

ORIGINAL RESEARCHES



DOI: 10.5281/zenodo.15879444

UDC: 616.716.8-006.2.03-089

KERATOCHISTUL ODONTOGEN. MANAGEMENTUL CLINIC

CLINICAL MANAGEMENT OF THE ODONTOGENIC KERATOCYST

Dumitru Sîrbu^{1,2}, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, **Sorin Fiștic**³, medic rezident anul II, **Ana-Maria Mucuța**^{1,2}, medic rezident anul II, **Daniel Sîrbu**^{1,2}, medic rezident anul III, **Ion Eni**^{1,2}, medic rezident anul I

¹ Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală "Arsenie Guțan", Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova;

² Clinica stomatologică SRL "Omni Dent", Chișinău, Republica Moldova;

³ Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție "Ion Lupan", Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova.

Rezumat

Introducere. Keratochistul odontogen, catalogat în rândul chisturilor odontogene de dezvoltare, este o formațiune chistică osoasă benignă care reprezintă aproximativ 10% din chisturile maxilare. Keratochistul are un comportament agresiv, cu o înaltă rată de recidivă.

Scop. Evaluarea particularităților de evoluție, diagnostic și tratament al keratochistului odontogen.

Materiale și metode. Cercetările au inclus 20 pacienți, dintr-un studiu retrospectiv al fișelor medicale, din IMSP IMU, în perioada 2010-2023 și, prospectiv, 2023-2024, în cadrul SRL „Omni Dent”. Au fost analizate metodele de tratament chirurgical: rezecția segmentară maxilară, chistectomia, chistotomia.

Rezultate. Chistectomia s-a efectuat la 13 pacienți, chistectomia completată cu rezecția de mandibulă la 3 pacienți, chistotomia s-a realizat la alți 4 pacienți. Nu s-a atestat recidivă în cazurile tratate prin chistotomie sau chistectomie, completate cu rezecție de mandibulă, în timp ce recidiva a fost prezentă în 4 din cele 13 cazuri tratate prin chistectomie.

Concluzii. Tactica de tratament este individuală fiecărui caz clinic, rezultatele fiind dependente de diagnosticarea și tratamentul precoce.

Cuvinte-cheie: keratochist odontogen, CBCT, OPG, recidivă, chistectomie

Summary

Introduction. The odontogenic keratocyst, classified among developmental odontogenic cysts, is a benign intraosseous cystic formation, accounting for approximately 10% of jaw cysts. It exhibits aggressive behavior with a high recurrence rate.

Aim. To evaluate the characteristics of progression, diagnosis, and treatment of odontogenic keratocysts.

Materials and methods. The research included 20 patients, based on a retrospective study of medical records at IMSP IMU from 2010 to 2023, and a prospective study from 2023 to 2024 at 'Omni Dent' LLC. The surgical treatment methods analyzed were segmental maxillary resection, cystectomy, and cystotomy.

Results. Cystectomy was performed in 13 patients, cystectomy combined with mandibular resection in 3 patients, and cystotomy was carried out in 4 other patients. No recurrence was observed in cases treated by cystotomy or cystectomy combined with mandibular resection, whereas recurrence occurred in 4 out of the 13 cases treated by cystectomy alone.

Conclusions. The treatment approach should be tailored to each clinical case, with outcomes closely linked to early detection and intervention.

Keywords: odontogenic keratocyst, CBCT, OPG, recurrence, cystectomy

Introducere

Keratochistul odontogen (KO), descris pentru prima dată de Philipsen în 1956 [1], reprezintă formațiune chistică osoasă, care reprezintă aproximativ 10% din chisturile maxilare. KO posedă un comportament agresiv cu o înaltă rată de recidivă. Din aspect histologic, KO apare ca urmare a perturbării odontogenezei, principale surse de apariție fiind lamina dentară cu resturile sale și extensiile stratului bazal al epitelului de acoperire oral. Activitatea mitotică a KO este mai mare decât a altor chisturi de origine odontogenă [2, 3]. Din cauza acestei particularități histologice, keratochistul prezintă preponderent un comportament agresiv, cumulativ, datorită faptului că o mare parte a leziunilor sunt asociate cu o mutație sau inactivare a genei supresoare tumorale, numită "protein patched homolog gene" (PTCH).

Suspiciunea unei naturi neoplazice a KO se datorează ratei sale înalte de recidivă și creșterii distructive. În marea majoritate a cazurilor de KO, Payne ș.a afirmă că au constatat o absență a oricărui tip de simptomatologie, deoarece formațiunea chistică este, de obicei, descoperită în timpul unui examen stomatologic radiologic de rutină [4].

Mecanismul de creștere al acestei patologii este lent cu tendință de extindere în direcție anteroposterioară, interesând spațiile intramedulare ale osului, ocolind astfel zonele de rezistență osoasă. Drept consecință, în majoritatea cazurilor, în stadiile incipiente ale leziunii, nu se poate depista clinic prezența KO, din cauza păstrării integrității corticalei osoase [5].

Andrea Borghesi, în una din lucrările sale, a descris aspectul radiologic al KO drept o zonă de radiotransparență

uniloculară sau multiloculară cu contur clar, delimitată de margini corticale. Leziunile uniloculare prevalează, în timp ce forma multiloculară se observă în aproximativ 30% din cazuri. Același autor a constatat că localizarea cea mai frecventă a KO este mandibula (65-83%), leziunea interesând corpul, unghiul și chiar ramul ascendent, având marginile bine delimitate cu aspect de margine sclerotică, dar parțial poate fi și difuză. Dinții adiacenți pot fi deplasați, însă resorbția rădăcinilor s-a întâlnit rar. Așadar, s-a concluzionat că aspectul radiologic al leziunii nu este mereu unul patognomonic. În cadrul cercetărilor, a identificat faptul că, un keratocist unilocular poate interesa apexul radicular al dintelui, simulând un chist periapical. Alternativ, poate interesa coroana unui dinte afectat, potențial confundat cu un chist dentiger [3].

Nishanth a stabilit faptul că, leziunile extinse în cursul diagnosticului diferențial al KO pot fi cu: ameloblastomul, tumora odontogenă epitelială calcificată (tumora Pindborg), tumora odontogenă adenomatoidă (TOA) și fibromul ameloblastic.

În prezent tratamentul KO rămâne controversat, cu diverse strategii de tratament, variind de la tehnici chirurgicale cu caracter paliativ, până la manopere chirurgicale radicale. Marsupializarea este propusă drept o metodă nedistructivă de tratament și mai acceptabilă din punct de vedere fiziologic, deoarece nu sunt aplicate substanțe adjuvante în defectul osos, astfel morbiditatea chirurgicală fiind minimă [6]. Giuliani M, Grossi ș.a specifică utilizarea tehnicii de marsupializare pentru a reduce dimensiunea KO și apoi urmăresc chistectomia chirurgicală a structurii chistului rămasă [7].

Principalul avantaj al acestei opțiuni de tratament este păstrarea intactă a oaselor și a dinților, asociate KO. Chistectomia KO constă în îndepărtarea integrală a chistului, sarcina dată fiind destul de dificil de realizat din cauza membranei subțiri și a peretelui fragil. Astfel, intervenția este completată frecvent de chiuretajul minuțios al cavității osoase pentru a elimina insulele chistice rămase. Printre terapiile adjuvante care au fost propuse, cele mai frecvent utilizate au fost completarea chistectomiei cu injectarea intrachistică a soluției Carnoy, osteotomia periferică, crioterapia și electrocauterizarea [1]. Unele studii sugerează că tratamentul general al KO diagnosticat precoce ar trebui să includă chistectomia formațiunii chistice, urmată de chiuretajul mecanic, folosind albastru de metilen ca agent de marcă, urmată de aplicarea soluției Carnoy pe un interval de 3 minute [8].

Pogrel A. afirmă că, efectuând chistectomia completată cu aplicarea azotului lichid, a raportat o rată de recurență de aproximativ 11,5%, ceea ce reprezintă o rată mai mică comparativ cu ratele de recidivă obținute de către alți specialiști (20-60%), care au fost raportate după efectuarea chistectomiei standarde. Pacienții au fost monitorizați pe o perioadă de cca 5 ani, constatându-se o scădere a ratei de recidivă de până la 10% [9].

Potrivit lui Stoelinga [10], utilizarea agentului de cauterizare ușoară, precum este soluția Carnoy, având o adâncime medie de penetrare a osului de 1,54 mm după 5

minute de aplicare [6], sugerează că ar trebui să fie suficient pentru a elimina integral insulele epiteliale localizate superficial în defectul osos. Luând în considerație rata înaltă de recidivă a KO, unii specialiști susțin că chistectomia (cu sau fără terapii adjuvante) se indică doar în formațiunile uniloculare mici și sugerează rezecția (marginală sau segmentară) completată cu augmentare osoasă în leziunile mari [7]. Deși unii autori au recomandat rezecția radicală ca tratament de elecție în KO, alții consideră că rezecția ar trebui să fie luată în considerație în tratamentul KO recidivant, intervenția dată oferind chirurgului condiții intraoperatorii în care se va asigura îndepărtarea completă a chisturilor satelite rămase sau a resturilor epiteliale ale peretelui chistic [3].

Astfel, intervenția chirurgicală cu caracter radical a KO ar trebui utilizată la pacienți cu leziuni recidivante multiple, în formațiunile chistice multiloculare care nu pot fi soluționate prin alte metode (de ex. KO prezente la nivelul condilului mandibular) sau în leziuni care au suferit modificări displazice (malignizare) și transformare ameloblastomatică [10].

Scopul lucrării

Evaluarea particularităților de evoluție, diagnostic și tratament al keratocistului odontogen.

Materiale și metode

Cercetările clinice au avut la bază atât studiul retrospectiv, utilizând arhivele clinice din cadrul Instituției-Medico Sanitare Publice Institutul de Medicină Urgentă (IMSP IMU) în perioada 2010-2023, cât și studiul prospectiv, efectuat timp de un an (2023-2024) în cadrul clinicii stomatologice SRL "Omni Dent". Studiul a inclus 20 de pacienți, cu vârsta medie de 52 ± 3 ani, 14 bărbați și 6 femei, dintre care 17 au fost tratați în condiții de staționar, iar 3 pacienți în condiții de ambulator.

În cadrul IMSP IMU, metoda de studiu utilizată a fost de tip documentară – studierea și analizarea fișelor medicale ale pacienților diagnosticați cu keratocist odontogen, internați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială (OMF), din cadrul IMSP IMU. Caracteristica definitorie statistică a studiului care a stat la baza cercetării este un indicator absolut – diagnosticul de keratocist odontogen la pacienți, recurgându-se atât la metode paliative, cât și la intervenții radicale.

Aceste date au fost selectate din fișele medicale ale pacienților și prelucrate statistic cu ajutorul programului Microsoft Excel, incluzându-se într-o bază de date. Parametrii au fost prelucrați pentru a colecta date necesare studiului, având ca scop argumentarea obiectivă a datelor obținute. S-au studiat 17 fișe medicale de observație ale pacienților cu KO, pe o perioadă de 13 ani (2010-2023), care au necesitat tratament chirurgical în condiții de staționar. Pentru alți 3 pacienți din cei 20, criteriile menționate au fost colectate și evaluate în cadrul clinicii stomatologice SRL "Omni Dent", cărora li s-a efectuat intervenție chirurgicală în condiții de ambulator.

Tratamentul chirurgical a avut drept scop înlăturarea

prin chistectomie a formațiunii, urmată de expedierea piesei operatorii la examenul histopatologic, pentru a putea confirma diagnosticul primar de KO. Criteriile de divizare ale pacienților incluși în studiu reprezintă date descriptive, distribuite în conformitate cu: vârsta, sexul, data internării, localizarea KO, forma KO, confirmarea examenului histopatologic, simptomatologia, tipul anesteziei, intervenția chirurgicală principală, data intervenției, durata operației, numărul zilelor de spitalizare, recidiva.

Pacienții au fost examinați clinic și paraclinic, de asemenea, s-au studiat fișele medicale de ambulator și fișele medicale de staționar [8]. Examenul clinic al pacienților s-a efectuat conform succesiunii: examen subiectiv, examen obiectiv (exo- și endooral). Pentru diagnostic, celor 20 de pacienți li s-a realizat localizarea și reperarea limitelor chistului vis-a-vis de formațiunile anatomice înconjurătoare (canalul mandibular, rădăcinile dentare, etc.); planificarea tratamentului, precum și controlul postoperator, s-a efectuat prin intermediul investigațiilor radiologice OPG (ortopantomografie) și CBCT (tomografie computerizată cu fascicul conic) suprapuse cu ajutorul "Tomografului Sirona, Orthophos SL cu software-ul Sidexis 4.2, Galaxis".

Tratamentul utilizat la 17 pacienți reabilitați chirurgical a constatat în metodele tipice de realizare a protocolului chirurgical: chistotomie sau chistectomie. La alți 3 pacienți din cei 20, s-a realizat chistectomie completată cu rezecție de mandibulă, iar pentru o precizie înaltă a planificării intervenției chirurgicale s-au utilizat tehnologiile moderne. Determinându-se gradul de evoluție a formațiunii chistice și utilizând softurile disponibile de planificare, s-a planificat intervenția propriu-zisă, vizualizându-se rezultatul virtual preoperator, prin reconstrucția segmentului osteotomizat și confecționarea ghidurilor chirurgicale cu ajutorul printerului 3D "MoonRay S".

Piese operatorii prelevate au fost expediate la examenul histopatologic, care a furnizat date exacte despre prezența formei nozologice de KO. Indicații pentru tratamentul chirurgical a fost susținută de indicii paraclinici și de confirmarea diagnosticului prin examen histopatologic. Pentru spitalizarea și efectuarea intervențiilor chirurgicale fără riscuri vitale, pacienții au fost supuși următoarelor testări paraclinice de rutină: ECG (electrocardiogramă), hemoleucograma, probele hepatice, indicii de coagulabilitate, ionograma serică, glicemia, grupa și factorul Rh, analiza generală a urinei, radiografia cutiei toracice, etc.

Protocolul standard de tratament a inclus următoarele etape: diagnostic, planificare a intervenției chirurgicale, manopere chirurgicale propriu-zise. Examinările OPG și CBCT (Figura 3) pun în evidență o zonă de radiotransparență multiloculară, cu limite iregulate, uneori are loc expansiunea formațiunii cu erodarea corticalelor internă sau externă, cu apariția simptomelor tipice, constatându-se astfel deplasarea chistului către formațiunile învecinate. Chisturile de dimensiuni mari deplasează formațiunile învecinate (sinus maxilar, planșeu nazal, canal mandibular).

Rezultate și discuții

Referindu-ne la divizarea pacienților, dar și la condițiile

operatorii în care s-a desfășurat intervenția chirurgicală, am determinat o prevalență a pacienților care au fost operați în condiții de staționar, fiind incluși 17 pacienți (85% din cazuri), iar 3 pacienți (15%) au beneficiat de intervenție în condiții de ambulator. Acest lucru arată că condițiile de operare a pacienților diagnosticați cu KO depind direct de: dificultatea intervenției; tipul anesteziei aplicate; durata intervenției chirurgicale; mărimea formațiunii și gradul de exteriorizare a KO; accesul și invazivitatea operației; tipul psihologic al pacienților.

De cele mai dese ori, KO decurge asimptomatic, fiind depistat întâmplător la examenele radiologice, respectiv, pacienții nu se adresează încă de la debut, tratament care ar putea fi efectuat în condiții de ambulator. Odată cu creșterea KO și exteriorizarea lui, crește și complexitatea tratamentului, necesitând condiții de staționar și anestezie generală.

Astfel, din cele expuse anterior, am stabilit că 17 pacienți operați în staționar au necesitat preponderent intervenție efectuată sub anestezie generală (AG) – 7; anestezie loco-regională completată cu sedarea pacienților (ALR + potențiere) – 8, și anestezie loco-regională simplă (ALR) – 2.

Analizând datele respective, putem afirma că la 15 pacienți din 17, invazivitatea operației a fost înaltă, din cauza dimensiunilor mari ale KO și a tendinței de migrare a epiteliului de tapetare chistic către formațiunile anatomice învecinate, iar pentru a minimaliza morbiditatea intervențiilor s-a recurs la anestezie generală sau analgo-sedare.

În același timp, observăm că la 2 pacienți, operați în staționar, s-a aplicat anestezie loco-regională, ceea ce demonstrează că tipul psihologic al pacienților poate avea un impact important asupra modificării condițiilor de realizare a intervenției. Deci, anxietatea și tipul psihologic emotiv, având un impact psihologic nefavorabil asupra intervenției asupra celor 2 pacienți, a determinat schimbarea locației și condițiilor de desfășurare a operației.

Durata medie a intervențiilor în staționar a constituit 69,6 minute. Cea mai îndelungată intervenție chirurgicală propriu-zisă de înlăturare a KO prin chistectomie, rezecție mandibulară și plastie cu placă reconstructivă din titan, a durat 165 de minute, pe când cea mai scurtă – 46 minute.

Concomitent, la 3 dintre cei 20 de pacienți, datorită complianței acestor pacienți și a condițiilor favorabile ce ne-au permis manipulațiile respective, intervențiile s-au desfășurat în condiții de ambulator. Am stabilit că pacienții respectivi au fost operați într-un timp mai scurt comparativ cu cei de staționar, în medie durata fiind de 37,6 minute. Anestezia efectuată a fost loco-regională, dimensiunile chistului nefiind extinse, ceea ce ne vorbește despre faptul că pacienții s-au adresat în stadiu precoce al KO, minimalizându astfel riscurile intraoperatorii. Keratochistul odontogen de dimensiuni moderate favorizează efectuarea intervenției în condiții de ambulator, pe când morbiditatea și invazivitatea intervenției se măresc odată cu creșterea în dimensiuni a KO, impunând o prudență sporită, astfel fiind indicată realizarea intervenției în condiții de staționar.

În funcție de localizarea keratochistului odontogen, o pondere mai mare o constituie localizarea la nivelul ramului

ascendent, interesând 12 pacienți, sau 60% din cazuri; la 5 pacienți s-a depistat localizarea concomitentă a KO, atât în ramul mandibular cât și la nivelul corpului, reprezentând 25% din cazuri; doar la nivelul corpului mandibular s-au întâlnit 2 cazuri (10%); s-a atestat 1 caz de localizare a KO la maxilarul superior, la nivelul sinusului maxilar, reprezentând doar 5% din cazuri. Datele obținute privind localizarea KO în acest studiu, confirmă datele similare din literatura de specialitate (Figura 1).

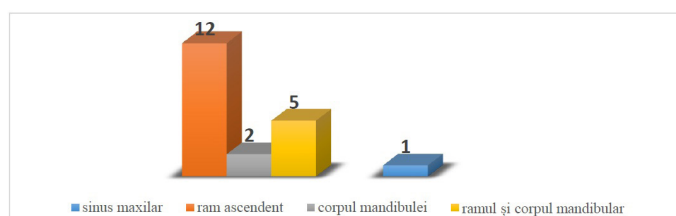


Figura 1. Repartizarea pacienților după localizarea keratochistului odontogen

Tabloul clinic al pacienților incluși în studiu, evaluat la examen clinic și paraclinic, include următoarele rezultate. O evoluție asimptomatică a KO s-a depistat la 8 pacienți – 40%. Totuși, 12 pacienți au prezentat manifestări clinice, reprezentând 60% din cazuri. Acest raport ne reflectă o predominare a pacienților simptomatici față de cei asimptomatici, care, în ciuda manifestărilor clinice persistente, nu s-au adresat pentru tratament la apariția primelor semne clinice. Acest raport ne indică că, societatea

este slab informată, pacienții necunoscând despre necesitatea vizitelor regulate la medicul stomatolog, astfel se prezintă în fazele avansate ale KO, când capătă un caracter extensiv, cu riscul de exteriorizare a formațiunii, determinând un tablou clinic variat. Analizând evoluția clinică a KO la pacienții studiați, s-a constatat că este interdependentă de prezența sau absența suprainfectării formațiunii, dimensiunile pe care le-a atins KO, asociate cu, sau fără exteriorizarea către formațiunile anatomice învecinate. Pacienții care nu au prezentat semne clinice de KO, au fost diagnosticați întâmplător în timpul unei investigații stomatologice de rutină. Date cu privire la tipurile de manifestări clinice prezente la pacienții studiați sunt expuse în tabelul 1.

Astfel, analizând datele literaturii privind manifestările clinice întâlnite la pacienții cu KO și datele obținute în tabelul 1 conform pacienților incluși în studiu, remarcăm că în stadiile inițiale, când KO prezintă dimensiuni mici, nu creează disconfort pacientului, având o evoluție asimptomatică, pe când, concomitent cu creșterea în volum, exteriorizându-se sau suprainfectându-se, se instalează un tablou clinic spontan cu debut acut.

Desigur, ținând cont de tergiversarea adresării timpurii a unor pacienți la controlul stomatologic, la 4 pacienți, s-a observat suprainfectarea formațiunii chistice. Indicatorii obținuți ne oglindesc următoarea opinie. În pofida faptului că există metode contemporane moderne de diagnostic și tratament a KO, necunoașterea, indiferența, neglijența pacienților pot duce la agravarea patologiei, urmate de

Tabelul 1

Manifestări clinice și radiologice întâlnite la pacienți cu KO

Manifestările clinice și radiologice	Intraosos Dimensiuni mici și medii	Exteriorizare Dimensiuni mari	Suprainfectare
Durere acută	-	-	+
Dureri moderate cu exacerbare	+	+	-
Hiperemie	-	+	+
Edem	-	-	+
Tumefacție	-	+	+
Simptomul Dupuytren / Jucăriei de pergament	-	+	+
Simptomul fluctuenței	-	-	+
Asimetrie facială	-	+	+
Dereglări respiratorii	-	-	-
Jenă la masticăție	-	+	+
Dereglări fonetice	-	-	+
Tulburări de deglutiție	-	-	+
Subfebrilitate	-	-	+
Fatigabilitate	-	-	+
Alterarea stării generale	-	-	+
Trismus	-	-	+
Obstrucție nazală	-	-	-
Fractură patologică	-	+	-
Nr pacienți	8	8	4

complicații precum suprainfectarea.

Interpretând aspectele OPG și CBCT ale formelor radiologice ale KO, s-a obținut o prevalență a formei uniloculare la 13 pacienți din 20, ceea ce reprezintă 65%, iar formele multiloculare au interesat 7 pacienți sau 35% din lotul total. Aspectul unilocular predominant poate fi explicat prin faptul că capacitatea de extindere a KO se realizează în direcție antero-posterioară în profunzimea spongioasei formând o cavitate omogenă, pe când aspectul multilocular mai des s-a întâlnit în cazurile afectării a două sau mai multor sectoare intraosoase (ram și corp mandibular). Odată cu creșterea în volum, KO are tendința de exteriorizare către alte formațiuni, fiind separat uneori de septuri incomplete, formând astfel cavități intraosoase.

Preoperator, în timpul consultării pacienților, s-a discutat despre planul de tratament, condițiile de realizare ale acestuia, posibilele complicații și riscurile recidivării post-operatorii. Tactica chirurgicală aplicată pacienților a variat în funcție de caz. Preponderent, conform rezultatelor obținute (figura 2), chistectomia s-a efectuat la 13 pacienți, chistectomia completată cu rezecția de mandibulă la 3 pacienți, chistotomia s-a realizat la alți 4 pacienți.

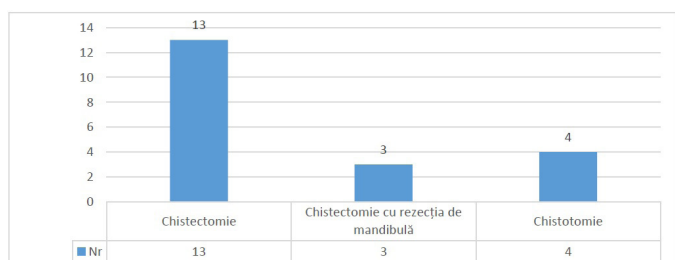


Figura 2. Metodele de tratament chirurgical aplicate pacienților incluși în studiu.

KO, radiologic se poate confunda cu alte tipuri de formațiuni intraosoase, prezentând un aspect uni- sau multichistic, de dimensiuni variabile, bine delimitat. Morfopatologic prezintă un conținut lichidian clar, seros sau semisolid, keratinos-brânzos, dar care este dificil de diferențiat macroscopic. Astfel, cu diagnosticul inițial de KO s-au raportat 24 de pacienți, iar în urma înlăturării formațiunii, s-a expediat piesa operatorie către examenul histopatologic, pentru a putea confirma diagnosticul primar. În rezultat, la 20 pacienți din cei 24, a fost confirmată prezența KO, dintre care la 4 diagnosticul prezumtiv nu a corespuns cu diagnosticul definitiv, stabilindu-se la 3 pacienți diagnosticul de chist folicular, iar la unul de ameloblastom, respectiv, ei nu au fost incluși în acest studiu.

Unul dintre cei mai relevanți indicatori care a vizat inițierea acestui studiu a fost aprecierea ratei de recidivă post-chirurgicală a pacienților, în funcție de metoda de tratament chirurgicală efectuată, în vederea stabilirii celei mai eficiente metode în reabilitarea pacienților cu KO. Monitorizarea pacienților în studiu, a avut drept scop prevenirea diverselor complicațiilor postoperatorii.

În contextul stabilirii gradului de eficiență a metodelor de tratament chirurgical efectuate, a fost examinată rata de recidivă, astfel în cazul chistectomiei completate cu rezecția de mandibulă (Figura 3) nu s-a atestat nici un caz de recidivă,

pe când în cazul operațiilor de chistectomie au fost recidive în 4 cazuri din 13, respectiv nici un caz de recidivă nu a fost la chistotomie. Datele obținute în acest studiu ne permit să afirmăm, că chistectomia cu rezecția maxilară în limita țesuturilor sănătoase poate exclude recidiva, însă trebuie de luat în calcul faptul că este o intervenție radicală, cu o morbiditate mai înaltă comparativ cu chistectomia. Riscurile intra și postoperatorii sunt numeroase, de aceea la această tactică, în cazul tratamentului KO se recurge când au fost epuizate alte opțiuni de tratament curativ.

Chistectomia (Figura 4) rămâne metoda de elecție, fiind mai puțin invazivă, oferă premise pentru restabilirea defectului postoperator. În cazul recidivelor, monitorizarea periodică a pacienților permite depistarea precoce și reoperarea pentru înlăturarea chistului recidivant. Monitorizarea acestor pacienți pe o perioadă îndelungată va garanta conduita sigură, promptă a cazurilor de recidivă.

Chistotomia (Figura 5) efectuată la pacienții în studiu poate fi considerată o metodă inițială de tratament, rolul primordial considerându-se înlăturarea presiunii hidrostatice, astfel oferind protecția formațiunilor anatomice învecinate pentru perioada de osteogeneză cu formarea țesutului osos și micșorarea dimensiunilor chistului, ca mai apoi să se recurgă la operația de chistectomie. La pacienții în vârstă sau cu starea generală precară chistotomia poate fi considerată drept tratament chirurgical definitiv însă cu o îngrijire riguroasă permanentă a cavității chistului ce formează un tot întreg cu cavitatea bucală.

KO este o patologie chistică a maxilarelor cu evoluție îndelungată, agresivă și cu risc înalt de recidivă, ceea ce necesită atenția deosebită din partea pacienților și abilități de diagnostic precoce din partea medicului. Manifestările clinice asimptomatice îndelungate, duc la creșterea în volum a formațiunii cu pierderi importante de țesut osos. La exteriorizarea formațiunii și/sau suprainfectarea creează dificultăți de tratament, astfel pe lângă tratamentul clasic de chistectomie, uneori se recurge la abordări terapeutice alternative: chistotomie sau chistectomie cu rezecție segmentară de maxilar.

Tactica de tratament este individuală fiecărui caz clinic, cele mai bune rezultate fiind în cazul chistectomiei, metoda de elecție prezentând morbiditate redusă, reabilitare precoce, însă având un grad sporit de recidivă. Chistotomia cu rezultate la fel de previzibile, morbiditate scăzută însă cu un dezavantaj vădit, perioada îndelungată de îngrijire postoperatorie a cavității chistului (mai mult de 2 ani). Chistectomie cu rezecție segmentară a maxilarelor, este metoda indicată în chisturile gingivante cu distrucții masive cu exteriorizare în țesuturile adiacente, fiind ultima variantă de abordare.

Concluzii

1. Din cauza particularităților de evoluție asimptomatică a KO pe o perioadă îndelungată, pacienții se prezintă în stadii avansate, când acesta atinge dimensiuni considerabile, fiind susceptibili la suprainfectarea sau exteriorizarea chistului către formațiunile anatomice învecinate. Astfel se poate instala un tablou clinic acut cu alterarea stării

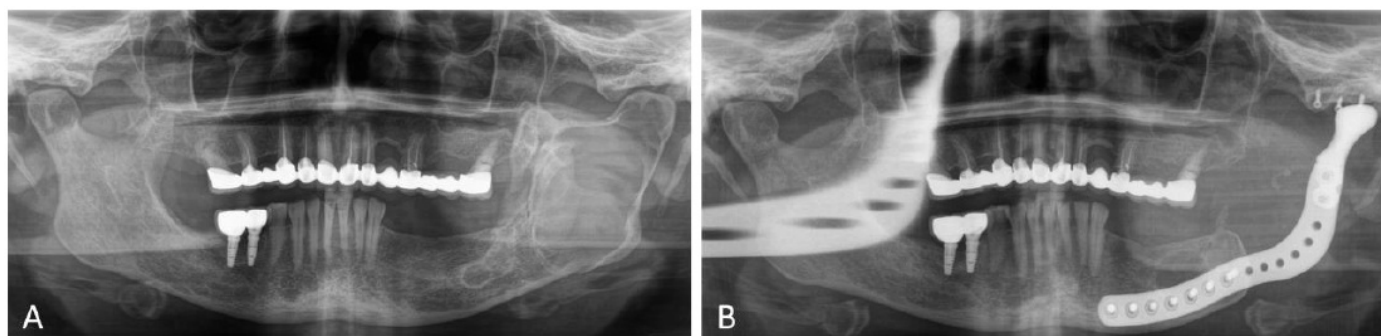


Figura 3. OPG a pacientei T.T – f/57 ani cu Dg. Cheratochist al mandibulei pe stânga tratat prin chstectomie cu rezecția segmentară a mandibulei și plastia imediată a defectului cu placă reconstructivă individualizată din titan și fosa articulară din PPMA. A. OPG preoperator; B. OPG postoperator după patru ani.

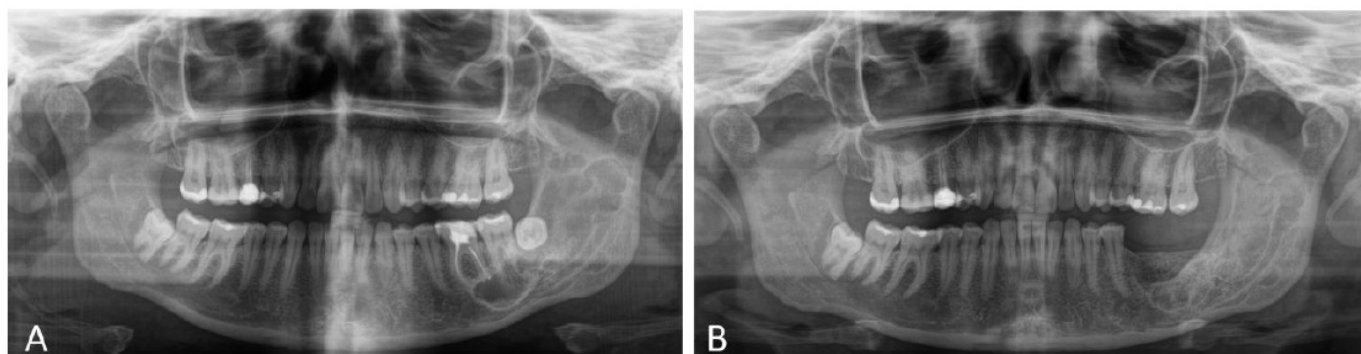


Figura 4. OPG a pacientei C/I – f/34 ani cu Dg. Cheratochist al mandibulei pe stânga tratat prin chistectomie. A. OPG preoperator; B. OPG postoperator după doi ani.

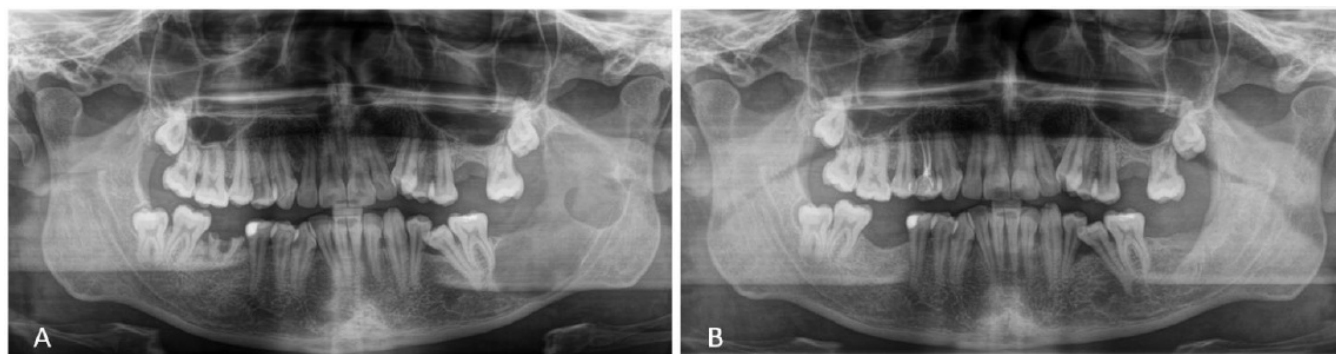


Figura 5. OPG a pacientului C.I. – b/30 ani cu Dg. Cheratochist al mandibulei pe stânga tratat prin chistotomie. A. OPG preoperator. B. OPG postoperator după 5 ani.

generale, impunând efectuarea unor intervenții invazive și crescând traumatismul intraoperator. În consecință se recurge la intervenție chirurgicală cu caracter radical, de o mare amploare, care presupune o operație laborioasă cu un grad ridicat de dificultate, sub anestezie generală, realizată în condiții de staționar, necesitând dotarea suplimentară a sălii de operație cu tehnică medicală modernă corespunzătoare. Reabilitarea morfofuncțională postoperatorie a pacienților

respectivi fiind astfel de lungă durată.

2. Tactica chirurgicală selectată, în special cea cu caracter radical precum rezecția segmentară, dispune de cea mai mică rată de recidivă obținută în cadrul acestui studiu, însă având o morbiditate ridicată, va impune inițial confirmarea histopatologică în baza biopsiei preoperatorii, ulterior o intenție curativă, optându-se în primă instanță către metode precum chistotomia sau chistectomia.

Bibliografie

1. Philipsen HP. OM keratocyster (Kolesten-Tomer) i kaeberne (on keratocysts in the jaws). Tandlægebladet. 1956;60:963-980.
2. Bucur A. Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială. Vol 2. București: Q Med Publishing; 2009:911.
3. Borghesi A, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Di Bartolomeo F, Preda L. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. Dentomaxillofac Radiol. 2018;47(5):20180021.
4. Payne TF. An analysis of the clinical and histopathologic parameters of the odontogenic keratocyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1972;33(4):538-546.

5. Brannon RB. The odontogenic keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases. Part I. Clinical features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;42(1):54-72.
6. Maurette PE, Jorge J, de Moraes M. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(3):379-383.
7. Giuliani M, Grossi GB, Lajolo C, Bisceglia M, Herb KE. Conservative management of a large odontogenic keratocyst: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(2):308-316.
8. Kahraman D, Altan A, Altan H, et al. A series of 240 odontogenic keratocysts: should we continue to use the terminology of 'keratocystic odontogenic tumour' for the solid variant of odontogenic keratocyst? *J Craniomaxillofac Surg.* 2018;46(1):52-56.
9. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic cysts and neoplasms. *Surg Pathol Clin.* 2017;10(1):177-222.
10. González-Alva P, Tanaka A, Oku Y, et al. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective study of 183 cases. *J Oral Sci.* 2008;50(2):205-212.

Recepționat – 19.01.2025, acceptat pentru publicare – 25.02.2025

Autor corespondent: Dumitru Sîrbu, e-mail: omnidentmd@gmail.com

Declarația de conflict de interese: Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Declarația de finanțare: Autorii declară lipsa de finanțare.

Citare: Sîrbu D, Fiștic S, Mucuța A-M, Sîrbu D, Eni I. Keratochistul odontogen. Managementul clinic [Clinical management of the odontogenic keratocyst]. *Arta Medica.* 2025;94(1):4-10.