

Brazilian Journal of  
**OTORHINOLARYNGOLOGY**

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

**Keratocystic odontogenic tumor in the maxillary sinus:  
a rare occurrence** ☆

**Tumor odontogênico ceratocístico em seio maxilar: uma ocorrência rara**

**Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri<sup>a,\*</sup>, Eduardo Sanches Gonçales<sup>a</sup>, Victor Tieghi Neto<sup>a</sup>, Alexandre Simões Nogueira<sup>b</sup>, Eveline Turatti<sup>c</sup>, Roberta Barroso Cavalcante<sup>c</sup>, Virgílio Mendes Maia Júnior<sup>d</sup>**

<sup>a</sup> Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru, SP, Brasil

<sup>b</sup> Curso de Odontologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral, CE, Brasil

<sup>c</sup> Curso de Odontologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

<sup>d</sup> Clínica Privada, Granja, CE, Brasil

Recebido em 17 de julho de 2012; aceito em 15 de dezembro de 2012

**Introdução**

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde revisou e atualizou a classificação dos tumores odontogênicos, e algumas terminologias foram modificadas. Devido à sua natureza neoplásica, o ceratocisto odontogênico, anteriormente classificado como um cisto, teve seu nome alterado para tumor odontogênico ceratocístico (TOC). A prevalência de TOC no seio maxilar é de apenas 1%.<sup>1</sup> O TOC possui taxa elevada de recidiva<sup>2</sup> e várias modalidades terapêuticas, como marsupialização, saucerização, solução de Carnoy e enucleação, têm sido utilizadas para o tratamento de TOC com diferentes resultados.<sup>3</sup> Este trabalho está relacionado a um caso de TOC no seio maxilar, tratado com descompressão e enucleação.

**Apresentação de caso**

Paciente do sexo feminino, de 28 anos foi encaminhada para avaliação de uma infecção na área do primeiro molar superior, extraído 30 dias antes. Exame extraoral mostrou drenagem de pus através da fossa nasal direita. Exame intraoral não evidenciou aumento de volume, apesar de se observar drenagem de secreção purulenta na

área correspondente ao primeiro molar. No corte coronal da tomografia computadorizada, observou-se preenchimento do seio maxilar direito por uma lesão de aspecto cístico associada a um dente molar. As paredes ósseas estavam preservadas (fig. 1A). Após remissão da fase aguda da infecção com uso de antibiótico sistêmico foi realizada incisão com abertura da mucosa bucal para proporcionar a descompressão da lesão sob anestesia local (fig. 1B). No mesmo tempo cirúrgico, material intralesional foi coletado para exame anátomopatológico. O diagnóstico histopatológico foi compatível com TOC. Os cortes histológicos revelaram fragmento de cápsula cística recoberto em áreas focais por epitélio escamoso estratificado em continuidade com o epitélio paraqueratinizado não estratificado (fig. 1C).

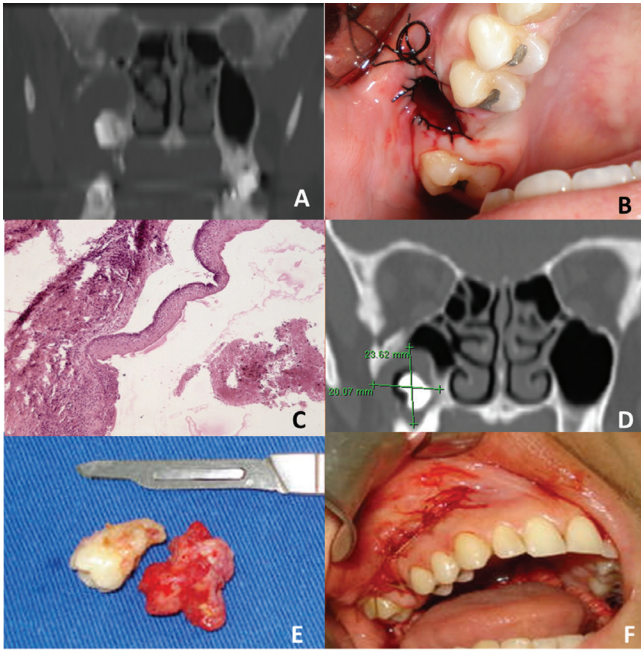
A paciente não apresentou complicações no pós-operatório. Foi realizado acompanhamento mensal para irrigação e limpeza da cavidade cirúrgica. Após 18 meses de posoperatório, a imagem tomográfica em corte coronal revelou uma grande regressão no tamanho da lesão (fig. 1D). Foi realizada a remoção do cisto e do dente associado sob anestesia geral (fig. 1E). O fechamento primário da ferida foi obtido (fig. 1F). Após três anos de acompanhamento, não houve qualquer sinal de recidiva.

DOI se refere ao artigo: 10.5935/1808-8694.20140035

\*Como citar este artigo: Sampieri MBS, Gonçales ES, Tieghi-Neto V, Nogueira AS, Turatti E, Cavalcante RB, et al. Keratocystic odontogenic tumor in the maxillary sinus: a rare occurrence. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:178-9.

\* Autor para correspondência.

E-mail: mar\_sampieri@hotmail.com (M.B.S. Sampieri).



**Figura 1** A, Corte coronal da tomografia computadorizada mostrando velamento do seio maxilar direito por uma lesão de aspecto cístico associada a um dente molar. B, Descompressão da lesão com uso de anestesia local. C, Epitélio de revestimento paraqueratinizado H&E com ampliação de 100×. D, Imagem de tomografia computadorizada em corte coronal com 18 meses de pós-operatório. E, Remoção do cisto e dente relacionado. F, Fechamento primário da ferida.

## Discussão

O TOC é uma doença que exige atenção especial devido ao seu comportamento agressivo e elevada taxa de recidiva. A presença de vários TOCs pode estar associada à síndrome de Gorlin-Goltz.<sup>4</sup> Uma importante característica radiológica em casos não sindrômicos é o crescimento vestibulo-lingual sem expansão cortical.<sup>5</sup>

Foram descritos seis tipos de tratamento: ressecção, enucleação com ostectomia periférica e solução de Carnoy, enucleação com ostectomia periférica, enucleação, descompressão e enucleação com solução de Carnoy. A taxa de recidiva variou entre 0% e 50%, com uma média de 23,15%.<sup>3</sup>

Poucas ocorrências de TOC no seio maxilar foram descritas anteriormente, e o tratamento consistiu da remoção total da lesão e curetagem óssea.<sup>2,4,6</sup> A ostectomia

periférica mencionada anteriormente refere-se à remoção adicional do tecido ósseo. Esse procedimento não seria possível no presente relato de caso devido a pouca espessura das paredes ósseas dos seios maxilares. Neste estudo de caso, escolhemos a descompressão da lesão como uma forma de preservar as estruturas anatómicas adjacentes (cavidade orbital, seio maxilar, cavidade nasal e dentes) e evitar uma cirurgia mais agressiva. Posteriormente, foi realizada uma enucleação total da lesão seguida de curetagem óssea. A cápsula da lesão mostrou-se menos friável que na primeira intervenção cirúrgica, facilitando a remoção total do TOC.

## Considerações finais

O TOC possui um comportamento específico e elevadas taxas de recidiva. Sua ocorrência nos seios maxilares é rara, e a tomografia computadorizada é essencial para determinar as extensões da lesão e estabelecer a melhor forma de tratamento. O acompanhamento deve ser feito por pelo menos cinco anos e deve ser baseado nos sinais clínicos e radiográficos.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Press SG. Odontogenic tumors of the maxillary sinus. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;16:47-54.
2. Vencio EF, Mota A, Pinho CM, Dias Filho AA. Odontogenic keratocyst in maxillary sinus with invasive behavior. *J Oral Pathol Med.* 2006;35:249-51.
3. Kaczmarzyk T, Mojsa I, Stypulkowska J. A systematic review of the recurrence rate for keratocystic odontogenic tumour in relation to treatment modalities. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012;41:756-67.
4. Silva GCC, Silva EC, Gomez RS, Vieira TC. Odontogenic keratocyst in the maxillary sinus: Report of two cases. *Oral Oncol EXTRA.* 2006;42:231-4.
5. MacDonald-Jankowski DS. Keratocystic odontogenic tumour: systematic review. *Dentomaxillofac Radiol.* 2011;40:1-23.
6. Çakur B, Miloglu Ö, Yolcu Ü, Göregen M, Gürsan N. Keratocystic odontogenic tumor invading the right maxillary sinus: a case report. *J Oral Scien.* 2008;50:345-9.