches klinisches Verhalten mit Vorliebe für die hintere Region und aufsteigenden Zweig des Unterkiefers, in den meisten Fällen mit einem eingeschlossenen Zahn verbunden. Es gibt Berichte über Fälle, dass die Läsion in der Maxilla dargestellt wurde, aber es ist nicht etwas gemeinsames. Röntgenzeichen sind nur charakteristisch für die Läsion, aber histopathologische Untersuchungen sollten durchgeführt werden, um die Diagnose abzuschließen, um jede Möglichkeit einer Differentialdiagnose mit anderen Pathologien auszuschließen.

2. LITERATURKRITIK

CO ist eine ausgeprägte Form der entwicklungsodontogenen Pathologie, die aufgrund ihres klinischen Verhaltens, spezifischer histopathologischer Aspekte und ihrer hohen Rezidivrate besondere Überlegungen erfordert. Es wird bei Patienten unterschiedlicher Altersspanne präsentiert und hat eine Vorliebe für Männer sowie die Region der unteren Molaren (vor allem

in Regionen der dritten Molaren) und im Unterkieferzweig.

2.1 ANZEICHEN UND SYMPTOME

Anzeichen und Symptome fehlen in der Regel, und ihre Entdeckung wird nur durch routinemäßige Röntgenuntersuchungen durchgeführt. Bei ausgedehnteren Läsionen, Tumefaktion, Drainage oder damit verbundenen und lokalen Schmerzen werden erhöhte Sparten- und Knochengewebe, Parästhesie und Beweglichkeit der von der Läsion beteiligten Zähne identifiziert, was die Läsion mit langsamem Wachstum und Verschiebung von Zahnstrukturen charakterisiert, indem der Verlust der Knochenstütze erhöht wird.

Amorim *et al.* (2003) präsentierte eine epidemiologische Bewertung von 26 Fällen von Zysten, die als odontogene Keratozyste diagnostiziert wurden, und identifizierte hauptsächlich das Vorhandensein von Läsionen bei männlichen Patienten mit einem unterschiedlichen Alter von vierzig Jahren und weiß, der sich hauptsächlich in der hinteren Region des Unterkiefers befindet. Ausgehend von der Zeit der Entwicklung der Läsionen war es möglich, eine langsame Entwicklung zu beobachten, ohne dass spezifische radiologische Muster vorherrschen. In den analysierten Diagnosen wurde in den meisten Fällen nicht etwas identifiziert, das mit der histopathologischen Diagnose übereinstimmte, sondern Ameloblastom, da es sich um die Hauptläsion handelt, die in den diagnostischen Hypothesen genannt wird. (VAROLI *et al.*, 2010)

Es ist äußerst wichtig, dass der Fachmann den Patienten hinsichtlich der Möglichkeit des Gorlin-Goltz-Syndroms bewertet, da es mit dem Auftreten von multiplen Keratozysten, Plantar- und Palmveränderungen und Basalzell-Nevoidkarzinomen verbunden ist.

Radiografisch wird eine solche Pathologie als kreisförmige oder eiförmige Läsion radioluzenter Form – unilokular oder multilokular – und regelmäßige radiopaque Ränder mit präzisen Grenzen (gut definiert und kortikalisiert) gesehen. Es gibt selten das Auftreten von Wurzelresorption und ist mit einem enthaltenen Zahn in 25 bis 40% der Fälle verbunden.

2.2 BEHANDLUNG

Die Behandlung von CO ist angesichts des hohen Rezidivratenraten eine immense Herausforderung für Chirurgen. Das Alter des Patienten und die Größe der Läsion werden bei der besten Auswahl der Wahl der Behandlung berücksichtigt, um die Gesundheit des Läsionspatienten zu ermöglichen. Die Marsupialisierung kann als eine Form der Erstbehandlung verwendet werden, um wichtige und edle Strukturen zu schützen. In einer zweiten Ansicht sollte die gesamte Läsion entfernt werden. Die Injektion von Carnoy-Lösung in den Lumenbereich der Zyste wurde auch verwendet, um die Zyste von der Knochenwand zu lösen, was die Läsionsentfernung erleichtert und mit niedrigeren Rezidivraten. Es wird auch zusammen mit Eukleation und Curettage (GUERRA *et al.*, 2013). Einige Faktoren, die mit diesem Wiederauftreten verbunden sein können, sind: das Vorhandensein von Satellitenzysten, die während der chirurgischen Entfernung verloren gehen und/oder dünne und friable Kapsel, Die Eukleation ohne Fragmentierung der Läsion behindern. Das CO hat eine schlechte Prognose, unabhängig davon, welche Behandlungsmethode bei seiner Entfernung verwendet wird, wegen seiner hohen Rezidivrate.

3. Diskussion

Um die Diagnose von CO zu bestätigen, ist es notwendig, die histopathologische Untersuchung durchzuführen (daher wird die Biopsieuntersuchung durchgeführt), da sie mit anderen Pathologien wie: Ameloblastom, Adenomatoid-Odontogentumor, Dentitozyste, verkalkende odontogene Zyste und ameloblastisches Fibrom verwechselt werden kann. Seine Histopathologie präsentiert eine klar definierte und empalisierte und hyperchromatische Basalzellschicht, dünne und friable Kapsel, welliges Parakeratoin, dünne faserige Wand und kein entzündliches Infiltrat sowie das Fehlen von interpapillaren Wappen. Die geschichtete Plattenepithelschicht ist mit fünf bis sieben Zellschichten vereinheitlicht, und bei Wiederauftreten der Läsion sind Satelliten in der faserigen Kapsel zu sehen.

Chi *et al.* (2005) berichtete über zwei Fälle, die das Auftreten von Weichteilläsionen der intraossalen Keratozyste darstellten, die als periphere odontogene Keratozyste identifiziert wurden. Jedoch, Es gibt eine Differenzierung in dem Teil der Diagnosen über die Klassifizierung dieses Vorkommens in der Zahnfleischschleimhaut, in dem einige betrachten

es als eine histologische Variante der Gingivazyste, während andere glauben, es ist die periphere Form der odontogenen Keratozyste. (VAROL *et al.*, 2010)

Forssell *et al.* (1988) analysierte den postoperativen Zeitraum von 75 Patienten mit CO für fünf Jahre, insgesamt 43% der Fälle mit schlechten Prognosen, weil sie zurückfielen. Rezidive bei Patienten mit Gorlin-Syndrom, die jetzt so lange wie möglich nachfolgen müssen.

Durch seine Studie über die Genetik des keratozystischen odontogenen Tumors, Heikinheimo *et al.* 20 (2007) fand heraus, dass die übermäßige Anwesenheit von Genen zur kontinuierlichen Desmenge des keratozystischen odontogenen Tumors beitragen kann. (VAROLI *et al.*, 2010)

Fälle mit sekundärer Infektion, kortikaler Perforation und multilokularer Aspekt zeigten eine höhere Wahrscheinlichkeit eines Wiederauftretens.

4. FAZIT

Derzeit, aufgrund seiner Aggressivität, Wachstumspotenzial, neoplastische Natur und hohe Rezidivrate, Keratozyste oder odontogene Keratozyste wird als odontogener Tumor bezeichnet. (VAROLI *et al.*, 2010)

Angesichts aller oben genannten Inhalte ist es von größter Bedeutung, orale Pathologien im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Herkunft durch den Zahnarzt zu kennen mit dem Ziel, eine richtige und frühe Diagnose für die beste Wahl der Behandlung zu entwickeln, die auf das Wohlbefinden des Patienten abzielt und die Gesundheit des Patienten fördert. Odontogene Keratitis erfordert geeignete therapeutische Verfahren für eine erfolgreiche Behandlung. Es ist unerlässlich, den Patienten auf die histopathologische Untersuchung zu verweisen, da es notwendig ist, Hypothesen von Differentialdiagnosen im Zusammenhang mit anderen Krankheiten und sogar die Möglichkeit einer Assoziation mit Gorlin-Goltz-Syndrom auszuschließen.

5. REFERENZEN

AMORIM, RFB, *et. al.* Ceratocisto odontogênico: estudo epidemiológico de 26 casos. *Rev Odontol Ciênc.* 2003;18(39): 23-30;

CHI, AC, OWINGS, JR, MULLER, S. Peripheral odontogenic keratocyst: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99(1):71-8;

FORSSEL, K., *et. al.* Recurance of keratocysts. A long-term follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v.17, n.1, p.25-28, 1988;

FORSSEL, K. The primordial cyst. A clinical radiografic study. *Proc Finn Dent Soc*, v.76, n.3, p.129-174, 1980;

GUERRA, L., *et al.* Tratamento conservador de múltiplos tumores odontogênicos ceratocísticos em paciente não sindrômico. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* [online]. 2013, vol.13, n.2, pp. 43-50. ISSN 1808-5210.

GREGORY, C. *Cirurgia buco-dento-alveolar.* São Paulo: Sarvier, 1996;

MARCUCCI M. Tratamento cirúrgico e terapêutico complementar dos queratocistos odontogênicos: revisão de literatura [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia USP; 2002;

NEVILLE BW, *et. al.* *Patologia oral maxilofacial.* Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2004. p. 570-573;

PEIXOTO, R. F. *et al.* Tumor odontogênico ceratocístico: revisão dos achados atuais. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.*, Recife, v.9,n.3,p.21-28 jul.-Set 09;

SHEAR M. *Cistos da região bucomaxilofacial – diagnóstico e tratamento.* 3. ed. São Paulo: Ed. Santos; 1999;

VAROLI F.P. *et al.* Tumor odontogênico queratocístico: características intrínsecas e elucidação da nova nomenclatura do queratocisto odontogênico. *J Health Sci Inst.* 2010;28(1):80-3.

^[1] Studium der Zahnmedizin an der Universität Iguau – Campus Nova Iguau – RJ. Post graduierte an der unibf College in temporomandibulären Dysfunktion und orofazialen Schmerzen und Dental Radiologie und Bildgebung.

Eingereicht: August 2020.

Genehmigt: September 2020.