

ARTIGO DE REVISÃO

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da^[1]

ANNUNCIAÇÃO, Andressa Vitória Tavares Pereira da. Кератистическая одонтогенная опухоль: от диагностики до лечения. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 05-й год, Эд. 09, Vol. 02, стр. 85-90. Сентябрь 2020 года. ISSN: 2448-0959, Ссылка

доступа: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/лечение-зубов/кератистическая>

Contents

- РЕЗЮМЕ
- 1. ВВЕДЕНИЕ
- 2. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ
- 2.1 ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ
- 2.2 ЛЕЧЕНИЕ
- 3. Обсуждения
- 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ
- 5. ССЫЛКИ

РЕЗЮМЕ

Одонтогенные опухоли являются неоплазмами, которые развиваются в области глатических костей, происходящих из одонтогенных тканей путем пролиферации эпителиальной ткани, мезенхимальной или обоих. Среди них можно упомянуть одонтогенный кератоцист, который имеет свои особенности и полностью отличается от любой другой устной патологии, представляя вызов для диагностики профессиональному. Целью данной работы является проведение литературного обзора по стоматологическому кератоцисту и адрес клинических и радиографических характеристик, связанных с этой патологией, а также ее терапевтический подход.

Ключевые слова: опухоль, одонтогенная, патология, неоплазмы.

1. ВВЕДЕНИЕ

Первые клинические случаи, представленные у пациентов, были описаны как холестеатома (представление прогрессивного роста кератинизированного плоскоклеточного эпителия). В 1992 году его называли первобытной кистой или одонтогенным кератоцистом. Последняя классификация Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) одонтогенных опухолей, называемых одонтогенным кератоцистом, как кератоцистичная одонтогенная опухоль, с критериями в присутствии генетических, молекулярных изменений, которые также присутствовали бы в некоторых неоплазмах.

Несмотря на то, что она до сих пор имеет неизвестную этиологию, есть общее согласие, что одонтогенный кератоцист возникает из клеточных останков зубной ламины, в период развития одонтогенеза, отбрасывая гипотезу о том, что его образование происходит через пероральный эпителий. Эта патология представляет собой механизм роста и биологического поведения отличается от патологий, которые являются более распространенными, которые можно найти в повседневной клинической рутине из-за его агрессивного поведения и высокий уровень рецидивирующих случаев. Важно отметить, что существует высокая вероятность причинения заболеваемости, когда не диагностируется на ранней стадии. Он имеет доброкачественный характер медленной эволюции и агрессивного и асимптомического клинического поведения с пристрастием к задней области и восходящей ветви челюсти, будучи в большинстве случаев связан с включенным зубом. Есть сообщения о случаях, что поражение было представлено в челюсти, но это не что-то общее. Радиографические признаки характерны только для поражения, но гистопатологическое обследование должно быть сделано, чтобы заключить диагноз, чтобы исключить любую возможность дифференциальной диагностики с другими патологиями.

2. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

СО является отдельной формой развития одонтогенной патологии, которая требует особых соображений из-за его клинического поведения, специфических

гистопатологических аспектов и высокой частоты рецидивов. Он представлен у пациентов широкого возрастного диапазона и имеет пристрастие как к мужчинам, так и к области нижних моляров (особенно в регионах третьих моляров) и в нижней ветви.

2.1 ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

Признаки и симптомы, как правило, отсутствуют, и их открытие выполняется только через обычные радиографические исследования. В случаях более обширных поражений, тумефации, дренажа или связанных с ними и локальных болей, повышенного объема мягких тканей и костной ткани, парастезии и подвижности зубов, участвующих в поражении, характеризуют поражение с медленным ростом и смещением зубных структур за счет увеличения потери костной поддержки.

Amorim *et al.* (2003) представил эпидемиологическую оценку 26 случаев кисты с диагнозом одонтогенный кератоцист и определили в основном наличие поражений у пациентов мужского пола, с вариантом возрастов от сорока лет и белый, расположенный в основном в задней области челюсти. Начиная со времени эволюции поражений, можно было наблюдать медленное развитие, без какого-либо конкретного радиографического преобладания модели. В анализируемых диагнозах в большинстве случаев не было выявлено что-то, что согласуется с гистопатологическим диагнозом, а скорее амелобластома, которая является основным поражением, приведенным в диагностических гипотезах. (VAROLI *et al.*, 2010)

Чрезвычайно важно, чтобы специалист оценил пациента относительно возможности синдрома Горлина-Гольца, так как он связан с появлением множественных кератоцитов, подошвенные и пальмовые изменения и базально-клеточные невоидные карциномы.

Радиографически такая патология рассматривается как круговое или овощное поражение радиолученной формы - неилокулярной или многоглазной - и регулярные поля радиопакета, с точными ограничениями (четко определенными и корковыми). Существует редко возникновение корневой ресорбции и связано с включенным зубом в 25 до 40% случаев представлены.

2.2 ЛЕЧЕНИЕ

Лечение СО имеет огромную проблему для хирургов, учитывая высокую степень частоты рецидивов. Возраст пациента и размер поражения учитываются для наилучшего выбора выбора лечения для того, чтобы здоровье больного поражения. Сумсупиализация может быть использована в качестве одной из форм лечения в первую очередь, направленной на защиту важных и благородных структур. Во-вторых, все поражение должно быть удалено. Инъекции раствора Carnoy в лumen области кисты также был использован, чтобы отделить кисту от стенки кости, облегчая удаление поражения и с более низкими частотами рецидивов. Это также делается вместе с энуклеация и кюретаж (GUERRA *et al.*, 2013). Некоторые факторы, которые могут быть связаны с этим рецидивом являются: наличие спутниковых кист, которые теряются во время хирургического удаления и / или тонкой и рыхлой капсулы, препятствуя энуклеация без фрагментации поражения. СО имеет плохой прогноз, независимо от того, какой метод лечения будет использоваться в его удалении, из-за его высокой частоты рецидивов.

3. Обсуждения

Для подтверждения диагноза СО необходимо провести гистопатологическое обследование (таким образом, проводится биопсия), так как его можно спутать с другими патологиями, такими как: амелобластома, аденоидная одонтогенная опухоль, дентитоцист, кальцификаторная одонтогенная киста и амелобластическая фиброма. Его гистопатология представляет собой четко определенный и усиленный и гиперхроматический базальный слой клеток, тонкие и рыхлые капсулы, гофрированный паракератоин, тонкая волокнистая стенка и не воспалительных проникнуть, а также отсутствие межпапиллярных гребней. Стратифицированный плоскоклеточный слой эпителия является объединение с пятью-семью слоями клеток и, при рецидиве поражения, спутники можно увидеть в волокнистой капсule.

Chi et al. (2005) сообщили о двух случаях, которые представляли возникновение поражений мягких тканей интраоссезного кератоциста, идентифицированного как периферический одонтогенный кератоцист. Тем не менее, есть дифференциация в

части диагнозов в отношении классификации этого явления в слизистой оболочке цингов, в которой некоторые рассматривают его как гистологический вариант гингивал кисты, в то время как другие считают, что это периферическая форма одонтогенного кератоциста. (VAROLI *et al.*, 2010)

Forssell *et al.* (1988) проанализировал послеоперационный период 75 пациентов с СО в течение пяти лет, в общей сложности 43% случаев с плохими прогнозами, потому что они были рецидивы. Рецидивы, обнаруженные у пациентов с синдромом Горлина, который в настоящее время требуется для как можно более длительного последующего лечения.

Благодаря своему исследованию генетики кератоцистической одонтогенной опухоли, Heikinheimo *et al.* 20 (2007) обнаружили, что чрезмерное присутствие генов может способствовать непрерывной кератоциститической одонтогенной опухоли. (VAROLI *et al.*, 2010)

Случаи вторичной инфекции, перфорации корковой и многоглазного аспекта показали более высокую вероятность рецидива.

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время, из-за своей агрессивности, потенциал роста, неопластический характер и высокая частота рецидивов, кератоцист или одонтогенный кератоцист называют одонтогенной опухолью. (VAROLI *et al.*, 2010)

С учетом всего вышеуказанного содержания, крайне важно знать устные патологии, связанные с стоматологическим происхождением стоматолога с целью разработки правильной и ранней диагностики для наилучшего выбора лечения, направленного на благополучие пациента и содействие здоровью пациента. Одонтогенный кератит требует соответствующих терапевтических процедур для успешного лечения. Необходимо направить пациента на гистопатологическое обследование, так как необходимо исключить гипотезы дифференциальных диагнозов, связанных с другими заболеваниями и даже возможность ассоциации с синдромом Горлина-Гольца.

5. ССЫЛКИ

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] Окончил стоматологию в Университете Игуасу – Кампус Нова Игуасу – RJ. Пост окончил unibf колледж в висомандибулярной дисфункции и орофациальных болей и стоматологической радиологии и визуализации.

Представлено: Август 2020.

Утверждено: Сентябрь 2020.