

remoção. Tanto o bloqueio maxilomandibular quanto os parafusos, foram removidos com anestesia local após 30 dias de imobilização e a paciente continua sendo acompanhada em ambulatório já há dois anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARTHUR, G.; BERARDO, N. A simplified technique of maxillomandibular fixation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 47, p. 1234, New York, 1989.
2. DUNET, E.; NALLET, E.; BADJINA, F. et al. Blocage intermaxillaire par pitons chez l'adulte. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac*, v.98, n(1), p. 103-108, Paris, March. 1997.

3. GIMENO, C. M.; SANZ, J. A.; SASTRE, R. M. Maxillofacial trauma: influence of HIV infection. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, v. 20, p. 297-302, March, 1992.
4. KARLIS, V.; GLICKMAN, R. An alternative to arch-bar maxillomandibular fixation. *Plastic Surgery*, v. 99, n(06), p. 1758-1759, July, 1996.
5. SCHIMIDT, B.; KEARNS, G.; PERROTT, D.; et al. Infection following treatment of mandibular fractures in human immunodeficiency patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v.53, p. 1134-1139, New York, 1996.
6. WANG, C. R.; KEECH, D. R.; ELKINS, T. P. et al. The tension wire method. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*, v. 124, p.448-452, Apr. 1998. (Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor em POA-RS, Prof. do curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação (ESP, ME, DO) em CTBMF, Mestre em CTBMF e Doutor em Estomatologia pela FO-PUCRS.

2 Ceratocisto Odontogênico

INTRODUÇÃO

Ceratocisto Odontogênico é um cisto odontogênico, que apresenta características histológicas próprias, que o distingue de qualquer outro cisto. Foi descrito em 1876, por Mikulicz, que o chamou de cisto dermoide. Philipsen introduziu o termo Ceratocisto, em 1956 e, Pindborg & Hansen, em 1963, definiram sua histologia.

Atualmente, este cisto representa um tipo específico de cisto odontogênico não inflamatório, com características peculiares. Mostrando agressividade local, crescimento independente, potencial de recidiva elevado, atingindo grande tamanho sem se manifestar clinicamente. Características que, aliadas a sua frequência, retardam o diagnóstico, limitam o prognóstico e dificultam o tratamento. Acreditamos que o seu estudo é imprescindível na clínica odontológica diária.

Neste trabalho, os autores têm por objetivo mostrar e discutir um caso clínico de Ceratocisto Odontogênico que apresentava pequenas dimensões e fazia o diagnóstico diferencial com o Cisto periodontal lateral.

CASO CLÍNICO

M. N., sexo feminino, leucoderma, 43 anos de idade, do lar, compareceu ao Ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), encaminhada pelo seu Clínico geral, que num exame radiográfico, diagnosticou uma lesão radiolúcida com características císticas. O exame intrabucal mostrava que os elementos 42 e 43, apresentavam as coroas apinhadas, o que sugeriu ao C.D. o deslocamento dental,



Fig. 1 - Observar o apinhamento das coroas dos dentes 43 e 42.

José Nazareno Gil

Doutor e Mestre em Cirurgia e Traumatologia BMF da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ. Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia BMF do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/SC

Levy Hermes Rau

Professor de Patologia Bucal e Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia BMF do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/SC

Rafael Manfro

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia BMF do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/SC



Fig. 2 - Radiografia periapical mostra a localização lateral do cisto e o deslocamento apical das raízes dentais.



Fig. 3 - Aspecto da loja cirúrgica após a enucleação.



Fig. 4 - Lesão removida, aspecto macroscópico.

Estes dentes estavam vitais, sem alterações sensitivas e com periodonto marginal sadio. A mucosa apresentava-se com coloração, continuidade e volume normais (figura 1). O paciente não tinha conhecimento da existência da lesão, pois a mesma era assintomática quanto à dor. Na radiografia periapical, constatou-se uma lesão unilocular, radiolúcida, pequena (14x07mm), com forma ovalada, de limites precisos em toda a sua extensão, com osteogênese reacional marcante, invaginando entre as raízes dos elementos 42 e 43 e afastando-as (figura 2). Na radiografia oclusal, nota-se o deslocamento dental, porém sem expansão das corticais (figura 03).

Diante das características clínicas e radiográficas foram levantadas duas hipóteses diagnósticas: Cisto Periodontal Lateral e Ceratocisto Odontogênico.

Devido as dimensões da lesão e a facilidade de acesso, o tratamento proposto foi a enucleação para biópsia excisional e tratamento. Durante o procedimento constatou-se que a mesma não estava relacionada às raízes do 42 e/ou 43 e apresentava grande quantidade de uma substância pastosa, semelhante a ceratina, no seu interior, o que nos levou a pensar mais em Ceratocisto Odontogênico (figura 03). O diagnóstico clínico de Ceratocisto Odontogênico foi confirmado pela análise histopatológica que apontou o padrão paraceratinizado (figura 07). Apesar das orientações sobre a alta possibilidade de recidiva, a paciente deliberadamente abandonou o controle proposto.

DISCUSSÃO

Provavelmente o ceratocisto odontogênico se origina dos remanescentes epiteliais da lâmina dental (10,14), contrariando a hipótese que sugere a origem em células basais remanescentes do epitélio bucal (20).

O modo de crescimento do ceratocisto é diferente de qualquer outro cisto odontogênico, pois aqueles crescem por diferença de pressão osmótica/ hidrostática, ao passo que o ceratocisto, além desta diferença de pressão, está somado à proliferação intensa independente de suas células epiteliais (1, 19, 21).

Sua frequência só é menor que a do cisto periapical/residual e cisto dentígero (15, 18). Este fato foi a razão principal para pensarmos na hipótese de Ceratocisto Odontogênico no

diagnóstico clínico.

As características radiográficas fornecem dados importantes para o diagnóstico clínico, comumente, o Ceratocisto Odontogênico é uma lesão grande, geralmente unilocular, apresentando as margens lobuladas ou onduladas, bem delimitada por osteogênese reacional, representada por fina linha radiopaca (5, 9, 16). Lesões multiloculares têm sido observadas em cerca de 25% de todas as lesões (4, 9, 18, 22, 24). O diagnóstico clínico do ceratocisto é feito, casualmente, por uma radiografia de rotina, pois esta lesão normalmente não apresenta alterações clínicas, que levem o paciente a procurar atendimento (10, 12, 13). No caso relatado, havia um discreto deslocamento dental, o que levou o seu Cirurgião-Dentista a examinar radiograficamente a área.

O diagnóstico diferencial com outras lesões maxilares, inclui o cisto dentígero, cisto residual, cisto periodontal lateral, cisto ósseo traumático e cisto ósseo aneurismático. No caso descrito, o cisto periodontal lateral foi considerado como hipótese diagnóstica mais provável, apesar da sua frequência ser rara (18). Para diferenciá-los usa-se, além da frequência, localização, as margens na radiografia; os dados colhidos da punção. No ceratocisto, aspira-se um líquido esbranquiçado ou, até mesmo, tem-se uma punção negativa para líquido, pois pode haver só ceratina. No caso clínico, apesar da pequena dimensão cística, havia grande quantidade de ceratina e ausência de líquido amarelo citrino. Esta situação não exclui outros cistos odontogênicos, mas é marcante no Ceratocisto.

A Síndrome de Gorlin-Goltz deve ser lembrada pesquisada quando o paciente apresentar múltiplos ceratocistos nos maxilares (15, 17, 18).

Histologicamente, o ceratocisto se caracteriza por um fino e uniforme revestimento epitelial, sem cristas interpapilares. As células da camada basal são colunares ou cúbicas, dispostas empilhada, com os núcleos polarizados distantes da membrana basal. As células da camada espinhosa podem ser vacuoladas, escassas ou completamente inexistentes em certas regiões. A camada córnea pode ser ortoceratinizada, paraceratinizada ou a associação de ambos (3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 16, 17, 18, 26)).

O caso clínico apresenta características clínicas não comuns aos ceratocistos, como: deslocamento dentário precoce,

provavelmente devido sua localização interradicular, localização em região anterior da mandíbula; em faixa etária acima de 40 anos; margens não lobuladas e afastamento radicular. Todavia, este relato mostra a importância de mesmo em situações clínicas como esta, pensarmos na hipótese de ceratocisto odontogênico no diagnóstico.

RESUMO

Apresentando uma natureza de crescimento própria, atingindo grandes dimensões sem se manifestar clinicamente e sendo potencialmente recidivante, o Ceratocisto Odontogênico é uma forma distinta de cisto odontogênico, obrigando a classe odontológica a ter considerações diferentes dos demais cistos que acometem a cavidade oral. Os autores descrevem um caso clínico que faz diagnóstico diferencial com o cisto periodontal lateral e discutem sua histologia, prognóstico e opções de tratamento.

Unitermos: Ceratocisto, Cisto, Cisto Odontogênico.

SUMMARY

Presenting its own growth nature, reaching great dimensions without clinically manifesting itself, the Odontogenic Keratocyst is a distinct form of Odontogenic cyst, leading the dentistry class to have different considerations from the other cysts that happen in the oral cavity. The authors describe a clinical case that makes a differential diagnosis with the periodontal lateral cyst and discusses its histology, prognosis and treatment options.

Uniterms: Keratocyst, Cyst, Odontogenic cysts.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHLFORS, E. et al. The odontogenic keratocyst: A benign cystic tumor. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 42, p. 10, 1984.
2. BRAMLEY, P. A. The odontogenic keratocyst: an approach to treatment. *Int J Oral Surg*,

n. 3, p. 337, 1974.
3. BRANNON, R. B. The odontogenic keratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases. Part II histologic features. *Oral Surg*, n. 43, p. 233-255, 1977.
4. BRONDUM, N.; JENSEN, V. J. Recurrence of keratocysts and decompression treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, n. 72, p. 265-9, 1991.
5. BROWNE, R. M. The odontogenic keratocyst, histological features and their correlation with clinical behavior. *Br Dent J*, n. 131, p. 239, 1971.
6. CROWLEY, T. E. et al. Odontogenic keratocysts: A clinical and histologic comparison of the parakeratin and orthokeratin variants. *J Oral Maxillofac*, n. 50, p. 22-26, 1992.
7. EPHROS, H.; LEE, H. Treatment of a large odontogenic keratocyst using the Brosch Procedure. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 50, 1992.
8. FOLEY, W. L. et al. Malignant transformation of odontogenic keratocyst: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 49, p. 768-771, 1991.
9. FORSELL, K. et al. A clinical and radiographic study of odontogenic keratocyst in jaws. *Proc Finn Dent Soc*, n. 70, p. 121-34, 1974.
10. GIL, J. N. et al. Ceratocisto Odontogênico - Contribuição para diagnóstico e tratamento. *Rer Portuguesa de Est Med e Cir Maxillofac*, n. 40, p. 107-112, 1999.
11. KAKARANTZA-ANGELOPOULOU, E.; NICOLATOU, O. Odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 48, p. 593-599, 1990.
12. LASKIN, D. M. *Oral and Maxillofacial surgery*. 1ª ed. Vol 2. St. Louis. C. V. Mosby Company, 1985.
13. NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 1ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1995.
14. NEVILLE, B. W. et al. Odontogenic Keratocysts of the Midline Maxillary Region. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 55, p. 340-344, 1997.
15. PELED, M. et al. Conservative approach to unerupted teeth within cystic lesions in Gorlin's syndrome. *Am J Orthod Dentofac Orthop*, n. 99, p. 294-7, 1991.
16. PINDBORG, J. J.; HANSEN, J. Studies on odontogenic cyst epithelium. Clinical and roentgenologic aspects of odontogenic keratocysts. *Acta Pathol Microbiol Scand*, n. 58, p. 283, 1963.
17. SHAFER, W. G. et al. *Tratado de Patologia Bucal*. 4ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1987.
18. SHEAR, M. *Cistos da região bucomaxilofacial*. 4ª ed. São Paulo. Santos, 1999.
19. STENMAN, G. et al. In vitro growth characteristic of human odontogenic keratocyst and dentigerous cysts. *J Oral Pathol*, n. 15, p. 143, 1983.
20. STOELINGA, P. J. W.; PETERS, J. H.: A note on the origin of keratocyst of the jaws. *Int J Oral Surg*, n. 2, p. 37-44, 1973.
21. TOLLER, P. A. Autoradiography of explants from odontogenic cyst. *Br Dent J*, n. 131, p. 57, 1971.
22. TOMMASI, A. F. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1989.
23. VOORSMIT, R. A. C. A. et al. The management of keratocyst. *J Maxillofac Surg*, n. 9, p. 227, 1981.
24. WOOD, N. K.; GOAZ, P. W. *Diagnóstico diferencial das lesões bucais*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1983.
25. WOOLGAR, J. A. et al. A comparative study of the clinical and histological features of recurrent and nonrecurrent odontogenic keratocyst. *J Oral Pathol*, n. 16, p. 124, 1987.
26. WISOCKI, G. P.; Sap, J. P.: Scanning and transmission electron microscopy of odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Med*, n. 40, p. 494, 1975.
27. ZACHARIADES, N. et al. Odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 43, p. 177, 1985.

③ Colagem Homógena em Dentes Permanentes

INTRODUÇÃO

A preocupação em restabelecer a integridade da saúde bucal sempre foi um dos principais objetivos da Odontologia, dentro desse parâmetro a Dentística Restauradora tem como alguns desafios devolver a harmonia oclusal e a estética dos dentes destruídos por cárie ou fratura. Nenhum dos materiais dentários disponíveis consegue reunir todas as vantagens e propriedades ideais a ponto de serem considerados substitutos completos da estrutura dental perdida. TENERY (1978) comentava que havendo a possibilidade de utilização do próprio dente como material restaurador esta deveria ser a 1ª opção¹⁴. A busca de um material com propriedades semelhantes aos tecidos dentários têm levado muitos pesquisadores a experimentar colagens autógenas ou homogêneas totais ou parciais de fragmentos ou elementos dentários, decíduos ou permanentes¹¹. Técnicas restauradoras alternativas estão sendo desenvolvidas, com o intuito de devolver as características morfofuncionais e estética da denteção decídua e permanente, da forma mais conservadora possível¹⁶.

Nilton Oliveira da Costa

Professor-Mestre de Dentística Clínica da FO-UNIDERP - Campo Grande/MS

Liel Trindade Vargas

Terezinha de Jesus C. Ferreira
Professores de Dentística Clínica da FO-UNIDERP - Campo Grande/MS

Patrícia Taques Rabacov

Elen Flávia Moreira Ferreira
Acadêmicas do 5º ano do curso de Odontologia da UNIDERP - Campo Grande/MS