

CISTO DENTÍGERO: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

DENTIGEROUS CYST - LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

MARCOS ANTONIO DA SILVA¹

TIAGO NOVAES PINHEIRO²

FRANCISMAR ZAMBERLAND RAUSCH³

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão de literatura sobre as características clínicas, radiográficas, diagnóstico diferencial, origem e tratamento do cisto dentígero, além de relatar um caso clínico. Os cistos dentígeros são mais freqüentes na maxila do que na mandíbula, geralmente acometendo principalmente a região anterior da maxila e posterior da mandíbula, associados a coroas de dentes retidos na sua porção cervical. As lesões são assintomáticas, não alcançando grandes proporções e clinicamente podem provocar expansão óssea, assimetria facial ou deformidade do local. No caso clínico apresentado, o exame radiográfico demonstrou o dente 23 incluso, radiolucência limitada por uma cortical óssea. A abordagem clínica foi realizada com enucleação cirúrgica e o exame histopatológico confirmou tratar-se de um cisto dentígero.

Palavras-chave: cisto dentígero, cistos odontogênicos, dentes retidos.

ABSTRACT

The objective of the present study was to review the literature on the clinical characteristics, radiographic findings, differential diagnosis, origin and treatment of the dentigerous cyst, and report a case. The dentigerous cysts are more frequent in the maxilla than the mandible, affecting mainly the anterior region of the posterior maxilla and the mandible, associated with the crowns of teeth retained in its cervical portion. The lesions are asymptomatic, do not reach large proportions and clinically can cause bone expansion, facial asymmetry and deformity of the site. In the case presented, the radiographic examination showed the 23 tooth included, radiolucency limited by cortical bone. The clinical approach was performed with enucleation surgery and histopathological examination confirmed it was a dentigerous cyst.

Key-words: dentigerous cyst, odontogenic cyst, tooth included.

¹ Acadêmico de Odontologia - Uningá. Rua John Kennedy, 565, Jardim Iguaçú, Cep 87705-370, Paranavaí, Paraná, Brasil. E-mail: marcos.odonto@yahoo.com.br.

² Professor Doutor em Patologia Bucal - Uningá

³ Professor Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Uningá

INTRODUÇÃO

Os cistos dentígeros ocorrem mais frequentemente na maxila do que na mandíbula, são o segundo tipo de cisto odontogênico mais freqüente, com prevalência menor somente do cisto periodontal apical (BARROS *et al.* 2003). Em um estudo epidemiológico realizado com uma amostra de 72 casos de cistos odontogênicos, Santos *et al.* (2007) observaram a prevalência do cisto nas três primeiras décadas de vida, com predileção pelo sexo masculino, além de acometer mais a região anterior da maxila e posterior da mandíbula numa proporção de 1,5:1.

Clinicamente, os cistos dentígeros apresentam-se assintomáticos não alcançando grandes proporções. A expansão óssea e a assimetria facial ou deformidades do local são características usualmente presentes. Radiograficamente caracteriza-se por demonstrar imagem radiolúcida, bem delimitada por cortical óssea, partindo da porção cervical do dente retido, compreendendo toda sua coroa. O diagnóstico diferencial da lesão é feito com o tumor odontogênico queratocístico (queratocisto odontogênico) e o ameloblastoma unicístico. (ZUKOVSKI, 2006; TAMI-MAURY *et al.* 2000; FREITAS, 2000; NEVILLE *et al.* 1998; LIMA, 2006)

A etiopatogenia da lesão está associada à proliferação de células odontogênicas derivadas do epitélio reduzido do órgão de esmalte, geralmente localizadas aderidas às coroas de dentes retidos na sua porção cervical. (FREITAS, 2000).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RADIOGRÁFICAS

Em um estudo clínico e histopatológico retrospectivo de 10 anos Fernandes *et al.* (2006) reportam que o cisto dentígero ocorre mais comumente entre a segunda e quarta décadas de vida, do gênero masculino e leucodermas.

Apresenta uma incidência maior relacionada aos terceiros molares inferiores, seguido por caninos superiores e terceiros molares superiores, devido possivelmente à maior incidência de dentes impactados na mandíbula do que na maxila. (DALEY e WYSOCKI, 1995)

Segundo Tami-Maury *et al.* (2000) os cistos dentígeros quase não apresentam sintomas, sendo que raramente alcançam grandes proporções. Quando isto ocorre é possível detectar clinicamente uma vez que irá ocorrer expansão óssea e assimetria facial. O autor cita que essas características são devido a excessiva pressão osmótica da lesão, predispondo o indivíduo à ocorrência de fraturas patológicas por erosão da cortical óssea. Porém, o achado se dá na maioria das vezes por meio de radiografias.

Zukovski (2006) relatou um caso de suspeita errônea no diagnóstico decorrido do mau uso de procedimentos de biópsia onde esta poderá confundir o diagnóstico levando a tratamento incorreto. Foi discutido no trabalho que o cisto dentígero é assintomático, mas clinicamente, pode-se provocar expansão da cortical óssea e em alguns casos levar a deformidade do local. O autor ainda cita que as possíveis seqüelas do aumento do cisto dentígero são: a expansão do osso com assimetria facial, deslocamento exagerado dos elementos dentários com conseqüente reabsorção dos dentes adjacentes e a dor.

Ferreira *et al.* (2007) colocam que as características clínicas só se fazem presente quando o cisto apresenta um aumento volumétrico considerável de aspecto assintomático, que segundo ele, é indolor e de crescimento lento e constante.

O cisto dentígero apresenta-se radiograficamente por uma imagem radiolúcida, estando bem limitada por uma cortical óssea, partindo da porção cervical e envolvendo a coroa de um dente retido. Cistos dentígeros apresentam-se inicialmente, como uma radioluscência unilocular pericoronária, em que excede 2,5 mm. (FREITAS, 2000; TAMI-MAURY *et al.* 2000 e FERREIRA *et al.* 2007).

Já Daley e Wysocki (1995) realizaram um estudo avaliando microscopicamente 40.000 biópsias encontrando a incidência de 1662 cistos dentígeros e 824 folículos dentários na amostra. Os autores recomendam que se deve considerar estas imagens radiolúcidas como Cistos Dentígeros quando estas tenham espaço no mínimo de 4 mm entre a coroa do dente e o osso alveolar.

Adams e Walton (1996) relataram um caso de regressão espontânea de um cisto dentígero em que o paciente demorou a se apresentar para uma cirurgia de enucleação. Os autores recomendam o acompanhamento radiográfico repetidas vezes para a eliminação da hipótese de tumor queratocístico odontogênico. Para os autores, o folículo pericoronário que apresenta-se hiperplásico, na fase pré-eruptiva, pode confundir o diagnóstico dos cistos dentígeros. Nesta fase, o folículo pode apresentar-se mais volumoso e com espaço pericoronário maior que 3 mm, e que esse mesmo folículo sofrerá uma redução previamente à sua erupção dentária não demonstrando alteração microscópica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O cisto dentígero, o tumor odontogênico queratocístico e o ameloblastoma unicístico possuem além da origem, aspectos clínicos e radiográficos comuns. Observando-se radiograficamente podemos ver áreas radiolúcidas uniloculares associadas a um dente incluso. Os cistos dentígeros e o tumor odontogênico queratocístico são classificados como cistos de desenvolvimento e o ameloblastoma como tumor benigno. (LIMA *et al.* 2006). Tami-Maury *et al.* (2000) colocam que o ameloblastoma é, à semelhança do cisto dentígero, assintomático e radiograficamente se apresenta como uma imagem radiolúcida uni ou multilocular. Outras lesões também podem confundir o diagnóstico do cisto dentígero, porém em menor escala, tais como o tumor odontogênico adenomatóide, o tumor de Pindborg e o fibroma ameloblástico. (LIMA *et al.* 2005; TAMI-MAURY *et al.*, 2000; SHEAR, 1992; ADAMS e WALTON, 1996; NONAKA *et al.*, 2007)

No estudo de Lima *et al* (2006) estudou a expressão da proteína **p53** que está situada no braço curto do cromossomo 17, sendo um regulador negativo do ciclo celular durante a oncogênese. O gene p53 codifica uma proteína que desempenha um importante papel ao proteger as células da transformação maligna, assim a referida proteína para o ciclo celular quando ocorre algum dano ao DNA, levando-a à apoptose ou reparando o DNA alterado. Em seus estudos avaliaram 15 casos de queratocistos, 10 de cistos dentígeros e 5 de ameloblastomas unicísticos onde observaram que o comportamento clínico dessas lesões, apesar das semelhanças, são distintos entre si. Os tumores odontogênicos queratocísticos e os ameloblastomas são mais agressivos e podem recidivar quando submetidos a tratamento conservador. Os cistos dentígeros são menos agressivos que os tumores odontogênicos queratocísticos e os ameloblastomas, porém tem grande importância por serem mais comuns dos cistos odontogênicos além de que existe a hipótese de esse cisto transformar-se em ameloblastoma devido a possibilidade do gene **p53**, que está situado no braço curto do cromossomo 17, ser um regulador negativo do ciclo celular durante a oncogênese.

Santos *et al.* (2007) ao relatarem em seus estudos retrospectivos a incidência de cistos odontogênicos, colocam que os tumores odontogênicos queratocísticos são lesões agressivas, que tem origem da lâmina dentária ou seus remanescentes, que tem alto índice de recorrência, possivelmente relacionados a resíduos do epitélio cístico e potencial de crescimento após a excisão.

HISTOGÊNESE

O cisto dentífero tem origem por alterações do epitélio reduzido do órgão de esmalte e estão associados a coroas de dentes retidos na sua porção cervical. (SHEAR, 1992; MESZBERG, 2005)

Ferreira *et al.* (2007) consideram que uma inflamação prolongada e persistente em um dente decíduo infectado poderá causar uma irritação crônica do folículo dentário do dente não erupcionado podendo levar a um cisto dentífero.

Retardos de erupção dentária ou impactação dentária poderão acarretar em formação neoplásica ou cística especialmente o dentífero. (FERRAZZO, 2005).

Histologicamente é constituído por uma parede de tecido conjuntivo de 2 a 3 camadas de células epiteliais planas ou cúbicas. Normalmente não apresentam queratina, mas alguns podem ter essa função, que é frequentemente um sinal de transformação para outros mais agressivos, tais como tumores odontogênicos queratocísticos. Outros podem mostrar restos epiteliais na luz cística indicando que há o desenvolvimento de uma neoplasia benigna, porém agressiva, como o ameloblastoma. (DALEY e WYSOCKI, 1995; TAMI-MAURY, 2000)

Fernandes *et al.* (2006) colocam que a cápsula do cisto dentífero é formada com 2 a 4 camadas de células epiteliais cúbicas, tendo a junção epitélio/conjuntivo plana. Geralmente a camada basal mostra-se indistinguível das demais e sem núcleos polarizados. Afirmam ainda que pode haver o epitélio pavimentoso hiperplásico e epitélio reduzido do esmalte revestindo a lesão. No interior da cápsula há a presença de um infiltrado inflamatório do tipo mononuclear, podendo ser seroso ou hemorrágico, e com restos epiteliais, chamados de ilhas ou cordões de restos de epitélio odontogênico.

Barros *et al.* (2003) concordam com as características histopatológicas citadas, relatando ainda possíveis alterações metaplásticas e displásticas do epitélio cístico, originando lesões como queratocistos e carcinomas mucoepidermóides.

TRATAMENTO

Lima *et al.* (2005) colocam que o tamanho da lesão influi na escolha do tratamento, propondo que as de pequeno tamanho são removidas por cirurgia ao passo que as maiores devido à grande perda óssea e adelgaçamento do osso sejam tratadas, frequentemente, através da marsupialização.

O tamanho da lesão é o que vai ditar o tratamento a ser adotado onde as lesões menores podem, sem dificuldades, ser removidas cirurgicamente. As lesões maiores podem ser tratadas com a colocação de um dreno ou com a marsupialização. (FERREIRA, 2007).

A marsupialização é um procedimento nos casos em que existem grandes cistos dentíferos, envolvendo uma grave perda óssea e osso muito fino, sendo utilizado principalmente em crianças, onde pode se orientar o dente impactado a irromper levando-o a uma posição normal. No tocante à enucleação, este procedimento é preferível, sempre que possível, porque pode haver transformação odontogênica ameloblástica carcinomatosa associada com a parede do cisto dentífero, o que torna necessário extirpar o cisto e submetê-lo a exame histopatológico, minimizando as chances de recorrência e de alterações adversas. (TAMI-MAURY *et al.*, 2000). Os autores colocam que o tratamento se dá através da osteotomia, extração do dente impactado e remoção da lesão.

A marsupialização é a forma de tratamento para as grandes lesões, pois promove a diminuição da pressão intracística de forma a permitir o preenchimento ósseo da cavidade evitando dessa forma lesões a estruturas adjacentes à cavidade cística. A enucleação é a forma mais radical de tratamento, sendo usada quando o dente envolvido não traria problema à oclusão

se perdido, a exemplo os terceiros molares e os dentes supranumerários. (MURAKAMI *et al.*, 1995)

Para Santos *et al.* (2006) a marsupialização preserva o dente no seu local e promove sua erupção quando viável. É indicado para tratar pacientes idosos, sob anestesia geral, com comprometimento médico que inviabilize a remoção total do processo patológico. Colocam ainda que apresenta a desvantagem de não tornar possível a análise histopatológica, com a possibilidade de existir uma lesão mais agressiva no tecido residual. A enucleação é indicada quando não há a possibilidade de ocorrência de lesões às estruturas anatômicas adjacentes ao cisto como ápices de dentes com vitalidade, seio maxilar e nervo alveolar inferior.

Allais de Maurette *et al.* (2007), comparou o tratamento de marsupialização e a enucleação cirúrgica em um paciente com cistos bilaterais e observou que após o acompanhamento de 5 anos os dois métodos não apresentaram recidiva. E, colocam que os melhores tratamentos para cistos dentígeros de grandes tamanhos é inicialmente a descompressão com posterior enucleação. A descompressão da lesão é para que haja redução significativa a fim de não comprometer a integridade da mandíbula com possíveis complicações, como a fraturas patológicas decorrentes do enfraquecimento ósseo, além de uma progressiva formação no espaço ocupado pelo cisto.

PROGNÓSTICO

Lima *et al.* (2005) colocam que o prognóstico para este tipo de lesão é bom quando se retira totalmente a cápsula cística, afirmando que deve ser feita a enucleação completa deste tipo de cisto para que não ocorra a possibilidade de transformação em tumor caso seja feita uma excisão parcial. Chamam a atenção para que além do exame histopatológico, deve ser feito o acompanhamento pós-operatório do paciente através de radiografias periódicas por no mínimo dois anos.

Quando se trata de lesões pequenas o prognóstico é favorável já que a eliminação cirúrgica ocorre sem dificuldade e em sua maioria não há recidiva. Quando são grandes, o prognóstico é reservado, pois envolve grande perda óssea e osso muito delgado, havendo o risco de fratura patológica. (TAMI-MAURY *et al.*, 2000).

Lima *et al.* (2005) informam que os cistos dentígeros tem grande potencial de transformação em outras entidades patológicas de origem odontogênica e que devido a isto o exame histopatológico da parede cística se faz de extrema importância para excluir a possibilidade de degeneração do epitélio caracterizando um ameloblastoma ou carcinoma.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 52 anos de idade, procurou a Clínica de Odontologia da Uningá, para a realização de tratamento odontológico. Realizado a anamnese, não foi observado qualquer alteração de ordem sistêmica ou local, que pudesse ser significativa para risco cirúrgico. Foram realizados exames de identificação, de tempo de coagulação, tempo de sangramento, verificação dos sinais vitais, estado de normalidade para anestésias, tendo todos os parâmetros normais para a idade. Foi solicitado, após o exame clínico, a radiografia panorâmica para o planejamento inicial do tratamento. A radiografia apresentou imagem radiolúcida, circunscrita, bem delimitada por cortical óssea, partindo da porção cervical e envolvendo a coroa do dente 23 retido (figura 1). O exame clínico revelou abaulamento na parede vestibular na região anterior da maxila esquerda. Diante do quadro clínico e radiográfico considerou-se a hipótese diagnóstica de cisto dentígero.

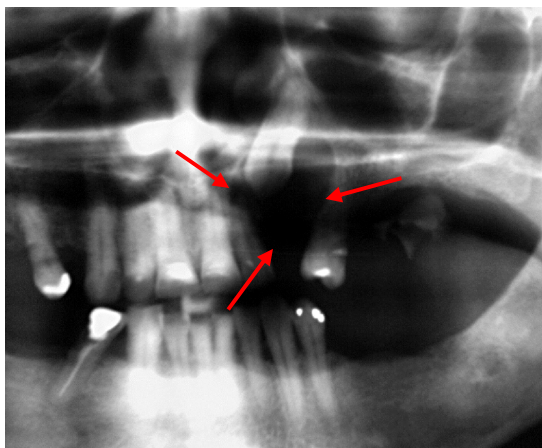


Fig. 1. Radiografia evidenciando a imagem radiolúcida circunscrita envolvendo o canino superior do lado esquerdo (elemento dentário 23)

A medicação pré-cirúrgica foi de 2g do antibiótico amoxicilina 1 hora antes das intervenções com fim de medicação profilática para endocardite bacteriana. Como tratamento foi proposto a exodontia prévia das raízes residuais dos elementos 18 e 26 e da intervenção cirúrgica intra-oral através de incisão intra-sulcular, do incisivo central superior esquerdo até o segundo pré-molar ipsilateral, com descolamento mucoperiosteal. Em seguida a lesão cística e o canino incluído (elemento 23) que encontrava-se associado à lesão foram removidos (figura 2), procedendo-se a limpeza da cavidade, o reposicionamento e a sutura do retalho mucoperiosteal (figura 3).



Fig. 2. Remoção da lesão tecidual e do canino retido.



Fig. 3. Reposicionamento e sutura do retalho mucoperiosteal.

Após a intervenção cirúrgica foi prescrito antibioticoterapia três vezes ao dia, por sete dias, antiinflamatório de 6/6 horas no primeiro dia e de 8/8 horas no segundo e terceiro dias e analgésico de 6/6 horas por 3 dias. Orientado ao paciente quanto aos cuidados pós-operatórios que deveria ter tais como evitar alimentação quente por 2 dias e mastigar na região operada, fazer compressas frias por 36 horas.

O dente incluso e os fragmentos de tecido mole, descritos como tendo formato elíptico, de coloração pardacenta e de consistência firme, após conservação em solução de Formol 10% foram encaminhados para exame anatomopatológico ao Serviço de Anatomopatologia da Uningá.

Após o processamento histológico os cortes microscópicos revelaram cavidade cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso, ora hiperplásico, ora atrófico. Subjacente o tecido conjuntivo apresentava-se disposto de forma capsular com moderado infiltrado inflamatório mononuclear difuso, apresentando ainda área de colesteatoma com hemosiderose (figura 4). O diagnóstico histopatológico foi de Cisto Dentígero.

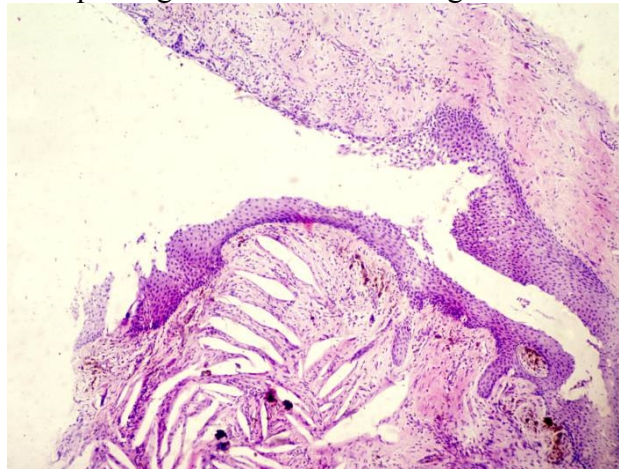


Fig. 4. Corte histológico.

Após 5 meses da cirurgia, foi realizada radiografia panorâmica de controle, a qual evidenciou néo-formação óssea compatível com aspectos de normalidade (figura 5). Ao paciente será feito o controle radiográfico periódico para acompanhamento da evolução do quadro por pelo menos 2 anos.

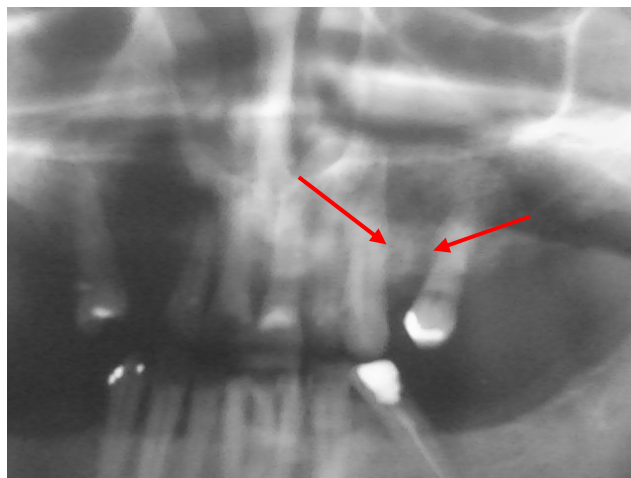


Fig. 5. Radiografia de controle de 5 meses de PO.

DISCUSSÃO

Os achados clínicos apresentados neste caso corroboram com os relatos apresentados na literatura, como a maior ocorrência dos cistos odontogênicos na maxila do que na mandíbula, acometendo mais a região anterior da maxila e posterior da mandíbula, ocorrendo mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino do que em feminino. Eles representam grande importância no contexto das lesões patológicas que acometem o complexo maxilo-facial sendo necessária a sua identificação e tratamento para o paciente, pois a lesão pode evoluir resultando em problemas de ordem funcional e também psicológica para o paciente.

A etiopatogenia da lesão está associada à proliferação de células odontogênicas derivadas do epitélio reduzido do órgão de esmalte, geralmente localizadas aderidas às coroas de dentes retidos na sua porção cervical. Há porém outras teorias que tentam explicar a origem dos cistos dentígeros, tais como a extrafolicular em que sugere a origem de cistos periodontais apicais em dentes decíduos que vão crescendo e englobando o germe do dente permanente. Outra teoria sugere que os cistos dentígeros tem início sua formação com a degeneração do retículo estrelado durante a aposição de esmalte. (TAMI-MAURY *et al.* 2000)

Toda a literatura afirma que os cistos dentígeros apresentam-se clinicamente sem sintomatologia, sendo detectados geralmente através de exames radiográficos de rotina. Geralmente ocorre expansão óssea e assimetria facial ou deformidades do local. Podem apresentar aspectos clínicos radiográficos e origens em comuns ao tumor odontogênico queratocístico e o ameloblastoma unicístico. Os cistos dentígeros e o tumor odontogênico queratocístico são classificados como cistos de desenvolvimento e o ameloblastoma como tumor benigno. (LIMA *et al.* 2006).

Alguns autores citam ainda que outras lesões também podem confundir o diagnóstico do cisto dentígero, porém em menor escala, tais como o tumor odontogênico adenomatóide, o tumor de Pindborg e o fibroma ameloblástico.

Outros autores também enfatizam que o cisto dentígero apresenta-se por uma imagem radiolúcida, estando bem limitada por uma cortical óssea, partindo da porção cervical e envolvendo a coroa de um dente retido. Alguns desses autores informam que a radiolucência inicial do cisto dentígero deve ser de 2,5 mm enquanto outros como Daley e Wysocki (1995) recomendam que se devam considerar estas imagens radiolúcidas como cistos dentígeros quando estas tenham espaço no mínimo de 4 mm. Meszberg (2005) coloca que não se pode estabelecer uma relação que aponte para um diagnóstico conclusivo baseados apenas em imagem radiográfica. Já Adams e Walton (1996) informam que muitas vezes devido ao folículo pericoronário apresentar-se hiperplásico, pode confundir o diagnóstico dos cistos dentígeros. Segundo ele o folículo pode apresentar-se mais volumoso e com espaço pericoronário maior que 3 mm.

Estudos que avaliam a expressão da proteína **p53** em cistos dentígeros revelam que estes são menos agressivos que os tumores odontogênicos queratocísticos e os ameloblastomas, porém existe a hipótese de esse cisto transformar-se em ameloblastoma devido a possibilidade do gene p53 que situado no braço curto do cromossomo 17, ser um regulador negativo do ciclo celular durante a oncogênese. (LIMA *et al.* 2006)

Há várias formas de tratamento que se pode lançar mão tais como a marsupialização, a descompressão ou a enucleação. O que irá ditar o tratamento a ser adotado é o tamanho da lesão, ou seja, as lesões menores podem, sem dificuldades, ser removidas cirurgicamente. As lesões maiores podem ser tratadas com a colocação de um dreno ou com a marsupialização. (FERREIRA, 2007). A marsupialização promove a diminuição da pressão intracística de forma a permitir o preenchimento ósseo da cavidade evitando dessa forma lesões a estruturas adjacentes à

cavidade cística (MURAKAMI *et al.*, 1995), preserva o dente no seu local e promove sua erupção quando viável. É muito indicado para tratar pacientes idosos, ou com comprometimento médico que inviabilize a remoção total do processo patológico (SANTOS *et al.*, 2006)

No caso clínico em questão foi lançado mão da enucleação, pois este procedimento é preferível, pois estudos indicam que pode haver transformação odontogênica ameloblástica carcinomatosa associada com a parede do cisto dentígero, o que torna necessário extirpar o cisto e submetê-lo a exame histopatológico, diminuindo dessa forma a possibilidade de recorrência e de outras alterações. Sendo feito a osteotomia, extração do dente impactado e remoção da lesão (TAMI-MAURY *et al.*, 2000).

O prognóstico para este tipo de lesão é bom quando se retira totalmente a cápsula cística devendo ser feita a enucleação completa deste tipo de cisto para que não ocorra a possibilidade de transformação em tumor, do tipo carcinoma mucoepidermóide caso seja feita uma excisão parcial. (BARROS *et al.*, 2003; LIMA *et al.*, 2005)

CONCLUSÃO

A análise da literatura acerca do cisto dentígero permite afirmar que este é um tipo de cisto odontogênico que acomete a coroa de um dente incluso ou em desenvolvimento. Para se chegar a um diagnóstico conclusivo de cisto dentígero deve se lançar mão da anamnese, exame clínico e radiográfico, além do histopatológico e cirúrgico.

A prevalência da doença ocorre em indivíduos do sexo masculino, leucoderma, e principalmente na região de caninos superiores e de terceiros molares inferiores permanentes.

Várias hipóteses são sugeridas por vários autores acerca da etiologia do cisto dentígero, porém todos colocam que a condição essencial para que este ocorra é a presença de um dente não-erupcionado.

Devido ao folículo pericoronário apresentar-se eventualmente hiperplásico podendo confundir o diagnóstico radiográfico do cisto dentígero, devemos tomar como tomada de corte a radiolusência inicial do cisto dentígero em torno de 4,0 mm.

O tratamento do cisto dentígero será de acordo com o tamanho da lesão, podendo ser pela técnica de enucleação, quando a lesão for pequena. E se a lesão for de um tamanho maior deve-se utilizar a técnica da descompressão com uso de drenos ou a técnica de marsupialização.

É de extrema importância a realização de exame histopatológico para o diagnóstico preciso da lesão, descartando os demais tipos de lesão com características semelhantes, além do controle radiográfico periódico por pelo menos 2 anos.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, A.M. WALTON, A.G. Case report. Spontaneous regression of a radiolucency associated with an ectopic mandibular third molar. **Dentomaxillofac. Radiol.**, vol.25, n.3, p.162-164, 1996.
- ALLAIS DE MAURETTE, M. *et al.*. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por método de dos tipos de tratamientos: relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. **Acta Odontológica Venezolana**, vol.45, n.1, p.109-112, 2007.
- BARROS, V.M.R. *et al.* Descompressão e enucleação de cisto dentígero mandibular. **Revista APCD**, vol.57, n.4, jul./ago 2003.
- DALEY, T.D. WYSOCKI, G.P. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology**, vol.79, n.1, jan. 1995
- FERNANDES, A.M. *et al.* Análise das características clínico-histopatológicas do cisto dentígero: estudo retrospectivo de 10 anos. **Cienc Odontol Brás**, vol.9, n.2, p.56-60, abr./jun 2006
- FERRAZZO, V.A. *et al.* Caninos superiores impactados: revisão de literatura e relato de caso clínico. **Revista Ortodontia SPO**, vol.38, n.3, p.247-254, jul./set 2005.

FERREIRA, C.L.C. *et al.* Cisto Dentífero em paciente odontopediátrico: revisão de literatura e relato de caso clínico. **Revista Naval de Odontologia On Line**, vol.1, n.2, 2007.

FREITAS, L. **Radiologia bucal: técnicas e interpretação**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 2000.

LIMA, G.M. *et al.* Detecção da proteína p53 em cistos odontogênicos e ameloblastoma unicístico. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco Maxilo Facial**, vol.6, n.1, p.47-54, jan./mar 2006.

LIMA, L.H.M.A. *et al.* Cisto dentífero: enucleação total do germe dentário em paciente com sete anos de idade. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, vol.4, n.2, p.94-98, 2005.

MESZBERG, M. **Relação do aumento do espaço pericoronário (halo radiolúcido) com cistos dentífero associado a terceiros molares inferiores**. São Paulo, 2005. 56f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

MURAKAMI, S. *et al.* Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst : case report. **Pediatric Dentistry**, vol.17, n.5, p.372-374, 1995.

NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia Oral & Maxilofacial**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1998.

NONAKA, C.F.W. *et al.* Tumor odontogênico adenomatóide associado a cisto dentífero: relato de um caso incomum. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol.73, n.1, jan./fev, 2007.

SANTOS, J.S. *et al.* Cisto dentífero em pacientes geriátricos: relatos de dois casos clínicos com acompanhamento de 5 anos. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, vol.47, n.3, p.163-167, 2006.

SANTOS, T.S. *et al.* Cistos odontogênicos: estudo epidemiológico de 72 casos. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, vol.36, n.1, p.30-32, jan./mar, 2007.

SHEAR, M. **Cysts of the oral regions**, 3rd ed. Wright : Oxford, 1992.

TAMI-MAURY, I.L. *et al.* Quiste Dentífero: revisão bibliográfica y presentación de un caso. **Acta Odontológica Venezolana**, vol.38, n.2, jun, 2000.

ZUKOVSKI, C.P. **Complicações no diagnóstico de um cisto dentífero: relato de um caso**. Monografia. Maringá: Uningá, 2006.

Enviado em: julho de 2009.

Revisado e Aceito: novembro de 2009.