

O RISCO DA PROCRASTINAÇÃO DA EXODONTIA DOS DENTES RETIDOS

THE RISK OF PROCRASTINATION OF EXODONTIA OF RETAINED TEETH

POLIANA RAMOS. UNINGÁ. Discente do Curso de Odontologia da UNINGÁ – Centro Universitário.

FRANCISMAR ZAMBERLAN RAUSCH. Professor Mestre, do Curso de Odontologia da UNINGÁ – Centro Universitário.

Rua Santa Marta, 135, Jardim Santa Clara, Colorado-PR, CEP 86690-000. E-mail polianadj@hotmail.com

RESUMO

Cisto dentífero é um dos cistos odontogênicos mais comuns, com prevalência de 20 a 25% em relação aos demais cistos. Acomete pacientes entre a segunda e terceira década de vida, com predileção pelo gênero masculino. Geralmente são encontrados em exames de rotina como a panorâmica e associados a um dente não irrompido. Os dentes mais acometidos por essa lesão são os terceiros molares inferiores, caninos superiores, pré-molares inferiores e supranumerários. A patogênese do cisto dentífero ainda é incerta. Devem ser considerados no diagnóstico diferencial ameloblastoma e tumor odontogênico ceratocisto, que possuem características semelhantes ao cisto dentífero. O diagnóstico precoce é muito importante para a escolha do tratamento. O tratamento para cisto dentífero dependerá do tamanho da lesão, podendo ser proposto enucleação ou marsupialização.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto odontogênico. Cisto dentífero. Diagnóstico de ameloblastoma. tratamento. Tumor odontogênico ceratocisto.

ABSTRACT

The dentigerous cyst is one of the most common odontogenic cysts, with prevalence of 20 to 25% in relation to the other cysts. It affects patients between the second and third decade of life, with predilection by the male gender. They are usually found in routine exams such as panning and associated with an unbroken tooth. The teeth most affected by this lesion are: the lower third molars, upper canines, lower premolars, and supernumeraries. The pathogenesis of the dentigerous cyst is still uncertain. In the differential diagnosis ameloblastoma and odontogenic tumor keratocyst should be considered, which have characteristics similar to the dentigerous cyst. Early diagnosis is very important for the choice of treatment. The treatment for the dentigerous cyst will depend on the size of the lesion, and enucleation or marsupialization may be proposed.

KEYWORDS: Odontogenic cyst. Dentigerous cyst. Diagnosis of ameloblastoma. treatment. Odontogenic tumor keratocyst.

INTRODUÇÃO

Cisto dentífero é um dos cistos odontogênicos mais comum, com alta taxa proliferativa, podendo levar ao desenvolvimento de tumores (ANJUM et al., 2016). Se não tratados podem se desenvolver para um ameloblastoma, carcinoma de células escamosas ou carcinoma mucoepidermóide, alcançando tamanho considerável sem sintomas perceptíveis ao paciente. O diagnóstico precoce é primordial para iniciar o tratamento e prevenir ou diminuir a taxa de incidência (GUTA et al., 2016; SUSHMA et al., 2015).

Atrasos na erupção dos dentes podem estar associadas a alterações locais ou sistêmicas. Alterações locais são: ausência de espaço no arco, presença de supranumerários, cistos e tumores. Alterações sistêmicas estão ligadas a síndromes craniofacial, fatores hereditários e distúrbios endócrinos (MORAES et al., 2016).

Os cistos dentíferos geralmente acomete pacientes entre a segunda e a terceira década de vida, com predileção pelo gênero masculino (GUTA et al., 2016; MORAES et al., 2016; SIQUEIRA et al., 2016). São as lesões mais comuns entre os cistos de desenvolvimento, com prevalência de 20 a 25% em relação aos demais cistos. Geralmente encontrados em exame de rotina como a panorâmica (BARRETT et al., 2017; MORAES et al., 2016; MORAIS et al., 2014; SUSHMA et al., 2015; TRENTO et al., 2015). Sua incidência foi estimada em 1,44 cistos para cada 100 dentes não erupcionados (MORAES et al., 2016; SIQUEIRA et al., 2016; SUSHMA et al., 2015).

Os dentes mais acometidos por essa lesão são os terceiros molares inferiores, caninos superiores, pré-molares inferiores e supranumerários (CHAKRABORTY et al., 2017; MORAES et al., 2016; SIQUEIRA et al., 2016). Os caninos impactados quando envolvidos pelo cisto dentífero, durante o processo de erupção sofrem deslocamento, causando a reabsorção radicular dos dentes adjacentes. Os incisivos são um exemplo, estão em 12% dos casos de reabsorção (MORAES et al., 2016).

A patogênese dos cistos ainda é de origem incerta (CHAKRABORTY et al., 2017; MORAIS et al., 2014; SIQUEIRA et al., 2016), a maior parte dos autores acreditam ser de desenvolvimento (GUTA et al., 2016; MORAIS et al., 2014), se originando do epitélio odontogênico da coroa de um dente impactado e conectando-se ao dente através da junção cimento-esmalte (SIQUEIRA et al., 2016). Desenvolvendo-se por consequência do acúmulo de fluido entre o epitélio e a coroa do dente retido (SUSHMA et al., 2015).

Outros autores acreditam que os cistos dentíferos podem ter origem inflamatória (CHAKRABORTY et al., 2017; GUTA et al., 2016), que ocorrem em dentes decíduos devido a inflamação periapicais, disseminando um processo inflamatório, afetando o folículo do dente permanente e acumulando líquido (GUTA et al., 2016; MORAIS et al., 2014).

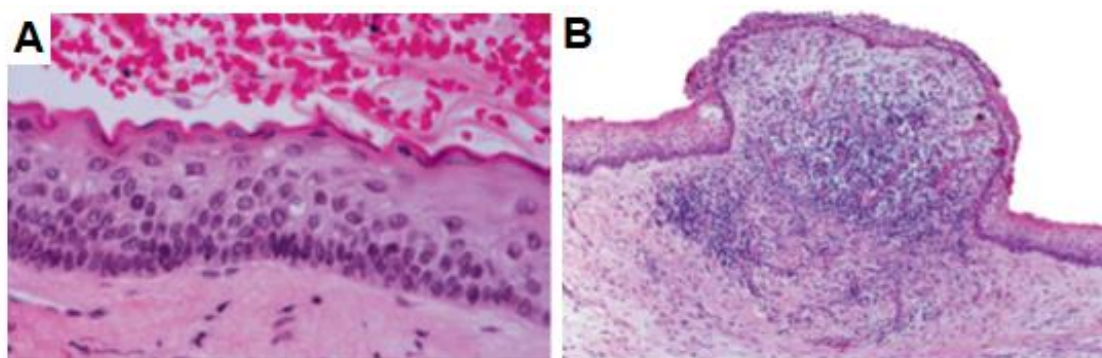
Os cistos são crônicos, assintomáticos, sendo seu crescimento lento, podendo causar reabsorção radicular de dentes adjacentes, capaz de alcançar dimensões significativas, promovendo deformação facial, impacção, ocorrendo também o deslocamento dos dentes e/ou estruturas próximas (CALIENTO; MANNARINO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; MORAES et al., 2016; MORAIS et al., 2014;), geralmente os sinais e sintomas são relatados quando o cisto se expande o suficiente para causar dor e expansão óssea.

Normalmente os cistos dentíferos são relacionados a síndromes ou

doenças sistêmicas, como a síndrome de Maroteaux-Lamy, displasia cleidocraniana e mucopolissacaridose. Esses cistos podem estar histologicamente inflamados, a parede fibrosa possui mais colágeno, exsudato inflamatório crônico e hiperplasia no revestimento epitelial. Podendo não estar inflamados, parede do tecido conjuntivo levemente frouxo, o revestimento epitelial possui de duas a quatro camadas de células cubóides (MORAIS et al., 2014).

No diagnóstico diferencial de cisto dentígero, devem ser considerados ameloblastoma e ceratocisto odontogênico, as duas lesões ocorrem predominantemente na região posterior da mandíbula inferior, na terceira década de vida, assim como o cisto dentígero (GUTA et al., 2016; NEVILLE et al., 2009). O ameloblastoma tem características radiográficas bem semelhantes ao cisto dentígero, assim como o ceratocisto. O que os diferencia do cisto dentígero é que eles podem acometer quaisquer dentes, já o cisto dentígero pode envolver a coroa de um dente retido, normalmente terceiros molares inferiores e caninos superiores (ANJUM et al., 2016).

De acordo com Shetty et al. (2016), o ceratocisto odontogênico pode se originar de restos de lâmina dentária ou camada das células basais. Se desenvolvem aumentando de tamanho, expandindo a cortical e causando dor. Radiograficamente é bem delimitado, radiolúcido, podendo ser unilocular ou multilocular. Histopatologicamente, possui revestimento epitelial ortoqueratinizado, de 4 a 8 células de espessura, com camada granular bem desenvolvida e células basais cubóides baixas. Por ter características semelhantes ao cisto dentígero é de difícil diagnóstico, sendo necessário exame radiográfico e histopatológico para um diagnóstico preciso. Apresentado na Figura 1 (A - B). Na última atualização da OMS essa lesão foi denominada como tumor ceratocisto odontogênico devido suas alterações genéticas moleculares que também estão presentes em algumas neoplasias (NEVILLE et al., 2009).



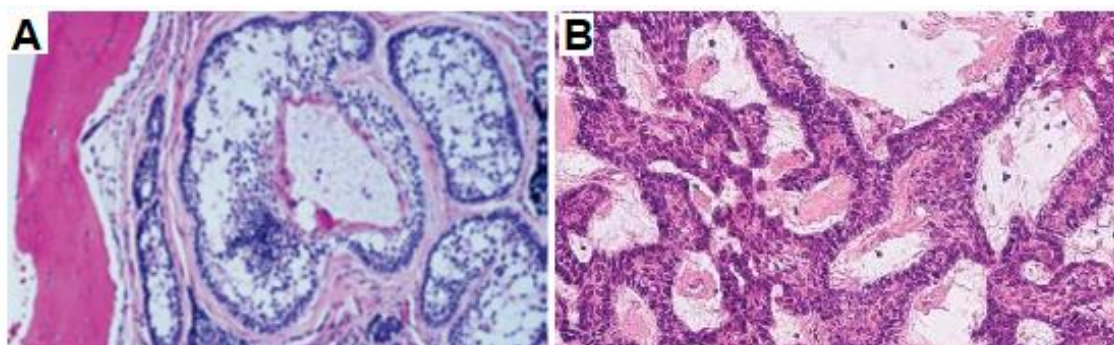
*A - Revestimento epitelial, espessura de 6 a 8 células, com uma camada de células basais hiper Cromáticas e em paliçada. Patologia Oral e Maxilo Facial.

*B - intenso infiltrado inflamatório crônico.

Figura 1 - Ceratocisto odontogênico. **Fonte:** Neville (2009)

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, mesmo benigno age de forma agressiva. Constitui cerca de 10% de todos os tumores da mandíbula e na maxila. Embora ainda seja de etiologia incerta, pressupõe que podem surgir de restos epiteliais de malassez (ANJUM et al., 2016; MASLOUB; ABDEL-AZIM; ELHAMID, 2011).

Podendo causar expansão vestibular e lingual das corticais e até mesmo reabsorção das raízes dos dentes adjacentes. Radiograficamente é uma lesão radiolúcida, multilocular, aspecto de bolhas de sabão ou favo de mel e margem festonada irregular. Geralmente mostram uma combinação de padrões microscópicos, os mais comuns são os padrões folicular e os padrões plexiforme. O padrão histopatológico folicular é o mais comum, possui uma região central de células angulares dispostas frouxamente, envolvida por uma camada única de células colunares altas e núcleo localizado opostamente à membrana basal. Já o plexiforme são lençóis maiores de epitélio odontogênico, delimitados por células cúbicas que envolvem as células epiteliais dispostas frouxamente, demonstrado na Figura 2 (A -B) (NEVILLE et al., 2009).

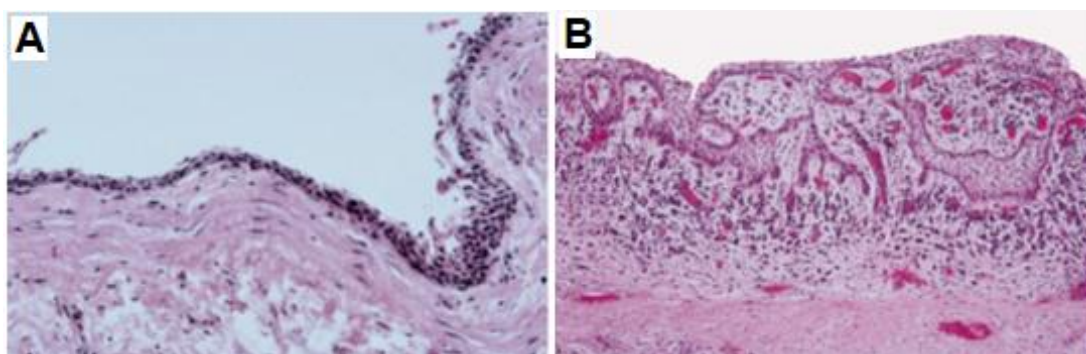


*A - Aspecto de polarização invertida das células colunares periféricas.

*B - Cordões de epitélio odontogênico anastomosando-se.

Figura 2 - Ameloblastoma (A - padrão folicular e B - padrão plexiforme). **Fonte:** Neville (2009)

Histologicamente os cistos dentígeros são caracterizados por epitélio escamoso estratificado com tecido conjuntivo envolvendo um espaço cístico (ANJUM et al., 2016). Radiograficamente possui aspecto radiolúcido, sendo unilocular, bem definido e com bordas claras envolvendo a coroa de um dente não irrompido (SUSHMA et al., 2015; TRENTO et al., 2015).



*A - não inflamado, revestimento epitelial delgado, não ceratinizado.

*B - Inflamado, revestimento epitelial mais espesso, com cristas epiteliais hiperplásicas. Cápsula fibrosa com infiltrado inflamatório crônico difuso.

Figura 3 - Cisto dentígero. **Fonte:** Neville (2009)

Através dos aspectos radiográficos, os cistos dentígeros são classificados em três tipos: tipo central, tipo lateral e tipo circunferencial.

Central, quando a coroa do dente retido é circundada por um halo radiolúcido; lateral, quando ocorre desenvolvimento lateral ao longo do eixo do dente; circunferencial, quando a coroa e a raiz são completamente envolvidas pelo cisto (GUTA et al., 2016; SUSHMA et al., 2015).

A escolha do tratamento a ser realizado dependerá da dimensão do cisto e sua intimidade com estruturas anatômicas importantes. Para lesões pequenas o tratamento de escolha definitivo é a enucleação, portanto, para lesões maiores é indicado a marsupialização (MORAES et al., 2016).

O tratamento proposto para cisto dentígero geralmente é enucleação, que consiste na remoção total do cisto e extração do dente não irrompido. Em casos de possível erupção do dente, remove-se a cápsula cística mantendo-se o dente. Quando o cisto possui grandes proporções faz-se a marsupialização, que tem como objetivo descomprimir o cisto e reduzir seu tamanho, para posteriormente fazer a remoção total da lesão, sua probabilidade de recidiva é baixa e possui ótimo prognóstico (NEVILLE et al., 2009; SUSHMA et al., 2015).

Complicações clínicas que essa lesão pode vir a causar: impacção dentária, deslocamento dentário, erupções ectópicas, reabsorção das raízes dos dentes adjacentes, expansão óssea causando assimetria facial, parestesia e fratura patológica. A parestesia do nervo alveolar inferior, pode ser indicio de neoplasias malignas ou doenças sistêmicas, como esclerose múltipla e diabetes (MORAIS et al., 2014).

A extração dos terceiros molares pode vir a causar algumas complicações como: dor, trismo, edema, sangramento, alveolite, fraturas dentoalveolares, parestesia temporária ou permanentemente, infecções envolvendo espaços fasciais, fraturas ósseas, comunicações bucossinusais, lesão na comissura labial e hematoma (ARAÚJO et al., 2015).

Em um determinado espaço de tempo, os cistos dentígeros se não tratados, podem evoluir para um ameloblastoma, carcinoma de células escamosas ou carcinoma mucoepidermóide (SUSHMA et al., 2015).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico de um paciente que foi diagnosticado com cisto dentígero, destacando suas características clínicas, radiográficas e a importância de seu tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente F.T.S, 26 anos, do gênero masculino, procurou o Consultório Odontológico Dr. Francismar na cidade de Maringá – PR, para tratamento ortodôntico. Ao exame radiográfico foi constatado que seu terceiro molar estava incluso (Figura 4 e 5).

O paciente foi orientado sobre a indicação de extração deste dente e sobre os riscos de mantê-lo, e que poderia levar a um cisto dentígero ou até mesmo a um ameloblastoma. Agendou a extração por duas vezes, mas não compareceu nos dias agendados.

Embora o paciente fosse um paciente de controle, finalizou o tratamento ortodôntico e mesmo sendo orientado sobre os riscos, por diversas vezes, não voltou para realizar a extração do terceiro molar impactado, devido ao receio e medo em realizar cirurgia.

Paciente retornou a clínica 10 anos após o término do tratamento odontológico, onde foi orientado a realizar a extração do terceiro molar incluso, relatando dor na região posterior inferior direita, que apresentava sinais de

inflamação e infecção.

Foi realizada uma nova radiografia panorâmica, que apresentou um quadro de cisto dentígero (Figura 6, 7 e 8). O tratamento de escolha foi enucleação da lesão, remoção do terceiro molar e curetagem. Acompanhamento clínico e radiográfico por seis meses, devido ao tamanho da lesão e o risco de fratura (Figura 9 e 10).

O paciente é professor de educação física e após a cirurgia ficou afastado de suas atividades por seis meses, para não correr risco de fratura durante suas atividades.



Figura 4 – Panorâmica – 2008. Fonte: os autores



Figura 5 – Região posterior direita – 2008. Fonte: os autores.



Figura 6 – Panorâmica – 2018. Fonte: os autores.



Figura 7 – Laudo da Panorâmica -2018. Fonte: arquivo pessoal.

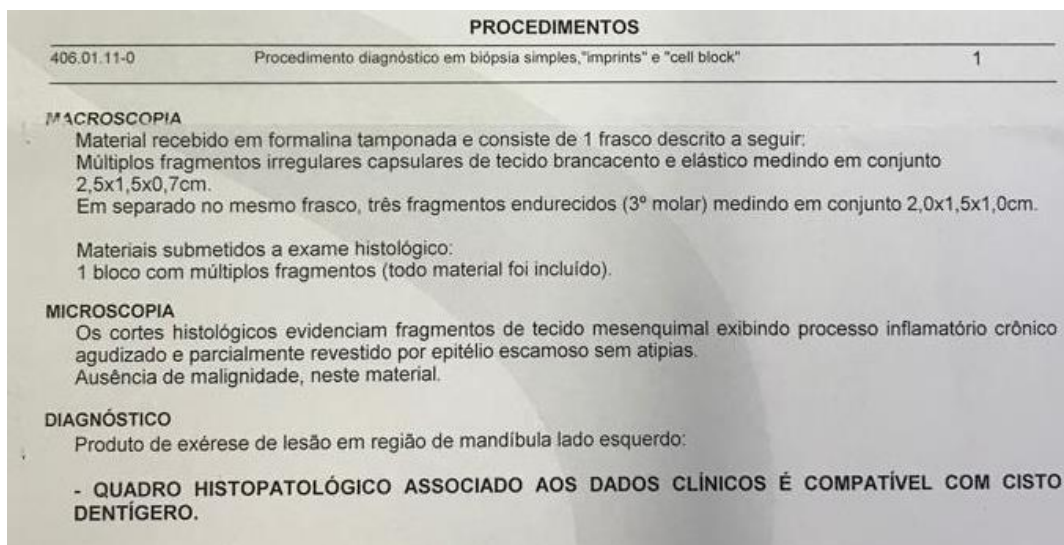


Figura 8 – Laudo da Panorâmica -2018. Fonte: arquivo pessoal.



Figura 9 – Panorâmica após a remoção do cisto. Fonte: os autores.



Figura 8 – Panorâmica após remoção do cisto. **Fonte:** os autores.

DISCUSSÃO

Cisto dentífero é um dos cistos odontogênicos mais comum, com alta taxa proliferativa, podendo levar ao desenvolvimento de tumores (ANJUM et al., 2016). Se não tratados podem se desenvolver para um ameloblastoma ou carcinoma, alcançando tamanho considerável sem sintomas perceptíveis ao paciente (SUSHMA et al., 2015; GUTA et al., 2016).

Normalmente os cistos dentíferos são uma lesão única, mas podem ser bilaterais quando associadas a síndromes como displasia cleidocranial, síndrome basocelular e síndrome de Hunter (CHAKRABORTY et al., 2017).

Existem duas teorias sobre cisto dentífero. Uma teoria é que os cistos podem ser de desenvolvimento, ocorre devido a impacção de um dente permanente, entre a segunda e terceira década de vida, são encontrados em exames de rotina através da radiografia panorâmica. Outra teoria é que eles podem ser de origem inflamatória que acometem os dentes decíduos através de uma inflamação periapical que se espalha contaminando o folículo de um dente permanente, geralmente são encontrados na primeira ou segunda década de vida (MORAIS et al., 2014).

O cisto dentífero pode se desenvolver após uma pulpotomia, que é um dos métodos de tratamento para dentes decíduos, quando a infecção se dissemina para os tecidos perirradiculares. Ocorre a redução do esmalte, acumulando líquido entre a coroa do dente e o epitélio, ocorre uma inflamação crônica no saco pericoronário do dente retido, desenvolvendo assim o cisto dentífero inflamatório (CHAKRABORTY et al., 2017).

Devem ser considerados no diagnóstico diferencial de cisto dentífero, ameloblastoma e ceratocisto odontogênico, que são lesões com características muito semelhantes ao cisto dentífero (GUTA et al., 2016; NEVILLE et al., 2009). O que os diferencia do cisto dentífero é que o ameloblastoma e o ceratocisto podem acometer quaisquer dentes, já o cisto dentífero pode envolver a coroa de um dente retido, normalmente terceiros molares inferiores e caninos superiores (ANJUM et al., 2016).

O diagnóstico deve ser preciso, pois o tratamento para cisto dentífero e ameloblastoma são bem distintos. Enquanto o cisto tem um bom prognóstico à enucleação, o ameloblastoma necessita de ressecção de margem de segurança para que não haja recidiva (ANJUM et al., 2016).

CONCLUSÃO

O caso aqui apresentado foi diagnosticado como cisto dentígero através do exame histopatológico. É importante ressaltar o risco que o paciente correu em não ter feito a cirurgia quando orientado, poderia ter levado a formação de um tumor ou ameloblastoma, que são de resolução bastante complexa e abordagem cirúrgica mais radical, levando inclusive a perda estrutural.

REFERÊNCIAS

- ANJUM, R; NASEEM, N; NAGI, A.H. Dentigerous cysts and ameloblastomas. **Professional Medical Journal**, v. 23, n. 12, p. 1561-1565, dez. 2016. Disponível em: < <https://pdfs.semanticscholar.org/a1c0/34d91e7e1629940955253a7ca66a98b171e4.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2018.
- Araújo O. C. et al. Accidents and complications incidence in third molar surgeries. **Rev Odontol UNESP**, v. 40, n. 6, p. 290-295. Disponível em: <<http://www.revodontolunesp.com.br/article/588018f27f8c9d0a098b4ed6>>. Acesso em: 5 jun. 2018.
- BARRETT, A. W. et al. Dentigerous Cyst and Ameloblastomas of the Jaws. **International Journal of Surgical Pathology**, v. 25, n. 2, p. 141-147, abr. 2017. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1066896916666319>>. Acesso em: 15 ago. 2018.
- CALIENTO, R.; MANNARINO, F. S.; HOCHULI-VIEIRA, E. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. **Rev. odontol. UNESP**, v. 42, n. 6, p.458-462. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-25772013000600012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 23 abr. 2018.
- CHAKRABORTY, S; RASTOGI, P. Endodontically treated primary second molar giving rise to formation of dentigerous cyst. **Asian Journal of Medical Sciences**, v. 8, n. 2, p. 90-93, mar. 2017. Disponível em: <<https://www.nepjol.info/index.php/AJMS/article/viewFile/16246/13561>>. Acesso em:28 mar. 2018.
- GUPTA, P. et al. Inflammatory dentigerous cyst mimicking a periapical cyst. **Journal of the International Clinical Dental Research Organization**. v. 8, n. 1, p. 63-66, jan. 2016. Disponível em: < <http://www.jicdro.org/article.asp?issn=22310754;year=2016;volume=8;issue=1;spage=63;epage=66;aulast=Gupta>>. Acesso em: 21 ago. 2018.
- MASLOUB, S. M.; ABDEL-AZIM, A. M.; ELHAMID E. S. A. CD10 and osteopontin expression in dentigerous cyst and ameloblastoma. **Diagnostic Pathology**. v. 6, n. 44, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118315/> >. Acesso em: 25 mar. 2018.
- MORAES, L. S. et al. Impacted tooth associated with dentigerous cyst and compound odontoma - case report. **RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. v. 13, n. 2, p. 145-151, abr. 2016. Disponível em: <file:///C:/

Users/User/Downloads/285-748-1-SM.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

MORAIS, H. H. A. de et al. Bilateral mandibular dentigerous cysts: a case report. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, v. 62, n. 3, p. 299-304, set. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgo/v62n3/0103-6971-rgo-62-03-00299.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

NEVILLE, B. W. et al. Cistos e Tumores Odontogênicos. In: _____. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 679-741.

SHETTY, D. C. et al. Orth keratinized odontogenic cyst masquerading as dentigerous cyst. **International Journal Of Applied & Basic Medical Research**. v. 6, n. 4, p. 297-299, Oct. 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27857903>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

SIQUEIRA, S. P. et al. Estudo de 199 casos de cisto dentígero. **Revista Salusvita**. v. 35, n. 4, p. 517-528, dez. 2016. Disponível em: <https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v35_n4_2016_art_05.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

SUSHMA, P. et al. Incidental finding of dentigerous cyst – a case report. **Journal of Dental Specialities** v. 3, n. 2, p. 183-187, set. 2015. Disponível em: <<http://its-jds.in/admin/uploadarticle/Sep2015/1385494260.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

TRENTO, G. S. et al. Prevalência de cistos dentígeros na Universidade Federal do Paraná. **Rev. cir., Traumatol. buco-maxilo-fac.**, v. 15, n. 1, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.revistacirurgiabmf.com/2015/1/Artigo02-Prevalenciadecistos.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.