

CISTO DENTÍGERO: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

DENTIGEROUS CYST: LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

FELIPE ICARO TEIXEIRA **BENOSI**. Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário Ingá.

MARK ALISSON ESTANGANINI **SILVA**. Acadêmico de odontologia pelo Centro Universitário Ingá.

SAMIRA **SALMERON**. Doutora em Reabilitação Oral / Periodontia (FOB-USP), Docente do Departamento de Periodontia do Centro Universitário Ingá.

VILMAR DIVANIR **GOTTARDO**. Doutor em Biologia Oral (Universidade Sagrado Coração). Docente do Departamento de Cirurgia e Estomatologia do Centro Universitário Ingá.

HELDO CESAR **FIGUEIRA JUNIOR**. Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (UNESP), Docente do Departamento de Cirurgia e Estomatologia do Centro Universitário Ingá.

Avenida Doutor Luiz Teixeira Mendes 1690, sala 101 Maringá-PR, CEP 87015-000. E-mail: heldocfj@gmail.com

RESUMO

O cisto dentífero é o segundo tipo mais comum dos cistos odontogênicos do complexo maxilofacial, perdendo apenas para o radicular. Este trabalho tem por objetivo realizar uma breve revisão de literatura sobre os conceitos e reportar o caso de um paciente do gênero masculino, 21 anos de idade, ressaltando suas principais características etiológicas, clínicas, radiográficas, histopatológicas e formas de tratamento. Conclui-se que a abordagem cirúrgica escolhida foi a melhor opção considerando fatores locais e a boa resposta tardia quanto ao reparo. As considerações abordadas visam auxiliar os profissionais de odontologia na resolução dessa patologia e com isso concluir qual o melhor tratamento e tentar diferenciar o cisto dentífero de outras imagens radiográficas semelhantes.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Dentífero. Cirurgia. Diagnóstico Por Imagem. Enucleação. Patologia.

ABSTRACT

The dentigerous cyst is the second most common type of odontogenic cysts of the maxillofacial region, second only to the root cyst. This paper aims to carry out a brief review of the literature on the concepts and to report the case of a male patient, 21 - year - old, highlighting their main etiological, clinical, radiographic, histopathological and treatment characteristics. We conclude that the surgical approach was the best option considering local factors and the good late response to the repair. The considerations addressed aim to assist dental professionals in the resolution of this pathology and with that conclude the best

treatment and try to differentiate the dentigerous cyst from other similar radiographic images.

KEYWORDS: Dentigerous Cyst. Surgery. Diagnostic Imaging. Enucleation. Pathology.

INTRODUÇÃO

Atualmente na literatura encontramos várias teorias para a origem de um cisto dentífero. Uma das mais aceitas é de que o cisto dentífero tem sua origem associada a coroas de dentes retidos, na sua porção cervical, por alterações no epitélio reduzido do órgão do esmalte (MONSERAT et al., 2002, FREITAS et al., 2000). Outra teoria diz que após a formação completa da coroa do dente, há um acúmulo de líquido entre esta e o epitélio reduzido do esmalte, ou ainda de uma inflamação dos tecidos periapicais originados a partir da polpa necrótica dos dentes decíduos (MONSERAT et al., 2002; ZANIRATO et al., 1998).

O cisto é uma cavidade patológica revestida por epitélio que em seu interior apresenta um conteúdo semi-fluido ou fluído. Os cistos são originados a partir de restos epiteliais que frente a um estímulo, seja ele de origem química, infecciosa ou traumática, passam a se proliferar. Como as células epiteliais se nutrem por meio da difusão do líquido tissular a partir do tecido conjuntivo adjacente, estas sofrem um déficit de nutrição e terminam por se degenerar. Com a necrose, inicia-se o processo de cavitação central, onde há o acúmulo de produtos de degradação do esqueleto das células. A pressão intracística vai aumentando e, assim, respectivamente o tecido ósseo adjacente vai sendo reabsorvido, possibilitando o aumento do cisto (BRAVO et al., 2005).

O cisto dentífero é um tipo de cisto odontogênico que se desenvolve após a completa formação da coroa do dente, pelo acúmulo de líquido entre esta e o epitélio reduzido do esmalte (ZANIRATO et al., 1998). Estes cistos, dentíferos ou foliculares, representam cerca de 17,3% dos cistos maxilares, acometendo com mais frequência pessoas leucodermas do gênero masculino. Usualmente são assintomáticos, sendo descobertos apenas em exames radiográficos para áreas correlatas. Os cistos podem aumentar consideravelmente de tamanho, podendo os maiores estarem associados à expansão indolor do osso na região afetada e provocar uma assimetria facial (KO et al., 1999).

O epicentro de um cisto dentífero é observado logo acima da coroa do dente afetado. Uma característica relevante a ser considerada para o diagnóstico é que o cisto se liga a junção cimento-esmalte. Quanto à forma dos cistos dentíferos normalmente se tem uma cortical bem definida com um contorno curvo ou circular e, nos casos onde houver infecção, a cortical pode estar ausente. A estrutura interna é completamente radiolúcida a não ser pela coroa do dente envolvido (LUNG et al., 2006).

Para a lesão ser considerada um cisto dentífero, alguns investigadores acreditam que o espaço radiolúcido que circunda a coroa do dente deve ter ao menos 3 a 4 mm de diâmetro. Contudo aspectos radiográficos não são suficientes para o diagnóstico de cisto dentífero, porque os queratocistos odontogênicos, ameloblastomas uniloculares e outros tumores odontogênicos ou não odontogênicos podem ter aspectos radiográficos essencialmente idênticos aqueles do cisto dentífero (LUNG et al., 2006).

Tal forma que este trabalho foi desenvolvido a partir de uma breve revisão literária cruzando informações mais antigas a mais modernas culminando a um relato onde foi abordado o caso de um paciente do gênero masculino, leucoderma, 21 anos, com lesão cística vinculada ao dente 48.

REVISÃO DE LITERATURA

Alguns autores relatam que os cistos dentígeros são cistos odontogênicos de desenvolvimento, acredita que se desenvolva em torno da coroa de um dente não irrompido ou dente impactado pelo acúmulo de líquido entre o epitélio de esmalte reduzido e o esmalte dentário. A pressão hidrostática aumentada deste fluido de pensado para separar o folículo da coroa, com ou sem o epitélio de esmalte reduzido (SHEAR, 2007). Toller sugeriu que a provável origem deste cisto poderia ser a quebra da proliferação de células do folículo dental após erupção impedida. Apesar de a maioria dos cistos dentígeros serem considerados de desenvolvimento (TOLLER, 1967).

Na literatura é possível observar relatos de caso sobre cistos dentígeros em pessoas com 5 a 57 anos de idade, mas acometendo principalmente pessoas do sexo masculino entre a primeira e terceira década de vida (KO et al., 1999). Cistos odontogênicos geralmente são imperceptíveis e só são observados após a realização de radiografias para outra patologia ou quando a inflamação aguda se desenvolve (PASQUALE, 1994). Grande parte os cistos odontogênicos estão associados aos terceiros molares mandibulares, seguindo de caninos e terceiros molares maxilares (SHEAR, 1983).

Um cisto dentígero de grande porte pode levar a impressão de um processo multilocular devido a persistência das trabéculas ósseas na área radiolúcida. Porém, os cistos dentígeros constituem macroscopicamente processos uniloculares e geralmente não são lesões multiloculares verdadeiras. A relação coroa-cisto pode apresentar três variantes: central, lateral e circunferencial. Sendo a central mais comum, onde o cisto circunda a coroa do dente em afetado para dentro do cisto. A lateral está habitualmente associada a um terceiro molar inferior com impactação mesioangular e parcialmente erupcionado. O cisto cresce lateralmente ao longo da superfície radicular e circunda parcialmente a coroa. Na forma circunferencial, o cisto circunda a coroa e se estende por alguma distância ao longo da raiz, de tal forma que parece estar dentro do cisto. Raramente ocorre o deslocamento de um terceiro molar ou dente afetado para a borda inferior da mandíbula ou para o ramo ascendente. Os cistos dentígeros possuem a capacidade de deslocar os elementos envolvidos. Existe a possibilidade de ocorrer reabsorção radicular dos dentes erupcionados (VAZ et al., 2010).

Existem vários métodos empregados para o tratamento, os quais incluem a descompressão, a marsupialização e a enucleação. No entanto, os critérios para a escolha de uma destas modalidades não são claramente definidos pela falta de estudos aprofundados e de controles adequados (MOTAMEDI et al., 2005).

Classicamente, o tratamento cirúrgico do cisto dentígero é a enucleação da lesão e extração do dente envolvido (MARTÍNEZ et al., 2001). A aspiração da lesão deve ser feita em todos os casos, pois grandes lesões podem ser tumores

odontogênicos e não cistos como se espera, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto (BRAVO et al., 2005).

A técnica de marsupialização para o tratamento conservador dos cistos odontogênicos, apresenta bons resultados e foram relatados com a sutura do retalho mucoperiosteal para a membrana cística não se recompor e assim evitar a pressão de acúmulo na cavidade e marsupialização seguida por cirurgia definitiva para os cistos agressivos pode ser também uma boa forma de tratamento já que a descompressão pode ser mais fácil de executar e mais segura para estruturas vitais adjacentes (NAKAMURA et al., 2002).

MATERIAIS E MÉTODOS

Paciente do gênero masculino, 21 anos de idade, compareceu ao consultório odontológico, em Maringá/PR, relatando dor na região do elemento 48. Durante a anamnese não foram observados fatos dignos de nota ou de abordagem pré-cirúrgica direcionada, ao exame clínico intraoral foi verificada tumefação na região do elemento 48 retido em mandíbula.

Na análise radiográfica (Figuras 1 e 2), observamos a presença de uma área radiolúcida bem definida com aproximadamente 2 centímetros de diâmetro, sendo ela, circunscrita, delimitada e fusionada à coroa do dente 48 incluso, causando reabsorção óssea da região do corpo da mandíbula. As hipóteses diagnósticas foram: cisto dentígero; cisto ortoqueratinizado; ameloblastoma unicístico.



Figura 1 - Radiografia panorâmica.
Fonte: o autor.



Figura 2 - Lesão cística sob aspecto radiográfico inicial.
Fonte: o autor.

Para a abordagem cirúrgica se realizou o bloqueio dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual utilizando Mepivacaína 2% com adrenalina 1:100.000 (Fabricado e Embalado por: DLA Pharmaceutical Ltda. Catanduva – SP - Brasil), iniciando por incisão da região posterior ao segundo molar (47) (Figura 3) seguindo pelo descolamento mucoperiosteal (Figura 4), exérese da lesão vinculada à coroa (Figuras 5 e 6). Realizou-se a exodontia por alveolectomia parcial e odontosseção do dente envolvido com broca 702 (Figuras 7 e 8). Realizou-se a curetagem da loja cirúrgica (Figura 9), irrigação com solução isotônica de cloreto de sódio a 0,9% (Eurofarma Laboratórios S.A., Ribeirão Preto – SP- Brasil), e síntese utilizando fio de sutura em nylon 4-0 (Technofio, Ace Ind. Com., Goiânia - GO - Brasil).



Figura 3 – Incisão na região posterior ao segundo molar (47).
Fonte: o autor.



Figura 4 – Descolamento mucoperiosteal.
Fonte: o autor.

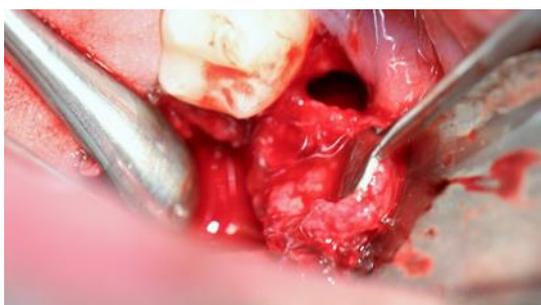


Figura 5 – Exérese da lesão vinculada à coroa (48).
Fonte: o autor.



Figura 6 – Exérese da lesão vinculada à coroa (48).
Fonte: o autor.



Figura 7 – Exodontia por alveolectomia parcial e odontosecção do dente envolvido (48).
Fonte: o autor.



Figura 8 – Exodontia por alveolectomia parcial e odontosecção do dente envolvido (48).
Fonte: o autor.



Figura 9 – Loja cirúrgica.
Fonte: o autor.



Figura 10 – Dente envolvido pela lesão cística.
Fonte: o autor.

Foram prescritos Azitromicina 500mg (Zitromax® - Fabricado e Embalado por: Pfizer S.A. de C.V. Toluca, Estado de México – México. Importado por: Laboratórios Pfizer Ltda., São Paulo – SP – Brasil) 1 comprimido a cada 24 horas por 3 dias, nimesulida 100mg (Eurofarma Laboratórios S.A., Itapevi – SP – Brasil), 1 comprimido a cada 12 horas por três dias e Lisador® (Cosmed Ind. Com. Barueri – SP – Brasil) 1 comprimido a cada 6 horas durante três dias, se dor, associados a cuidados pós-operatórios de rotina.

Como importante instrumento complementar de diagnóstico, foi realizado o encaminhamento da peça cirúrgica para análise anatomopatológica. Durante a avaliação macroscópica foi notado que o lúmen estava vazio sem material líquido ou secreção purulenta, que complementada com a análise microscópica tecidual, chegou-se ao diagnóstico de cisto dentígero. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências. Paciente retornou após 1 ano com nova radiografia, evidenciando total reparo da lesão e corticalização óssea local (Figura 12).



Figura 11 – Materiais removidos pela biópsia.
Fonte: o autor.



Figura 12 – Radiografia panorâmica de controle após um ano.
Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

É possível notar que existem diversas teorias originárias do cisto dentígero, nas quais cada autor apresenta uma forma de interpretação de cada caso, sendo assim, é possível observar que autores, como, Zanirato et al. (1998) descreveram que após a formação completa da coroa do dente, há um acúmulo de líquido entre esta e o epitélio reduzido do esmalte, enquanto, Monserat et al. (2002), complementam dizendo que o cisto dentígero tem sua origem associada a coroas de dentes retidos, na sua porção cervical, por alterações no epitélio reduzido do órgão do esmalte ou oriunda de uma inflamação dos tecidos periapicais originados a partir da polpa necrótica dos dentes decíduos. Baseado nessas situações é possível notar que o cisto é formado a partir de eventos fisiológicos durante a odontogênese. Algumas teorias foram lançadas na tentativa de explicar o surgimento desse cisto, uma das mais aceitas atribui a provável origem do cisto como resultado de uma alteração no epitélio reduzido do órgão de esmalte, após a calcificação total da coroa do dente. Infelizmente não estudos que comprovem os eventos que dão origem a formação do cisto dentígero (SHEAR et al., 2007; TOLLER, 1997).

Observa-se que o cisto dentígero raramente está associado a dentes decíduos. No trabalho em questão está associado a um terceiro molar inferior retido, uma das características mais comuns, pois, SHEAR (1983), afirma que o

cisto dentífero está vinculado a coroa de um dente não irrompido, prendendo-se em seu colo e estando associado em maior porcentagem a terceiros molares inferiores, vindo em uma ordem decrescente, caninos superiores, pré-molares inferiores e terceiros molares superiores. Pasquale et al. (1998), entre outros cientistas, tais como, Bravo et al. (2005), Lung et al. (2006) afirmam que se trata de uma lesão silenciosa, sendo observada apenas por exames imagiológicos, muitas vezes para outra patologia ou quando a inflamação aguda se desenvolve, tal como relatado em nosso estudo.

Quanto ao formato é possível encontrar várias hipóteses. Para Vaz et al. (2010), o cisto cresce lateralmente ao longo da superfície radicular e circunda parcialmente a coroa onde o cisto circunda e se estende por alguma distância ao longo da raiz, de tal forma que parece estar dentro do cisto. Porém, Lung et al. (2006), caracterizam que a forma dos cistos dentíferos normalmente apresentam uma cortical bem definida com um contorno curvo ou circular e, nos casos onde há infecção, a cortical pode estar ausente. Desta forma ao observar a imagem radiográfica é possível notar um cisto circunferencial.

Lung et al. (1999), afirma que uma das características que definem um cisto odontogênico é que apresenta margens esclerosadas bem definidas, (o que denota crescimento lento), podendo, algumas vezes, apresentar dentes adjacentes com reabsorção. Ainda afirma que para a lesão ser considerada um cisto dentífero, o espaço radiolúcido que circunda a coroa do dente deve ter ao menos 3 a 4 mm de diâmetro.

Sabemos que para chegar ao correto diagnóstico é necessário que se faça o exame histológico, entretanto o cisto dentífero não apresenta uma característica histológica própria, que possa ser diferenciado de outros cistos odontogênicos. O exame anatomohistopatológico do material, revela parede fibrosa, constituída por fibroblastos, distribuídos em um estroma rico em ácido mucopolissacarídeo.

Os tratamentos são os que mais divergem entre os autores, o que leva a escolha da melhor forma de tratamento é a extensão da lesão. BRAVO et al. (2005), afirmam que a aspiração da lesão deve ser feita em todos os casos, pois grandes lesões podem ser tumores odontogênicos e não cistos como esperado, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto. Motamedi, (2005) e Nakamura et al. (2002), concordam na hipótese de que a técnica de marsupialização é mais utilizada para o tratamento conservador de alguns cistos, no entanto, mas, complementa dizendo que, para cistos agressivos e, ou de grande porte a marsupialização seja a melhor escolha. Contudo, Martínez et al. (2001), são capazes de afirmam que o melhor tratamento para esse tipo de lesão cística é o tratamento de enucleação da lesão e remoção do dente envolvido pelo cisto dentífero, esta técnica é considerada clássica, cuja, utilizada em nosso caso clínico. Nakamura et al. (2002), complementam que os critérios para a escolha de uma destas modalidades não são claramente definidos pela falta de estudos aprofundados e de controles adequados.

CONCLUSÃO

Lesões maxilares ósseas por vezes exigem acessos cirúrgicos, a impossibilidade de um diagnóstico preciso apenas por dados clínicos e

imaginológicos, nos leva a necessidade de conhecer os aspectos histológicos para a definição da lesão.

Os cistos dentígeros apresentam boa resposta frente as modalidades cirúrgicas de descompressão, marsupialização e enucleação, podendo inclusive às associar de acordo com a necessidade. Este tipo de cisto (dentígero) apresenta baixa recidiva e bom reparo ósseo fisiológico. Cabe apenas ao cirurgião dentista a eleição do melhor tratamento, baseando-se em achados imaginológicos e avaliação clínica do paciente.

Por tanto, conclui-se que a abordagem cirúrgica nos casos de cistos dentígeros se faz necessária, uma vez que resoluções atraumáticas ou terapêuticas não apresentam fundamentação científica conclusiva.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. et al. Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a dentigerous cyst. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**. 2005;69(12):1685-88.

FREITAS, A.; TORRES, F. A. Radiografias panorâmicas. In: FREITAS, A.; ROSA, J. E.; SOUZA, I. F. **Radiologia Odontológica**. 5 ed, São Paulo: Artes Médicas, 2000. 748p. p. 199-224.

FREITAS, D.Q. et al. Bilateral dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. **Dentomaxillofac Radiol**. 2006;35(6):464.

KO, K.S.C.; DOVER, D.G.; JORDAN, R.C.K. Bilateral dentigerous cyst: report of an unusual case and review of literature. **J Can Dent Assoc**. 1999;65:49-51.

LUNG, K. et al. **Multiple multilocular dentigerous cysts with intra-osseous and extra-osseous third molar displacement**, 2006. Disponível em: <https://www.oralhealthgroup.com/features/multiple-multilocular-dentigerous-cysts-with-intra-osseous-and-extra-osseous-third-molar-displacemen/>

MARTÍNEZ-PÉREZ, D.; VARELA-MORALEZ, M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: report of four cases. **J Oral Maxillofac Surg**. 2001;59(3):331-4.

MONSERAT, E. et al. Quiste dentígero, presentación de um caso. **Acta Odontológica Venezolana**, Caracas, 2002, v.40, n.2.

MOTAMEDI, M.H.K.; TALESH, K.T. Management of extensive dentigerous cysts. **Br Dental J**. 2005;198(4):203-6.

NAKAMURA, N. et al. Marsupialization for odontogenic keratocysts: long-term follow-up analysis of the effects and changes in growth characteristics. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 2002;95:543-53.

PASQUALE, B.; LISCO, V. Ectopic third molar associated with a dentigerous cyst in the subcondylar region: report of a case. **J Oral Maxillofac Surg** 1994; 52: 630-632.

SANTOS, J.S.; MELO, M.F.B.; LIMA, J.L.O. Cisto dentígero em pacientes geriátricos: relatos de dois casos clínicos com acompanhamento de 5 anos. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, 2006.

SHEAR, M. **Cysts of the oral region**. 2nd ed. UK: Butterworth Heinemann Ltd, John Wright & Sons; 1983.

TOLLER, P.A. Origin and growth of cysts of the jaws. **Ann R Coll Surg Engl**. 1967;40:306-36.

VAZ, L.G.M.; RODRIGUES, M.T.V.; FERREIRA JR, O. Dentigerous cyst: clinical and radiographic characteristics and criteria for treatment planning. **RGO**, Porto Alegre, 2010. p. 127-130.

ZANIRATO, J.B. et al. Cisto dentígero tratado por marsupialização. **Revista gaúcha de odontologia**, Porto Alegre, 1998, v. 46, n.3, p.149-151.