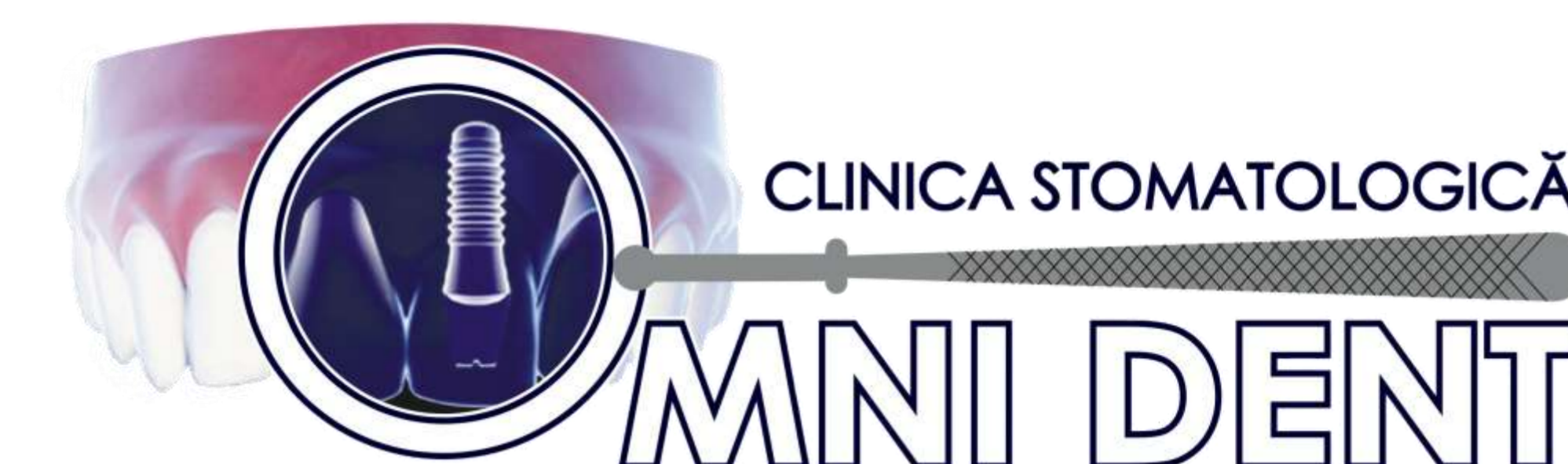


PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI KERATOCHISTULUI ODONTOGEN PRIN CHISTECTOMIE. CAZ CLINIC

Fiștic Sorin, Sîrbu Dumitru

Conducător: Sîrbu Dumitru, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de chirurgie OMF și implantologie orală „Arsenie Guțan”, Chisinau, Republica Moldova
Coautor 1: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de chirurgie OMF și implantologie orală „Arsenie Guțan”



Introducere: Keratochisturile odontogene(KO) reprezintă leziuni benigne uni- sau multichistice, intraosoase de dezvoltare cu localizare în regiunea oro-maxilo-facială. Se caracterizează printr-un comportament agresiv, infiltrativ sau difuz. Conform datelor epidemiologice, keratochistul odontogen este acum considerat un chist benign de origine odontogenă care reprezintă aproximativ 10-12% din toate chisturile odontogene. Din motivul că afecțiunea este asociată cu un tablou clinic asimptomatic, se diagnostică tardiv, atunci când formațiunea se află într-o fază de evoluție cronică, atingând dimensiuni considerabile. Astfel, apare o dilemă în rândul specialiștilor privind selectarea metodei optime de tratament.

Materiale și metode: Cazul clinic s-a bazat pe studiul pacientului R.A. M/32 de ani, care s-a adresat la Clinica stomatologică „Omni Dent” pentru tratament stomatologic. Acuzele pacientului au fost dereglările estetice și tulburările masticatorii în regiunea maxilară și mandibulară dreaptă la nivelul dinților 16, 46, 47, negând prezența unor patologii asociate. La examenul clinic, simptome care ar fi putut pune în evidență prezența unei formațiuni chistice nu au fost depistate. Examinarea radiologică OPG și CBCT s-a efectuat prelucrând datele prin intermediul programului „SIDEXIS 4.2”. Diagnosticul de „keratochist odontogen” a fost stabilit în baza examenului clinic și paraclinic.

Rezultate: În cadrul pregătirii preoperatorii s-a realizat asanarea cavității bucale; sub anestezie loco-regională cu potențiere s-a efectuat o incizie marginală retromolară dreaptă până la dintele 4.7 cu descărcare spre vestibular; decolarea lamboului muco-periostal s-a efectuat menajant astfel încât să expunem un câmp operator bine vizibil; s-a realizat accesul către formațiunea chistică prin osteotomie; accesul s-a creat prin abord retromolar sub forma unei ferestre ovale 3x1cm plasată pe linia oblică externă a mandibulei; După înlăturarea peretelui osos, cu ajutorul unei chiurete fine ce se inseră între capsula chistului și os, s-a decolat peretele chistic și s-a realizat enuclearea formațiunii chistice în totalitate; cavitatea osoasă rezultată a fost inspectată și revizuită pentru a nu fi lăstate careva rămășițe de țesuturi patologice; prelucrarea cu soluții antiseptice a câmpului operator, controlul hemostatic; suturarea și aplicarea drenajului. Membrana chistului era subțire, ușor s-a decolat de la pereții osoși, conținutul - un lichid alb-gălbui fără miros. Formațiunea chistică a fost trimisă spre examinare la analiza histopatologică. Rezultatele examenului morfopatologic au confirmat diagnosticul primar.

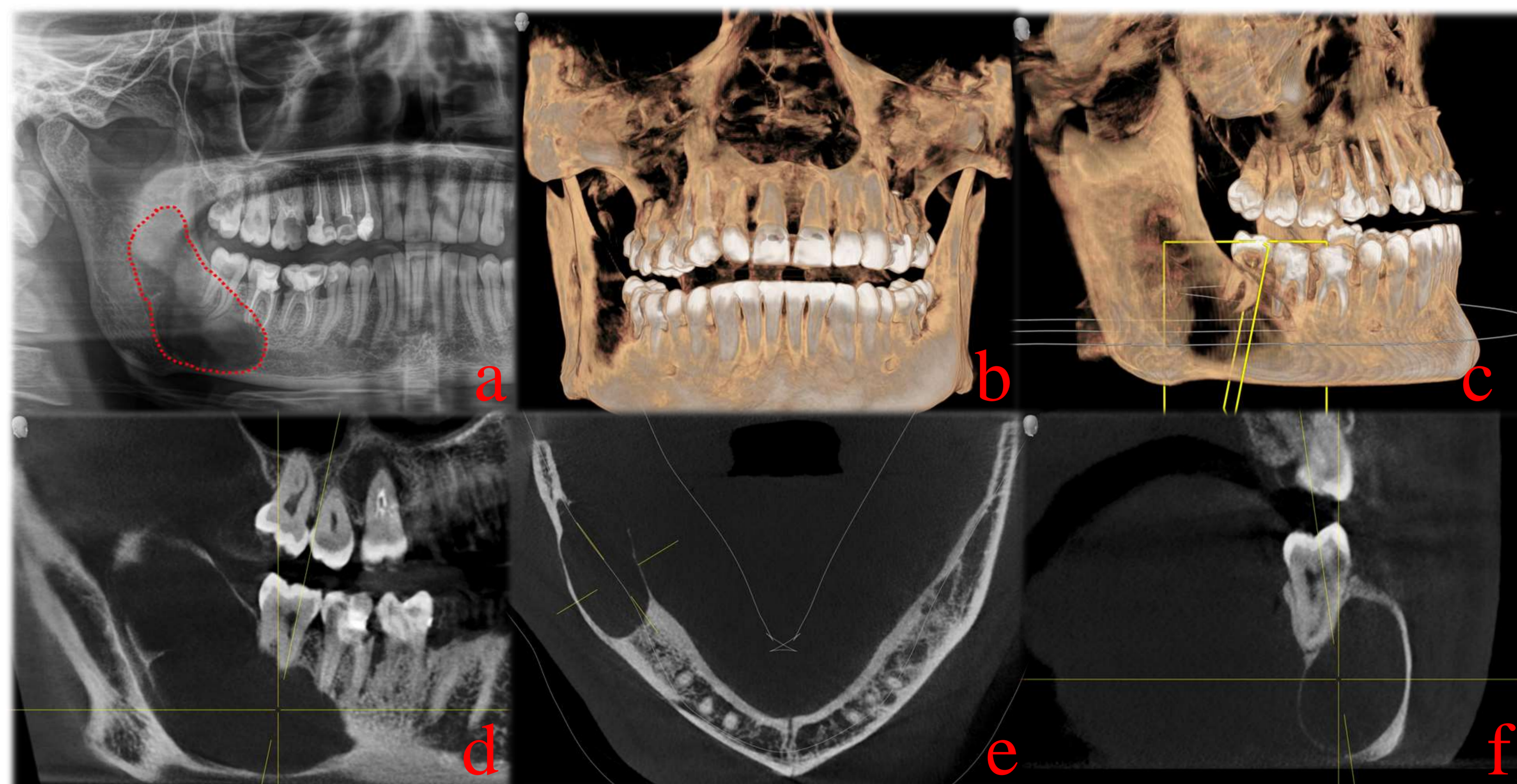


Fig.1 Examinarea radiologică a pacientului R.A. a. Conturarea marginilor zonei de radiotransparență pe secțiune de OPG, (b,c)Reconstruirea 3D a formațiunii chistice prin intermediul programului “SIDEXIS 4.2”: Aspect tomografic din profil și frontal, (d,e,f) Secțiuni din CBCT preoperator, d. secțiune coronară e. secțiune axială f. secțiune sagitală

Scopul lucrării: Diagnosticul precoce al keratochistului odontogen și tratamentul KO prin chistectomie ca remediu de elecție în prevenirea apariției complicațiilor postoperatorii.

Cuvinte-cheie: Keratochist odontogen, recidivă, OPG, CBCT.

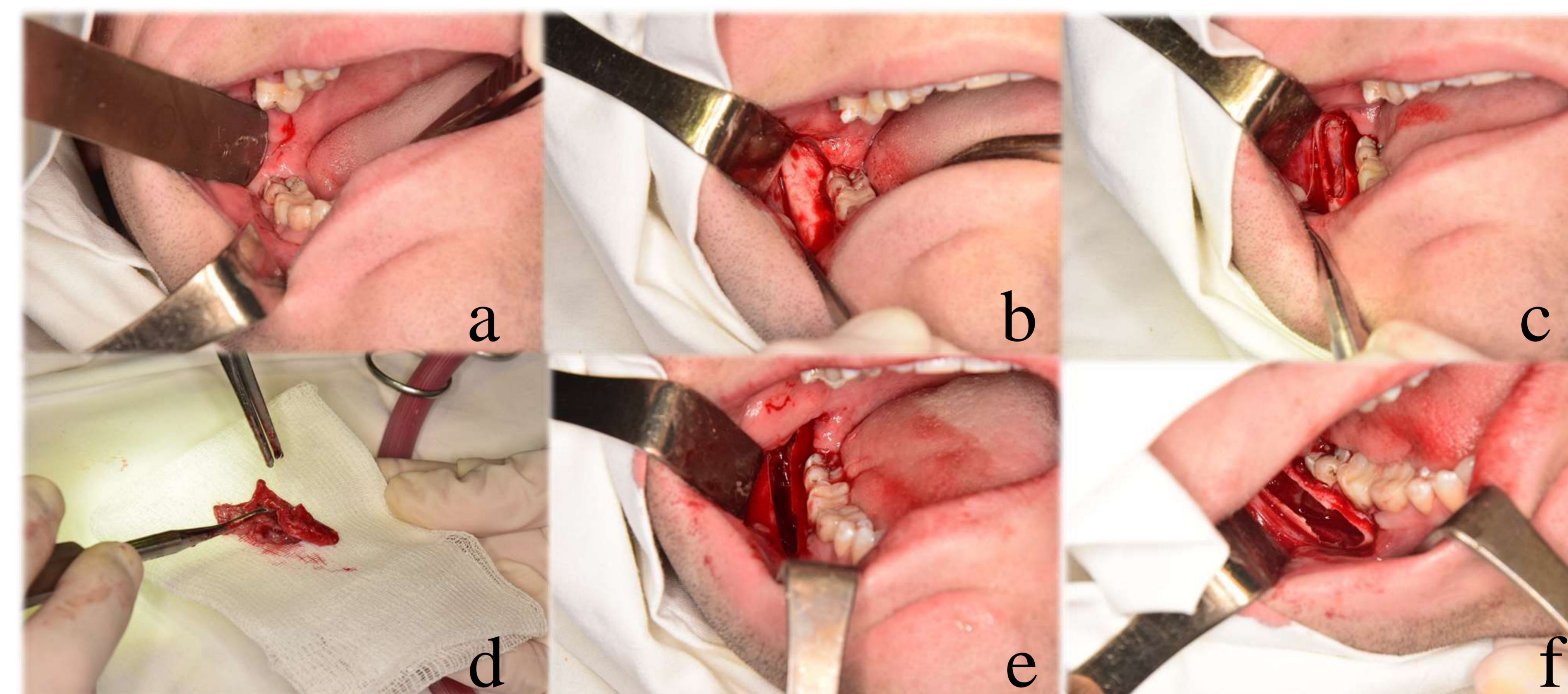


Fig.2 Operația Chistectomie (Aspect intraoperator) a.ALR; b. Incizia și decolarea muco-periostală; c.Osteotomia; d.Membrana chistică; e.Aspect al defectului f.Revizia cavității osoase

Concluzie:

1. Diagnosticarea precoce a KO într-un stadiu primar de evoluție, va reduce semnificativ creșterea în dimensiuni a formațiunii, astfel intervenția chirurgicală va fi una minim-invazivă, diminuându-se traumatismul operator va rezulta o reabilitare morfofuncțională fără complicații.
2. Examenul histopatologic furnizează informații exacte care pot confirma prezența KO. Rata de recidivă relativ înaltă, în special după intervențiile chirurgicale de tip conservativ, impune monitorizarea radiologică periodică a pacienților cu KO tratați chirurgical, cel puțin odata/an în primii 5 ani.

Bibliografie:

1. Claudiu Mărgăritescu, Cristiana Simionescu, Mihai Surpățeanu. Tumori și Pseudotumori Maxilare. Editura Didactică și Pedagogică RA 2010; p.235, 236-240;
2. Andrea Borghesi, Cosimo Nardi, Caterina Giannitto, Andrea Tironi, Roberto Maroldi, Francesco Di Bartolomeo, Lorenzo Preda. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour; Springer 31 July 2018; 15 pages;