


MANIFESTAÇÃO RARA DE CERATOCISTO EM GLÂNDULA PARÓTIDA – RELATO DE CASO CLÍNICO

RARE MANIFESTATION OF KERATOCYST IN THE PAROTID GLAND – CLINICAL CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-049>

Submetido em: 25/06/2026 e Publicado em: 02/07/2026

SAS: e26270

João Pedro Senczuk Clazer

Cirurgião-dentista – Faculdade Cesumar
ORCID: 0009-0002-9661-8536

Romulo Lazzari Molinari

Cirurgião-dentista – Faculdade Federal do Paraná
ORCID: 0009-0007-1394-8975

Evandro Matioski Pereira

Cirurgião-dentista – Faculdade Federal do Paraná
ORCID: 0009-0001-5923-8377

Tayron Bassini

Cirurgião-dentista – Faculdade Federal do Paraná
ORCID: 0009-0002-7943-1390

Beatriz Maria Consolim

Cirurgiã-dentista – Faculdade Dom Bosco
ORCID: 0009-0005-2681-2730

Rafael Delinski dos Santos

Cirurgião-dentista – Faculdade Dom Bosco
ORCID: 0009-0005-9659-6818

Leonardo Silva Benato

Cirurgião-dentista – Faculdade Federal do Paraná
ORCID: 0000-0002-9398-8374

Resumo

O ceratocisto odontogênico apresenta tendência em ocorrer frequentemente na região posterior da mandíbula, podendo ser assintomático em muitos casos. Essa condição é frequentemente descoberta incidentalmente em radiografias, ressaltando a importância da imagem, na sua detecção precoce. Paciente encaminhado ao cirurgião bucomaxilofacial, apresentando como queixa principal dor mandibular, dificuldade de abertura bucal, secreção purulenta em região de mandíbula esquerda, com diagnóstico inicial de osteomielite. Como primeira abordagem da equipe, foi optado pela ressecção em bloco da lesão e a



utilização de placa de reconstrução. O material coletado foi encaminhado para análise histopatológica, onde obtivemos como resultado “ceratocisto odontogênico”, além da osteomielite. Foram realizadas três intervenções posteriormente ao diagnóstico, sendo necessárias em decorrência de recidivas e observado infiltração em tecido mole. Após invasão da glândula parótida esquerda, o paciente foi encaminhado ao cirurgião de cabeça e pescoço. Após encaminhamento, foram necessárias mais três intervenções. A última consistindo na amputação da orelha esquerda, conduto auditivo e parte de base do crânio. Atualmente, é proposto como tratamento para o ceratocisto, a enucleação e curetagem, associado ao uso de 5-Fluorouracil. Esse caso nos mostra uma situação rara e extremamente agressiva do ceratocisto associado a osteomielite, com invasão de tecidos moles.

Palavras-chave: Base do Crânio; Curetagem; Glândula Parótida; Osteomielite.

Abstract

Odontogenic keratocysts tend to occur frequently in the posterior region of the mandible and can be asymptomatic in many cases. This condition is often discovered incidentally on radiographs, highlighting the importance of imaging in its early detection. The patient was referred to an oral and maxillofacial surgeon, presenting with mandibular pain, difficulty opening the mouth, and purulent discharge in the left mandibular region, with an initial diagnosis of osteomyelitis. As the team's first approach, en bloc resection of the lesion and the use of a reconstruction plate were chosen. The collected material was sent for histopathological analysis, where we obtained the result "odontogenic keratocyst," in addition to osteomyelitis. Three interventions were performed after the diagnosis, necessary due to recurrences and observed soft tissue infiltration. After invasion of the left parotid gland, the patient was referred to a head and neck surgeon. After referral, three more interventions were necessary. The last one consisted of amputation of the left ear, auditory canal, and part of the base of the skull. Currently, enucleation and curettage, combined with the use of 5-Fluorouracil, is proposed as treatment for keratocyst. This case shows us a rare and extremely aggressive situation of keratocyst associated with osteomyelitis, with soft tissue invasion.

Keywords: Base of the Skull; Curettage; Osteomyelitis; Parotid Gland.

1 INTRODUÇÃO

Ceratocisto Odontogênico, termo utilizado pela primeira vez em 1956, para descrever um cisto odontogênico, revestido por um epitélio escamoso estratificado ceratinizado. Acredita-se que sua origem se dê através de remanescentes da lâmina dentária, apresentando predominante acometimento da região de



ramo ascendente de mandíbula, compreendendo cerca de 49%. Na maxila, compromete predominantemente a porção posterior, abrangendo cerca de 20% dos casos. (Neville et al., 2016)

Ao longo da história a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem atualizando a nomenclatura da patologia, em decorrência de suas características estruturais e seu comportamento lento, agressivo, alto índice de recidiva, associação com mutações do gene supressor de tumor (PTCH1) e Síndrome de Gorlin-Goltz. Entretanto, levando em consideração a inexistência de evidências suficientes para categorizar a patologia como uma lesão neoplásica, atualmente foi reclassificada como um cisto de origem odontogênica. (Neville et al., 2016), (Polak et al., 2019), (Gomes et al., 2017).

A importância de metodologias de diagnóstico eficazes não pode ser subestimada. As abordagens de diagnóstico serão discutidas em detalhe, com foco em como elas se comparam aos métodos utilizados para outras condições, como a osteomielite. Essa comparação ajudará a definir não apenas a especificidade do ceratocisto, mas também sua incidência em populações específicas e as configurações clínicas.

O manejo referente ao tratamento do ceratocisto é um tópico que vem sendo discutido na literatura, originalmente sendo tratado apenas com ressecção em bloco com margem de segurança. Todavia, por meio de estudos observaram-se altos índices de recidiva, quando a técnica era utilizada isoladamente aos demais métodos existentes, como: curetagem química (solução de Carnoy), criodestrição. (Gomes et al., 2009), (Vallejo-Rosero et al., 2019), (De Castro et al., 2018), (Slusarenko et al., 2019), (Kinard et al., 2019). Hoje a mais atual e que vem sendo estudada, é a enucleação com margem de segurança e o uso de 5-Fluorouracil. (Morgan et al., 2021).

O presente trabalho possui como finalidade expor a atípica manifestação do ceratocisto odontogênico em massa parotídea, e base de crânio, norteando o profissional as possíveis condutas necessárias, e atentando-o ao comportamento anormal da patologia. (Righi et al., 1998).

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um relato de caso clínico, de caráter descritivo, observacional e retrospectivo, desenvolvido a partir da análise do prontuário, exames complementares e acompanhamento clínico - cirúrgico de um paciente diagnosticado inicialmente com osteomielite mandibular, cujo diagnóstico definitivo foi de ceratocisto odontogênico ortoceratinizado com comportamento localmente agressivo e múltiplas recidivas.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

O caso foi acompanhado por equipes de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF) e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP), sendo conduzido em ambiente ambulatorial, hospitalar e



universitário, incluindo o Hospital Universitário Evangélico Mackenzie.

2.3 AMOSTRA

2.3.1 Caracterização do paciente

Paciente do sexo masculino, 70 anos, leucoderma, atendido em ambiente ambulatorial após encaminhamento de outro profissional, apresentando a queixa principal de dor mandibular, dificuldade de abertura bucal, secreção purulenta em região de mandíbula esquerda, com diagnóstico inicial de osteomielite. Segundo o paciente, em maio de 2020, começou a sentir uma forte dor na região posterior da mandíbula esquerda, motivo pelo qual buscou atendimento com um cirurgião-dentista. Após 6 meses e vários tratamentos com alguns profissionais, como exodontia do dente 37, e pelo menos três procedimentos de curetagem, inclusive em ambiente hospitalar, o paciente evoluiu com dor, edema, secreção e trismo em região, sendo encaminhado a outro serviço de CTBMF.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

2.4.1 Avaliação clínica

Foi realizada anamnese detalhada e exame físico intra e extraoral, observando-se trismo severo, dor, edema e presença de secreção purulenta na região mandibular esquerda. Em posse do paciente, as radiografias periapicais realizadas previamente (FIGURA 1).

Figura 1. Radiografias periapicais de região dos dentes 36, 37 e 38 realizadas previamente ao encaminhamento.



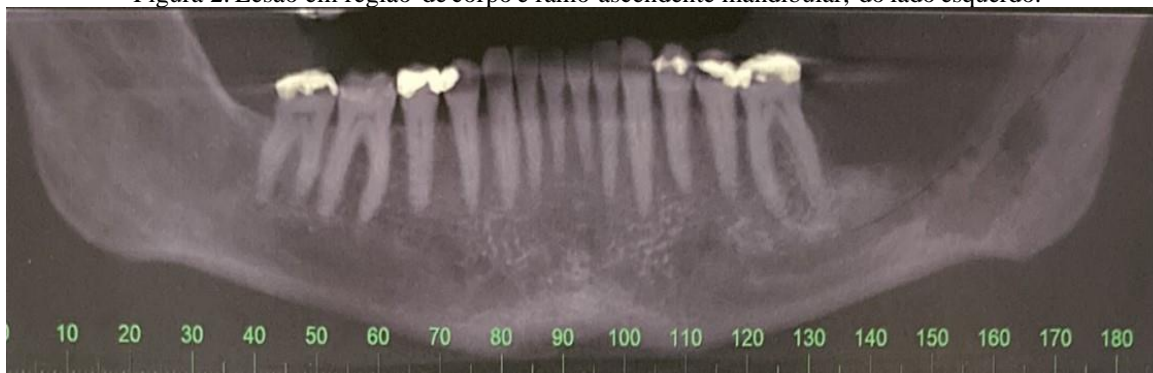
Fonte: Acervo do autor



2.4.2 Exames de imagem

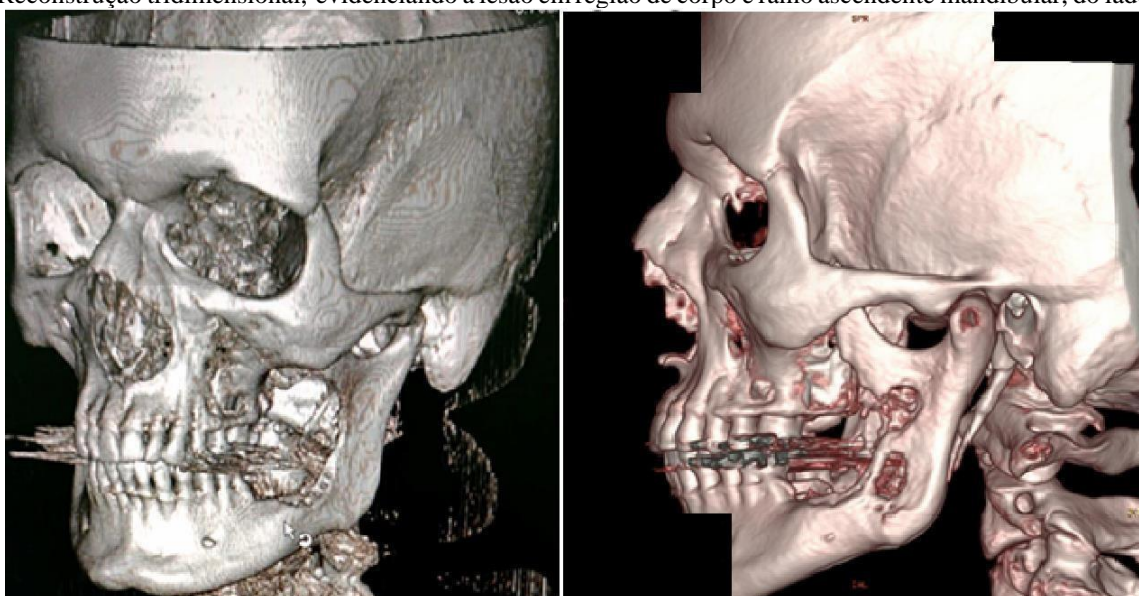
Foram utilizados exames radiográficos e tomografias computadorizadas para avaliação da extensão da lesão. Notaram-se imagem de padrão heterogêneo, compostas por áreas hiperdensas/esclerose medular e hipodensas irregulares, com aspecto semelhante a “roído por traça”. A lesão tinha caráter osteolítico, com aspecto erosivo e infiltrativo. Foi possível observar uma imagem hiperdensa no interior da lesão, compatível com tecido mineralizado e/ou sequestro ósseo (FIGURA 2 e FIGURA 3).

Figura 2. Lesão em região de corpo e ramo ascendente mandibular, do lado esquerdo.



Fonte: Acervo do autor

Figura 3. Reconstrução tridimensional, evidenciando a lesão em região de corpo e ramo ascendente mandibular, do lado esquerdo.



Fonte: Acervo do autor

2.4.3 Planejamento cirúrgico

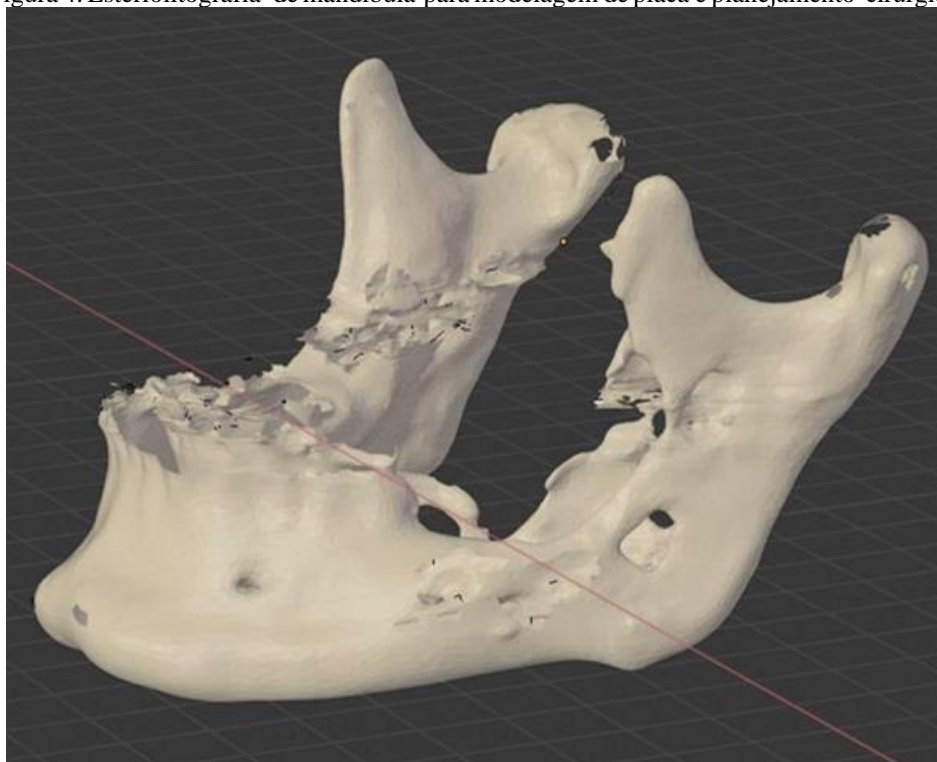
Diante de seu histórico clínico, inicialmente considerou-se a possibilidade de uma área necrótica induzida pelo uso de bifosfonatos, hipótese descartada após o paciente negar uso prévio do medicamento. Considerando os aspectos clínicos, o difícil acesso à região afetada e as condições gerais do paciente, decidiu-se não realizar uma nova biópsia, pois havia sido realizada a análise anatomopatológica



confirmando a hipótese de osteomielite. emitido após a segunda intervenção em outro serviço.

Como abordagem inicial, planejamos a ressecção em bloco da região infectada, com 1 cm de margem de segurança e fixação dos cotos saudáveis, utilizando uma placa de reconstrução do sistema 2.4 mm. Para a modelagem da placa e planejamento cirúrgico, foi confeccionado um modelo 3D previamente ao procedimento (FIGURA 4).

Figura 4. Esteriolitografia de mandíbula para modelagem de placa e planejamento cirúrgico.



Fonte: Acervo do autor

2.5 PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

2.5.1 Terapias adjuvantes

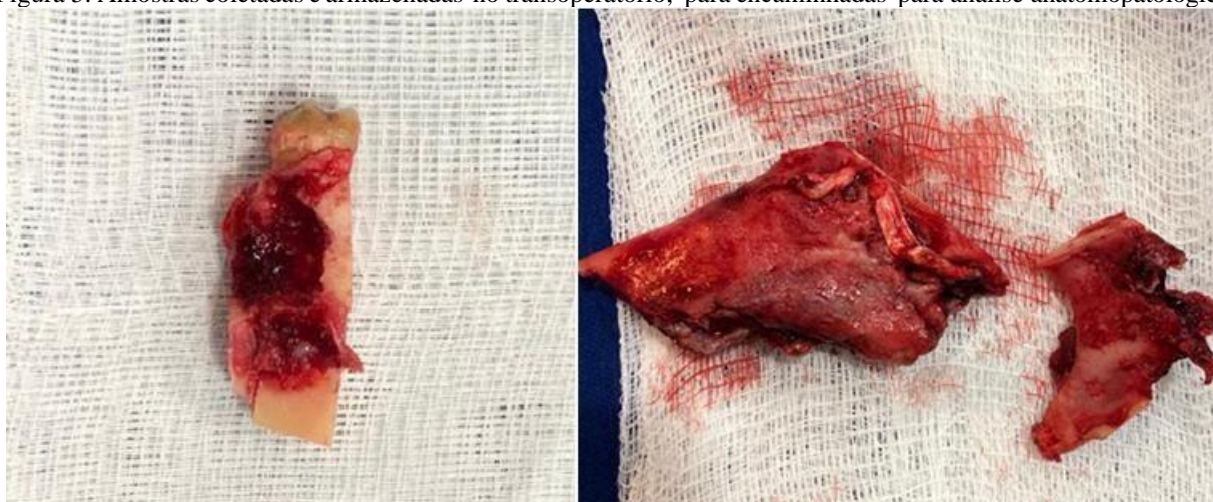
Foram realizadas dez sessões de oxigenoterapia hiperbárica no período pré-operatório e sessões de laserterapia de baixa intensidade no pós-operatório para favorecer a cicatrização tecidual.

2.5.2 Procedimento cirúrgico

O acesso cirúrgico de escolha foi, por via cervical lateral, permitindo a ressecção da área comprometida. O material coletado foi armazenado e encaminhado para análise histopatológica em três laboratórios distintos, que forneceram diagnóstico de “Queratocisto”(FIGURA 5, 6 e 7)

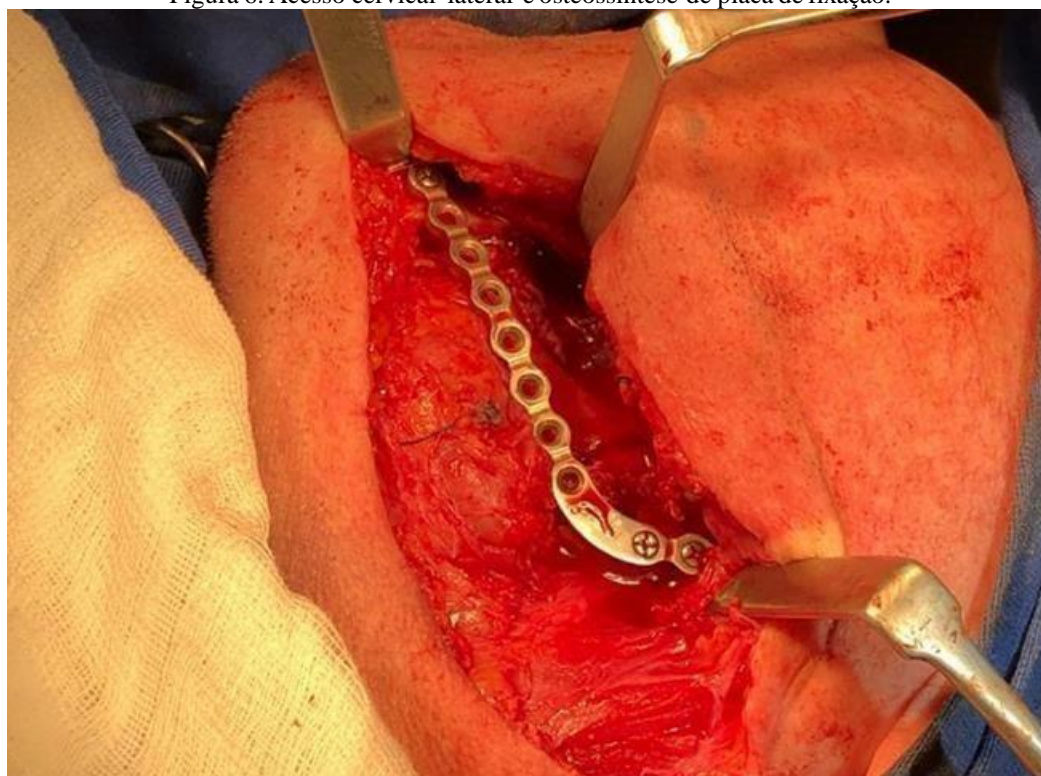


Figura 5. Amostras coletadas e armazenadas no transoperatório, para encaminhadas para análise anatomopatologica.



Fonte: Acervo do autor

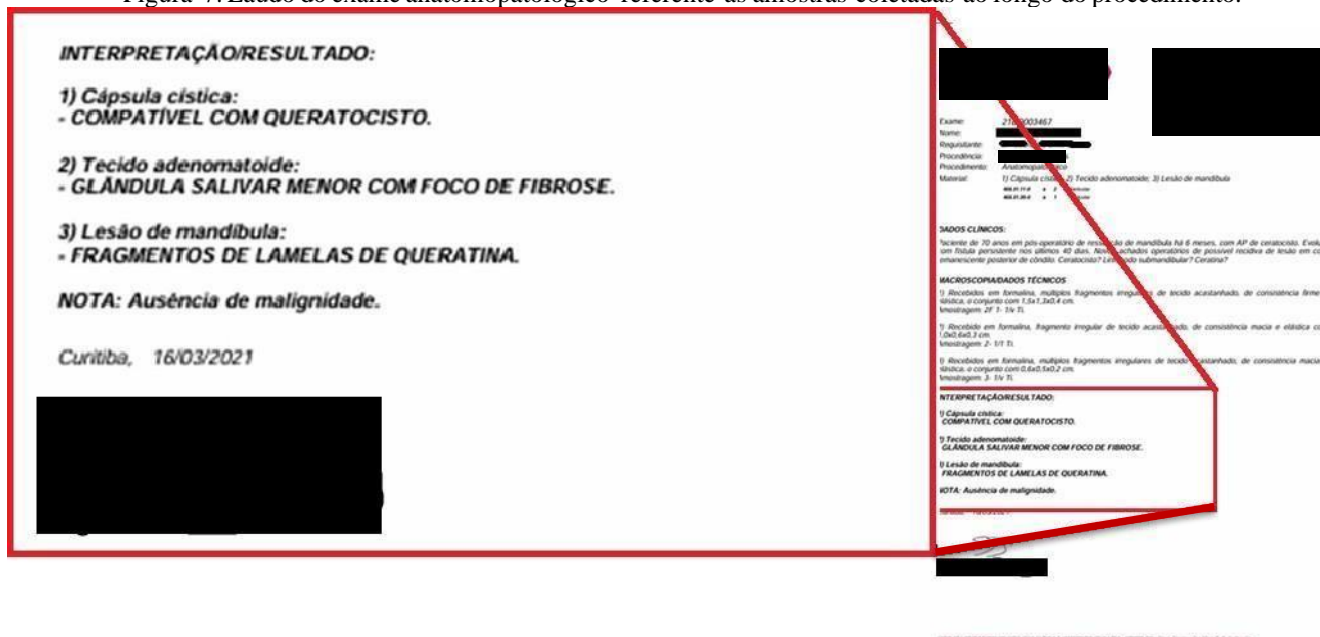
Figura 6. Acesso cervical lateral e osteossíntese de placa de fixação.



Fonte: Acervo do autor



Figura 7. Laudo do exame anatomopatológico referente as amostras coletadas ao longo do procedimento.



Fonte: Acervo do autor

2.5.3 Tratamento das recidivas

Cerca de quatro meses após a intervenção, o paciente voltou a relatar dor na região operada, com edema, além do surgimento de fístulas na região submandibular e pré-auricular (FIGURA 8). A tomografia atualizada revelou progressão da infecção, levando à decisão de remover a placa de reconstrução, devido à suspeita de nova colonização bacteriana. Até então, a recidiva do ceratocisto odontogênico não havia sido cogitada. No entanto, durante a remoção da placa, observou-se a progressão da lesão cística e formação de ceratina. Diante desse achado, após a remoção da placa, programou-se uma nova abordagem cirúrgica para remoção da lesão (FIGURA 9).

Figura 8. Fístulas na região submandibular e pré-auricular.



Fonte: Acervo do autor



Figura 9. Radiografia panorâmica pós-operatória evidenciando a progressão da lesão.



Fonte: Acervo do autor

Foi realizada nova intervenção para remoção de mais uma porção do coto medial e desarticulação do côndilo mandibular. Nesse procedimento, foi utilizado o uso de ultrassom pré e transcirúrgico, operado por um médico radiologista, para melhor visualização da lesão, aonde percebeu-se infiltração em tecidos moles adjacentes, inclusive na glândula parótida esquerda. Optou-se novamente pelo acesso cervical e pré auricular, para a ressecção total da mandíbula esquerda. Durante a exploração cirúrgica, identificaram-se remanescentes ósseos, que foram removidos junto com todos os fatores identificados como potenciais gatilhos para recidiva da lesão (FIGURA 10). Infelizmente, após duas semanas, ocorreu uma nova recidiva de ceratina, levando ao encaminhamento do paciente para um cirurgião de cabeça e pescoço (CCP), com confirmação de infiltração em tecidos moles.



Figura 10. Reconstrução tridimensional evidenciando remanescentes ósseos em região de ressecção.



Fonte: Acervo do autor

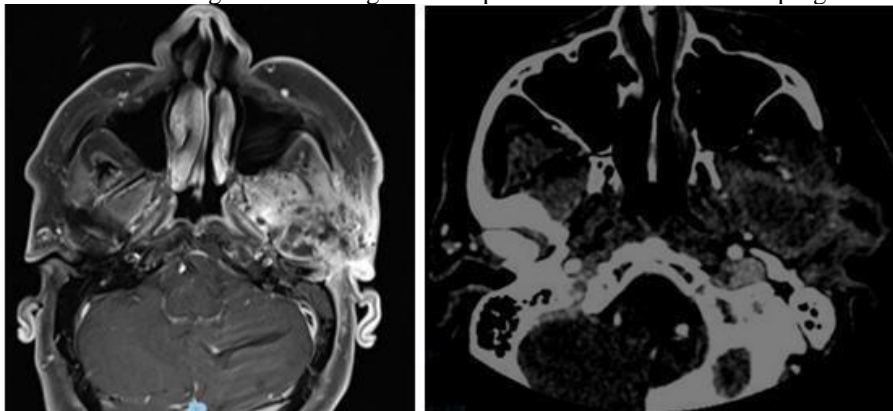
2.5.4 Tratamento multidisciplinar

O paciente foi admitido pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP) no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, apresentando abscesso em região cervical e pré-auricular. Inicialmente, foi submetido a drenagem cirúrgica e posteriormente encaminhado para o planejamento da ressecção tumoral. O quadro evoluiu com drenagem persistente na região submandibular esquerda e paralisia facial parcial no mesmo lado, sem sinais de trismo.

A ressecção da recidiva tumoral foi planejada considerando o envolvimento da musculatura mastigatória, do ramo mandibular do nervo trigêmeo (V3), da glândula parótida esquerda, do osso e das meninges da fossa craniana média, além da parede anterior do conduto auditivo, com abertura da cavidade timpânica e da tuba auditiva (FIGURA 11 e 12). A cirurgia foi realizada em conjunto com a equipe de neurocirurgia. O material removido foi coletado e encaminhado para análise anatomopatológica. Durante o procedimento, o nervo facial (VII) foi reconstruído por meio de um enxerto do nervo auricular magno. Para cobertura das meninges, foi confeccionado um retalho miocutâneo e inserido um dreno de sucção na região.

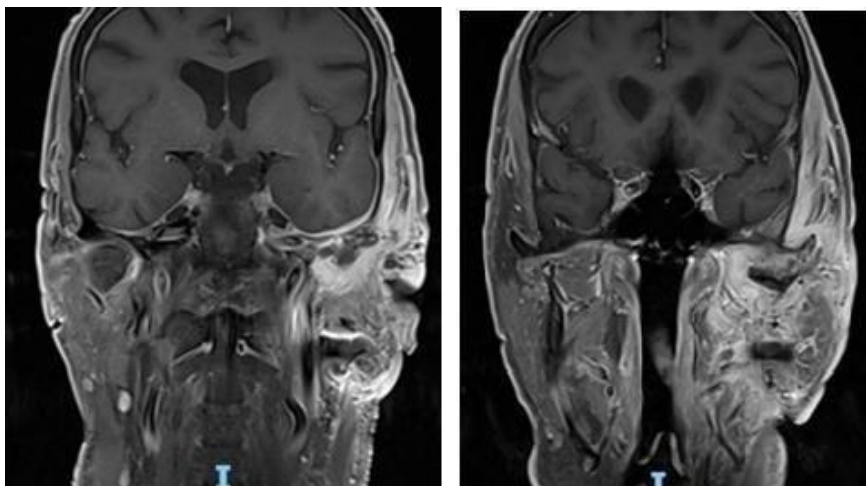


Figura 11. Ressonância magnética e tomografia computadorizada evidenciando progressão da lesão.



Fonte: Acervo do autor

Figura 12. Ressonância magnética evidenciando progressão da lesão, com envolvimento da musculatura mastigatória, ramo mandibular do nervo trigêmeo (V3), da glândula parótida esquerda, osso e meninges da fossa craniana média, e parede anterior do conduto auditivo.



Fonte: Acervo do autor

2.5.5 Exames anatomopatológicos

O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de “ceratocisto ortoceratinizado na glândula parótida esquerda” (FIGURA 13).



Figura 13. Laudo da análise anatomopatológica realizada a partir das amostras coletadas pela equipe de CCP.

SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Nome: [REDACTED]
Data Nascimento: 05/12/1980
Pedido: 2203212
Procedência: INTERNACAO - ELETIVA
Convênio: - SUS - INTERNACAO -
CRM/Solic: [REDACTED]
Tipo Atend: 1 / Leito: 519-01
Origem: INTERNACAO - ELETIVA
Data Pedido: 16/12/2021 Data Exame:08/01/2022 Data Laudo: 06/01/2022

12) Recebidos em formalina, múltiplos fragmentos irregulares de tecido ora esbranquiçado e péticos, ora acastanhado e fibroelástico, medindo em conjunto 3,8x2,4x1,0 cm.
Amostragem: 26- 1V, 27- 1/2 TL.

13) Recebido em formalina, múltiplos segmento de tecido amarelado, lobulado e untuoso medindo 4,5x3,2x2,3 cm, de onde se dissociam múltiplas estruturas nodulares, acastanhadas e fibroelásticas medindo entre 0,3x1,2 cm no maior eixo. Aos cortes, tecido acastanhado e homogêneo.
Amostragem: 28- 1V TL.

14) Recebidos em formalina, múltiplos fragmentos irregulares de tecido medindo em conjunto 3,8x2,8x0,6 cm, de coloração e consistência.
Amostragem: 29 e 30 - 1V TL.

15) Recebidos em formalina, dois fragmentos irregulares de tecido acastanhado firme e elástico; medindo em conjunto 2,0x1,6x0,5 cm.
Amostragem: 31- 1/2 TL.

INTERPRETAÇÃO/RESULTADO:
1 a 10) Parotidectomia esquerda ampliada

- CERATOCISTO ORTOQUERATINIZADO, RECIDIVADO, ASSOCIADO À PROCESSO REPARATIVO CICATRICIAL com as seguintes características:
- Tamanho da lesão: 7,3 cm no maior eixo;
- Glândular salivar: livre de neoplasia, com dilatação ductal;
- Tecido muscular: comprometido por contiguidade;

Responsável Técnico: [REDACTED]
Curitiba - Paraná [REDACTED]

Fonte: Acervo do autor

2.6 ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

Na consulta de retorno com a equipe de CCP, com nova tomografia para acompanhamento, não foram observados sinais de recidiva. Houve redução da coleção purulenta na região pré-auricular, embora ainda persistisse uma loja de ar comunicando com a orelha externa. O paciente foi então programado para acompanhamento em seis meses, com nova tomografia já solicitada. Após nove meses, o paciente entrou em contato relatando dor persistente na região do conduto auditivo, sem melhora após tratamento prévio com antibioticoterapia oral. A tomografia atualizada revelou sinais de otite externa, sem evidências de tumefação, porém com inflamação persistente do conduto auditivo, secreção purulenta na região pré-auricular e meninges expostas. O paciente procurou o pronto-socorro e foi internado com suspeita de infecção, sem excluir a possibilidade de nova recidiva. Realizada biópsia da lesão pré-auricular esquerda, além de drenagem da coleção purulenta, cujo aspecto macroscópico sugeria recidiva tumoral com infiltração no pavilhão auricular. O laudo anatomopatológico confirmou a recidiva do ceratocisto na orelha esquerda. Diante desse quadro, foi proposta a amputação da orelha esquerda e do conduto auditivo, com fechamento primário por meio de rotação de retalho miocutâneo para cobertura do defeito, além de enxerto de pele na região cervical inferior.



No retorno pós-operatório, quatro dias após a amputação, o paciente apresentava o retalho com boa perfusão, enxerto com pega parcial e queixas de vertigem. Foi agendado novo retorno em uma semana para retirada dos pontos e debridamento do enxerto. Na consulta subsequente, foram realizados debridamento, retirada dos pontos e orientações para o curativo. O curativo incluiu aplicação de alginato, óleo de girassol na parte superior e colagenase na inferior.

Observou-se melhora progressiva, com apenas pequenas crostas e uma área de necrose na porção superior do enxerto. Houve deiscência na ponta do retalho, porém com tecido de granulação exuberante. Com o tempo, houve cobertura completa do osso exposto, sem sinais de infecção.

2.7 DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS DO CERATOCISTO ODONTOGÊNICO ORTOCERATINIZADO

O presente caso demonstra a complexidade diagnóstica do ceratocisto odontogênico ortoceratinizado, especialmente quando associado a sinais clínicos e radiográficos sugestivos de osteomielite crônica. A presença de dor, secreção purulenta, trismo e áreas de necrose óssea contribuiu para o direcionamento inicial do diagnóstico para um processo infeccioso, retardando a identificação da lesão cística. Além disso, os achados imaginológicos apresentavam características compatíveis com osteomielite crônica, dificultando o diagnóstico diferencial nas fases iniciais da investigação.

2.8 COMPORTAMENTO BIOLÓGICO DA LESÃO

Embora o ceratocisto odontogênico ortoceratinizado seja descrito na literatura como uma variante menos agressiva e com menores índices de recidiva quando comparado ao ceratocisto odontogênico convencional, o caso relatado apresentou comportamento biológico atípico. Observou-se crescimento progressivo, invasão de tecidos moles adjacentes, acometimento da glândula parótida, estruturas da base do crânio e região auricular, além de múltiplas recidivas, demonstrando elevado potencial destrutivo.

2.9 IMPORTÂNCIA DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

O exame anatomopatológico foi determinante para o esclarecimento diagnóstico ao longo da evolução do caso. Inicialmente, os laudos indicavam osteomielite, reforçando a hipótese clínica inicial. Entretanto, análises subsequentes identificaram a presença de ceratocisto odontogênico, evidenciando a importância da correlação entre aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos. A divergência diagnóstica observada ressalta a necessidade de reavaliações histológicas em casos de evolução incomum ou recorrente.



2.10 TRATAMENTO CIRÚRGICO E CONTROLE DAS RECIDIVAS

O tratamento adotado envolveu múltiplas intervenções cirúrgicas progressivamente mais extensas, devido às sucessivas recidivas da lesão. A literatura demonstra que lesões odontogênicas agressivas e recorrentes podem exigir ressecções amplas para reduzir a possibilidade de reaparecimento. Entretanto, mesmo após mandibulectomia, remoção da glândula parótida e ampliação das margens cirúrgicas, o paciente apresentou novos episódios de recorrência, sugerindo persistência de remanescentes epiteliais microscópicos e infiltração em tecidos moles adjacentes.

2.11 IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

A complexidade do caso exigiu atuação integrada entre Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Radiologia, Patologia e equipes de suporte hospitalar. O planejamento virtual por meio de modelos tridimensionais, a utilização de ultrassonografia intraoperatória, a oxigenoterapia hiperbárica e as técnicas avançadas de reconstrução contribuíram para a condução terapêutica e para a recuperação funcional do paciente.

2.12 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ACOMPANHAMENTO E PROGNÓSTICO

O acompanhamento prolongado mostrou-se fundamental devido ao elevado potencial de recidiva apresentado pela lesão. Mesmo após procedimentos radicais e sucessivas reconstruções, houve novo acometimento da região auricular, culminando na necessidade de amputação da orelha esquerda. Apesar das complicações observadas durante a evolução clínica, o paciente apresentou adequada cicatrização dos tecidos reconstruídos e ausência de sinais infecciosos ao final do acompanhamento descrito. Dessa forma, o caso reforça a necessidade de monitoramento clínico e imaginológico contínuo em pacientes com histórico de ceratocisto odontogênico recorrente e comportamento agressivo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho relata o segundo caso documentado na literatura de ceratocisto em glândula parótida. (Righi et al., 1998)

As glândulas salivares maiores estão geralmente associadas a outras patologias, como adenoma pleomórfico, carcinoma mucoepidermoide e carcinoma adenóide cístico. (Neville et al., 2016). Embora o comportamento agressivo e a alta taxa de recorrência do ceratocisto sejam amplamente conhecidos pelos cirurgiões, seu envolvimento em tecidos moles, como as glândulas salivares maiores, ainda carece de estudos documentados que expliquem sua etiologia e comportamento. (Righi et al., 1998).

Aspectos histológicos do ceratocisto odontogênico também são fundamentais para o seu diagnóstico. Microscopicamente, observa-se uma lâmina epitelial queratinizada com aspectos de papilas



variáveis, que são características que podem ser confundidas com outras lesões odontogênicas. A presença de uma camada de epitélio estratificado, com queratinização córnea, é crucial na diferenciação desta lesão. Além disso, o ceratocisto odontogênico é notável por suas paredes císticas finas que, ao serem analisadas, podem revelar a ocorrência de cistos satélites ou múltiplos, o que é menos comum em cistos dentígeros e radiculares. (Morgan et al., 2021).

Sendo o ceratocisto odontogênico uma lesão que afeta predominantemente os maxilares, sua presença em tecido não odontogênico desafia a lógica anatômica e levanta questionamentos sobre seu comportamento biológico. Essa manifestação atípica torna seu manejo clínico um verdadeiro desafio, especialmente devido à localização da lesão e à proximidade de estruturas anatômicas delicadas, como o nervo facial, artéria maxilar e base do crânio, o que aumenta a complexidade do caso. A taxa de recidiva do ceratocisto odontogênico é um aspecto clínico significativo, que varia entre 3% e 62%, dependendo da abordagem terapêutica utilizada e das características específicas da lesão. Fatores como a extensão da ressecção e a técnica cirúrgica adotada têm uma influência direta nas taxas de recorrência. Métodos agressivos de ressecção e intervenções completas da cavidade cística tendem a reduzir a probabilidade de recidiva, enquanto abordagens conservadoras podem não ser tão eficazes. Adicionalmente, alguns estudos evidenciam a eficácia de intervenções extra, como a cauterização com solução de metileno azul ou a utilização de agentes escleroterápicos, que têm o objetivo de diminuir as taxas de recorrência. O tratamento deve ser individualizado, considerando a morfologia da lesão e a resposta do paciente. (Vallejo-Rosero et al., 2019), (De Castro et al., 2018), (Slusarenko et al., 2019), (Kinard et al., 2019), (Morgan et al., 2021).

Radiograficamente, o ceratocisto odontogênico se apresenta como uma lesão unilocular ou multilocular, com contornos bem definidos e uma aparência radiolúcida que pode ser confundida com cistos dentígeros e radiculares. No entanto, um exame mais detalhado pode evidenciar características que favorecem o diagnóstico do ceratocisto, como a sua tendência em se localizarem perto de dentes não irrompidos, uma característica que pode ajudar a distingui-lo de outras lesões. (Kinard et al., 2019).

O tratamento do ceratocisto odontogênico nos maxilares costuma envolver enucleação associada à curetagem química ou crioterapia. Estudos recentes sugerem uma abordagem inovadora utilizando 5 - Fluorouracil, impregnado em uma tira de gaze, aplicada no local por 24 horas para fácil remoção. Essa substância atua inibindo a síntese de pirimidina, essencial para a proliferação celular sendo proposta como um tratamento coadjuvante à enucleação e osteotomia periférica no manejo do ceratocisto odontogênico. (Vallejo-Rosero et al., 2019), (De Castro et al., 2018), (Kinard et al., 2019), (Morgan et al., 2021).

4 CONCLUSÃO

A detecção precoce da lesão demonstra-se essencial, referente ao diagnóstico diferencial e manejo. Logo, é destacada a necessidade da elaboração de estudos referente a etiologia, comportamento e protocolos



para manejo do ceratocistos em tecidos não odontogênicos. Sabe-se que tratamento dos ceratocistos são de difícil manejo, devido a suas características agressivas e altas taxa de recidiva, porém nesse caso nos deparamos com uma situação totalmente atípica, com pouquíssimo embasamento científico para evolução do caso.

REFERÊNCIAS

DE CASTRO, M. S. et al. Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, v. 22, n. 5, p. 2089-2101, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-017-2315-8>. Acesso em: 23 mar. 2025.

GOMES, C. C. et al. Molecular alterations in odontogenic keratocysts as potential therapeutic targets. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jop.12591>. Acesso em: 23 mar. 2025.

GOMES, C. C. et al. Review of the molecular pathogenesis of the odontogenic keratocyst. **Oral Oncology**, v. 45, n. 12, p. 1011-1014, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837509008847>. Acesso em: 23 mar. 2025.

KINARD, B. E. et al. How well do we manage the odontogenic keratocyst? A multicenter study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 127, n. 4, p. 282-288, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30795995/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

MORGAN, S. et al. 5-Fluorouracil is associated with a decreased recurrence risk in odontogenic keratocyst management: a retrospective cohort study. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 79, n. 4, p. 814-821, 2021. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(20\)30967-8/abstract](https://www.joms.org/article/S0278-2391(20)30967-8/abstract). Acesso em: 23 mar. 2025.

NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

POLAK, K. et al. Odontogenic keratocyst of the mandible: a case report and literature review. **Dental and Medical Problems**, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31689015/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

RIGHI, P. D. et al. Odontogenic keratocyst of the mandible: an unusual cause of a parotid mass. **Annals of Plastic Surgery**, v. 41, n. 1, p. 95-97, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9678476/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

SLUSARENKO, S. et al. Recurrence of nonsyndromic odontogenic keratocyst after marsupialization and delayed enucleation versus enucleation alone: a systematic review and meta-analysis. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10006-018-0737-3>. Acesso em: 23 mar. 2025.

VALLEJO-ROSETO, K. et al. Conservative management of odontogenic keratocyst with long-term 5-year follow-up: case report and literature review. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 66,



p. 407-412, 2019. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261219306571>. Acesso em: 23 mar. 2025.