

Status Profissional: (X) Graduação () Pós-graduação () Profissional

Diagnóstico precoce de queratocisto odontogênico associado à Síndrome de Gorlin-Goltz: relato de caso

Pinguello, A.N.¹; Peralta-Mamani, M.²; da Silveira, I.T.T.³; Yaedú, R.Y.F.⁴; Rubira-Bullen, I.R.F.⁴

¹Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo

²Aluna de Doutorado do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

³Aluna de Mestrado do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

⁴Professores do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

O Queratocístico Odontogênico (QO) é uma lesão de comportamento benigno, porém localmente agressiva, dos ossos gnáticos. Acredita-se que sua origem seja na lâmina dentária e apresenta predileção pela primeira e segunda década de vida. Este caso trata-se de uma mulher, leucoderma, que chegou em 2003, aos 6 anos de idade, encaminhada por um odontopediatra para avaliação de tumefação do lado esquerdo da mandíbula. No acompanhamento, durante 16 anos, a paciente apresentou oito QOs na região posterior de maxila e mandíbula de ambos lados, associado à Síndrome de Gorlin-Goltz (SGG). Retornou para controle em 2019. A radiografia panorâmica (PAN) não mostrou uma lesão osteolítica evidente. A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) evidenciou lesão unilocular, hipodensa, bem delimitada, bordas corticalizadas, 1cm de diâmetro na região periapical do 26, sem reabsorção radicular do mesmo. Realizou-se punção aspirativa, evidenciando um líquido cor de palha, foi feito enucleação da lesão, curetagem e cauterização das bordas da loja cirúrgica para evitar futura recidiva. O exame microscópico confirmou a presença de QO. Nos retornos posteriores, não foram registradas queixas da paciente. Havia boa cicatrização e no controle, 5 meses após cirurgia, não houve recidiva da lesão. Ao longo do tempo, a paciente teve QOs de 1cm até 7cm de diâmetro que foram removidos. Nos casos de lesões mais extensas foi preciso fazer marsupialização. O último QO teve 1cm de diâmetro, sendo possível realizar a enucleação. Neste caso, foi muito importante fazer o acompanhamento periódico e controle radiográfico para detectar QOs. A PAN, devido à sobreposição de estruturas da maxila e espaço palato glosso, não forneceu informações. A TCFC confirmou a presença de lesão osteolítica e ajudou no

planejamento cirúrgico. Pode-se concluir que, em pacientes com SGG, a preservação do paciente e controle periódico é indispensável. O diagnóstico precoce de QO evita perdas teciduais maiores e irreparáveis.