

ARTIGO DE REVISÃO

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da ^[1]

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da. Tumore odontogenico keratistico: dalla diagnosi al trattamento. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Anno 05, Ed. 09, Vol. 02, pp. 85-90. settembre 2020. ISSN: 2448-0959, collegamento di accesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontoiatria/tumore-odontogenico>

Contents

- RIEPILOGO
- 1. INTRODUZIONE
- 2. REVISIONE DELLA LETTERATURA
- 2.1 SEGNI E SINTOMI
- 2.2 Trattamento
- 3. Discussione
- 4. CONCLUSIONE
- 5. RIFERIMENTI

RIEPILOGO

I tumori odontogenici sono neoplasmi che si sviluppano nella regione delle ossa gnetici, provenienti da tessuti odontogenici dalla proliferazione del tessuto epiteliale, mesenchymal o entrambi. Tra questi, possiamo citare la cheratocista odontogenica che ha le sue caratteristiche e totalmente differenziata da qualsiasi altra patologia orale che presenta una sfida per la diagnosi al professionista. L'obiettivo di questo lavoro è quello di condurre una revisione della letteratura sulla cheratocista dentale e affrontare le caratteristiche cliniche e radiografiche associate a questa patologia, così come il suo approccio terapeutico.

Parole chiave: tumore, odontogenico, patologia, neoplasmi.

1. INTRODUZIONE

I primi casi clinici presentati nei pazienti sono stati descritti come colelesteatoma (presentazione della crescita progressiva dell'epitelio squame cheratinizzato). Nel 1992 è stata chiamata cisti primordiale o cheratocia odontogenica. L'ultima classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dei tumori odontogenici, chiamata cheratocismo odontogenico come tumore odontogenico cheratocistico, con criteri in presenza di alterazioni genetiche e molecolari, che sarebbero presenti anche in alcuni neoplasmi.

Anche se ha ancora un'eziologia sconosciuta, c'è un accordo generale che la cheratocia odontogenica deriva dai resti cellulari della lamina dentale, nel periodo di sviluppo dell'odontogenesi, scartando l'ipotesi che la sua formazione sia attraverso l'epitelio orale. Questa patologia presenta un meccanismo di crescita e comportamento biologico diverso da patologie che sono più comuni per essere trovato nella routine clinica quotidiana a causa del suo comportamento aggressivo e l'alto tasso di casi ricorrenti. È importante ricordare che c'è un'alta probabilità di causare morbilità quando non diagnosticata precocemente. Ha una natura benigna di lenta evoluzione e comportamento clinico aggressivo e asintomatico con predilezione per la regione posteriore e ramo ascendente della mandibola, essendo nella maggior parte dei casi associato a un dente incluso. Ci sono segnalazioni di casi che la lesione è stata presentata nella mascella, ma non è qualcosa di comune. I segni radiografici sono solo caratteristici della lesione, ma l'esame istopatologico dovrebbe essere fatto per concludere la diagnosi per escludere qualsiasi possibilità di diagnosi differenziale con altre patologie.

2. REVISIONE DELLA LETTERATURA

Co è una forma distinta di patologia odontogenica dello sviluppo che richiede considerazioni speciali a causa del suo comportamento clinico, aspetti istopatologici specifici e il suo alto tasso di recidiva. È presentato in pazienti di ampia fascia di età e ha una predilezione per i maschi così come la regione dei molari inferiori (soprattutto nelle regioni del terzo molare) e nel ramo mandibola.

2.1 SEGNI E SINTOMI

Segni e sintomi sono di solito assenti, e la loro scoperta viene eseguita solo attraverso esami radiografici di routine. In caso di lesioni più estese, vengono identificate le lesioni più estese, la tumefazione, il drenaggio o il dolore associato e locale, l'aumento del volume dei tessuti molli e dei tessuti ossei, la paratesi e la mobilità dei denti coinvolti nella lesione, caratterizzano la lesione con la crescita lenta e lo spostamento delle strutture dentali aumentando la perdita di supporto osseo.

Amorim *et al.* (2003) ha presentato una valutazione epidemiologica di 26 casi di cisti diagnosticati come cheratocisti odontogenici e ha identificato principalmente la presenza di lesioni nei pazienti di sesso maschile, con età variante da quarant'anni e bianco, che si trova principalmente nella regione posteriore della mandibola. A partire dal momento dell'evoluzione delle lesioni, è stato possibile osservare uno sviluppo lento, senza alcuna predominanza di modello radiografico specifico. Nelle diagnosi analizzate, non è stato identificato nella maggior parte dei casi qualcosa di coerente con la diagnosi istopatologica, ma piuttosto l'ameloblastoma, essendo la lesione principale citata nelle ipotesi diagnostiche. (VAROLI *et al.*, 2010)

È estremamente importante che il professionista valga il paziente per quanto riguarda la possibilità della sindrome di Gorlin-Goltz, poiché è associato alla comparsa di più cheratocisti, alterazioni plantari e palme e carcinomi nevoidi a cellule basali.

Radiograficamente, tale patologia è vista come una lesione circolare o ovoidale di forma radiolucida - uniloculare o multiloculare - e margini radiopachi regolari, con limiti precisi (ben definiti e corticalizzati). Raramente c'è il verificarsi di riassorbimento della radice ed è associato a un dente incluso nel 25-40% dei casi presentati.

2.2 Trattamento

Il trattamento del CO è di grande sfida per i chirurghi, considerando l'alto grado di tasso di recidiva. L'età del paziente e le dimensioni della lesione sono prese in considerazione per la migliore selezione della scelta del trattamento al fine di consentire la salute del paziente

lesione. La marsupializzazione può essere utilizzata come forma di trattamento di prima istanza, con l'obiettivo di proteggere strutture importanti e nobili. In una seconda vista, l'intera lesione deve essere rimossa. L'iniezione della soluzione Carnoy nella regione di luglio della cisti è stata utilizzata anche per staccare la cisti dalla parete ossea, facilitando la rimozione delle lesioni e con tassi di ricorrenza più bassi. È anche fatto insieme con l'enucleazione e il curettage (GUERRA *et al.*, 2013). Alcuni fattori che possono essere associati a questa ricorrenza sono: la presenza di cisti satellitari che vengono perse durante la rimozione chirurgica e/o la capsula sottile e friabile, ostacolando l'enucleazione senza frammentazione della lesione. Il CO ha una prognosi infausta, indipendentemente dal metodo di trattamento che verrà utilizzato nella sua rimozione, a causa del suo alto tasso di recidiva.

3. Discussione

Per confermare la diagnosi di CO, è necessario eseguire l'esame istopatologico (quindi, viene eseguito l'esame di biopsia), perché può essere confuso con altre patologie come: ameloblastoma, tumore odontogenico adenomatoide, dentitocista, cisti odontogenica calcificante e fibroma ameloblastico. La sua istopatologia presenta uno strato di cellule basali ben definito ed empalizzato e ipercromatico, capsula sottile e friabile, parakeratoina ondulata, parete fibrosa sottile e nessuna infiltrazione infiammatoria, nonché l'assenza di creste interpapillari. Strato di epitelio squamoso stratificato è unificazione con cinque a sette strati di cellule e, nella ricorrenza della lesione, i satelliti possono essere visti nella capsula fibrosa.

Chi *et al.* (2005) ha segnalato due casi che presentavano l'insorgenza di lesioni ai tessuti molli della cheratocità intraossea, identificate come cheratocità odontogenica periferica. Tuttavia, c'è una differenziazione nella parte delle diagnosi per quanto riguarda la classificazione di questo avvenimento nella mucosa gingivale, in cui alcuni lo considerano come una variante istologica della cisti gingivale, mentre altri ritengono che sia la forma periferica della cheratocita odontogenica. (VAROL *et al.*, 2010)

Forssell *et al.* (1988) ha analizzato il periodo postoperatorio di 75 pazienti con CO per cinque anni, per un totale del 43% dei casi con prognosi scadente perché recidiva. Ricorrenze trovate in pazienti con sindrome di Gorlin, che ora è necessario il più a lungo possibile follow-

up.

Attraverso il suo studio sulla genetica del tumore odontogenico cheratocistico, Heikinheimo *et al.* 20 (2007) ha scoperto che l'eccessiva presenza di geni può contribuire al continuo del tumore odontogenico cheratocistico. (VAROLI *et al.*, 2010)

I casi di infezione secondaria, perforazione corticale e aspetto multiloculare hanno mostrato una maggiore probabilità di recidiva.

4. CONCLUSIONE

Attualmente, a causa della sua aggressività, potenziale di crescita, natura neoplastica e alto tasso di recidiva, cheratocista o cheratocità odontogenica è definito come un tumore odontogenico. (VAROLI *et al.*, 2010)

Alla vista di tutti i contenuti di cui sopra, è di fondamentale importanza conoscere le patologie orali associate alle origini dentali dal dentista con l'obiettivo di sviluppare una diagnosi corretta e precoce per la migliore scelta di trattamento, puntando al benessere del paziente e promuovendo la salute del paziente. La cheratite odontogenica richiede procedure terapeutiche appropriate per un trattamento efficace. È indispensabile riferire il paziente all'esame istopatologico, perché è necessario escludere ipotesi di diagnosi differenziali associate ad altre malattie e persino la possibilità di associazione con la sindrome di Gorlin-Goltz.

5. RIFERIMENTI

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.* Recurso 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 radiographic 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] Laureato in Odontoiatria presso l'Università di Iguau – Campus Nova Iguau – RJ. Post si è laureato al college unibf in disfunzione temporobulare e dolori orofacial e Radiologia dentale e Imaging.

Inviato: agosto, 2020.

Approvato: settembre 2020.