

CISTO DENTÍGERO: RELATO DE UM CASO

DENTIGEROUS CYST: A CASE REPORT

Emanuel Dias

Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial,
Professor Regente e Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE,
Reitor da Universidade de Pernambuco – UPE.

Ana Cláudia Amorim Gomes

Cirurgiã-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial,
Mestranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela FOP/UPE,
Professora da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

Ronaldo de Carvalho

Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial,
Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela FOP/UPE,
Professor da Disciplina de Semiologia e Diagnóstico Bucal da FOP/UPE.

Daniel Oliveira Gomes

Cirurgião-Dentista,
Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

RESUMO: Os autores fizeram uma revisão da literatura sobre o cisto dentígero, enfocando a sua etiologia, aspectos clínicos e radiográficos, além de possíveis tratamentos para esta lesão. Foi ainda descrito um caso clínico de uma criança de 11 anos de idade, que apresentava uma lesão envolvendo o canino superior esquerdo, tratada pela técnica da enucleação, onde foi constatado cisto dentígero após exame histopatológico.

UNITERMOS: Cisto Dentígero; Cisto Folicular; Cisto Odontogênico; Marsupialização; Enucleação, Folículo Dental.

SUMMARY: The authors did a literature review about the dentigerous cyst, focusing in the etiology, clinical and radiographic appearance, besides the possible treatment of this lesion. They also report a clinical case of a 11 year-old children, who had a lesion involving the left superior canine tooth, treated by a enucleation technique, where the diagnose was dentigerous cyst after a histopatologic exam.

KEYWORDS: Dentigerous Cyst, Follicular Cyst, Odontogenic Cyst, Marsupialization, Enucleation, Dental Follicle.

INTRODUÇÃO

Cisto é uma cavidade patológica que pode ocorrer no interior dos tecidos, revestida por epitélio, usualmente contendo em seu interior material fluido ou semifluido (ARAÚJO & ARAÚJO, 1984). Quando esta cavidade patológica envolve a coroa de um dente não irrompido e está presa em seu colo, denomina-se cisto dentígero. (SHEAR, 1989).

O termo dentígero foi empregado, originalmente por PAGET (1863) para designar cistos que continham dentes no seu interior e que

estavam localizados na maxila e na mandíbula. (KILLEY; KAY, SEWARD, 1979).

Muitas denominações já foram relatadas na literatura para esta patologia: Cisto Folicular (Broca, Magitot, Beretta, Colyer, Partsch, Ehrlic, Cahn, Bernier, Cheraskin, Thoma); Cisto Coronodentário (Bercher), Cisto Dentífero (De Vecchis, Pont, Diulafé, Herpin); Cisto Dentígero (Hayes, Arches, Fisch, Clarck, Shafer); Adamantinoma Líquido Dentificado (Coryelos) e Odontoma Folicular (Bland Sutton). (GRAZIANI, 1987).

Quanto à etiologia, estão associados à alterações do epitélio reduzido do órgão de esmalte, encontrados no esmalte mineralizado. (FREITAS, 1992).

Os cistos dentígeros são freqüentemente diagnosticados por meio de achados radiográficos, por serem na sua grande maioria assintomáticos. São considerados por diversos autores como sendo o segundo tipo mais comum de cistos de origem dentária.

REVISTA DA LITERATURA

PINDBORG; KRAMER (1972) afirmaram que os cistos dentígeros se localizam circunvizinhos aos terceiro molar inferior, canino e terceiro molar superiores e do segundo pré-molar inferior. Radiograficamente, aparecem como uma zona radiolúcida bem definida adjacente à coroa de um dente que não fez sua erupção.

Para **KRUGER (1984)** estes cistos podem interferir com a erupção normal dos dentes, sendo mais comuns em crianças e adultos jovens. Podendo ser tratados por uma simples incisão ou a remoção da porção superior envolvente (ulectomia). Em maiores proporções podem causar deslocamentos de dentes pela pressão do líquido acumulado no interior do cisto.

GIBILISCO (1986) relata que em seus primeiros estágios, este cisto é evidenciado na radiografia pelo aumento do espaço pericoronário, e, em 80% casos, um espaço que alcança 2,5mm de amplitude representa um cisto com uma linha epitelial definida. Comumente começam a se desenvolver logo após completar-se a formação da coroa.

De acordo com **SHAFER (1987)** o cisto dentígero pode ser encontrado envolvendo um odontoma complexo ou um dente supranumerário, tendo uma capacidade de transformar-se em lesão agressiva (ameloblastoma, carcinoma epidermóide, carcinoma mucoepidermóide) A expansão do osso com assimetria facial subsequente, o deslocamento extremo dos dentes, a reabsorção extensa das raízes dos dentes adjacentes e a dor são possíveis seqüelas do aumento contínuo do cisto. No caso de um cisto associado a um canino superior, ocorre freqüentemente uma expansão da região anterior da maxila que, superficialmente, pode parecer uma sinusite aguda ou celulite. Geralmente é caracterizado, radiologicamente, como uma lesão unilocular regular, às vezes, porém, pode ser

multilocular. O tratamento do cisto dentígero usualmente é ditado pelo tamanho da lesão. As lesões menores podem ser removidas cirurgicamente em sua totalidade sem grande dificuldade. Os cistos maiores, que envolvem perda extensa de osso e adelgaçamento ósseo perigoso, são tratados freqüentemente pela inserção de um dreno cirúrgico ou marsupialização. A recidiva é relativamente incomum.

Para **TOMMASI (1989)** são assintomáticos, de crescimento lento, aparecendo principalmente em jovens e, na grande maioria dos casos, relacionado ao terceiro molar inferior, depois ao canino superior e segundos pré-molares inferiores. Podem atingir tamanhos consideráveis, o que acarreta assimetria facial devido à expansão óssea, deslocamento dos dentes vizinhos. Se infectado secundariamente, apresenta sintomatologia compatível. Radiograficamente, aparece como área de tamanho variado, de pendendo do grau de evolução da lesão. Comumente é unilocular, mas, ocasionalmente, multiloculado. Geralmente é lesão isolada, mas existem casos de cistos dentígeros múltiplos. Complicações podem estar associadas como: desenvolvimento em ameloblastoma, carcinoma epidermóide e carcinoma mucoepidermóide. O A técnica cirúrgica para tratamento destas lesões dependerá do tamanho e localização da lesão, bem como da idade e condições gerais do paciente. Para lesões de pequeno porte prefere-se a enucleação com curetagem ou ressecção em bloco. A marsupialização costuma ser reservada para cistos de grandes proporções, nos quais as técnicas anteriores seriam extremamente mutiladoras; após a redução do tamanho da lesão pode-se proceder à sua remoção. Há o risco de recidiva e o paciente deve ser preservado por meio de exames clínicos e radiográficos.

GREGORI (1988) descreve que o cisto dentígero está sempre vinculado à coroa de um dente não irrompido, principalmente de terceiros molares inferiores e caninos superiores. São estruturas radiolúcidas e, com maior freqüência, uniloculares. A terapêutica cirúrgica dos cistos dentígeros pode ser de marsupialização ou de enucleação.

SHEAR (1989) faz descrições dos cistos dentígeros afirmando que os mesmos podem crescer e chegar a um grande tamanho antes de serem diagnosticados. Radiograficamente mostram uma área radiolúcida unilocular, associada à coroas

dos dentes não irrompidos. Apesar da literatura fazer relato de que muitos ameloblastomas originam-se em cistos dentígeros, este autor não vê evidência nestas afirmações.

Para **BHASKAR (1989)** o cisto dentígero é o mais comum de todos os cistos foliculares, compreendendo cerca de 95% dessas lesões e cerca de 34% de todos os cistos odontogênicos. É mais comum entre os homens do que entre as mulheres e quase 60% deles ocorrem na segunda ou terceira década da vida. O terceiro molar inferior e o canino superior são os dentes mais freqüentemente envolvidos. Os dentes associados com a lesão podem estar deslocados de sua posição. Essas lesões são precursoras do ameloblastoma e requerem cuidadosa remoção e seguimento. Em raras ocasiões, o forramento epitelial do cisto dentígero pode sofrer uma transformação maligna, e já forma mostrados carcinomas *in situ* e carcinomas de células escamosas surgidos nessas lesões.

ALVARES; TAVANO (1990) fazem considerações como: quando houver entre a linha óssea que delimita o cisto e a coroa do dente um espaço de 4mm, medidos na radiografia, tratar-se de cisto em 75% dos casos. Os cistos dentígeros, pela sua própria origem, são potencialmente formadores de ameloblastoma e cirurgia com remoção total da cápsula cística e controle pós-operatório até 3 anos após, são mandatórios.

HOWE (1990) relata que os cistos dentígeros representam cerca de 17% do total de cistos dos maxilares e que os mesmos parecem ter maior tendência de produzir reabsorção das raízes dos dentes adjacentes do que outros cistos simples. Em alguns pacientes com menos de 20 anos de idade, é possível marsupializar o cisto e permitir que o dente relacionado com ele irrompa em uma posição normal, mas na maioria dos casos, o cisto deve ser enucleado e o dente relacionado extraído.

FREITAS (1992) acredita que o cisto dentígero é o mais agressivo dos cistos odontogênicos, podendo atingir grandes volumes, com abaulamento das corticais ósseas, necessitando diminuição da pressão interna ou marsupialização, para evitar fraturas na remoção cirúrgica. Relata que atualmente está sem suporte de evidências afirmar que esta lesão é precursora do ameloblastoma.

GRAZIANI (1995) relata que o tratamento para esta categoria de cisto, consiste na enucleação

total da membrana cística e na remoção do dente incluso, porém em casos maiores de lesões à operação de Partsch está indicada.

PETERSON; et al. (1996) defendem que se um dente não irrompido que seja necessário na arcada dentária for envolvido pelo cisto dentígero, a marsupialização pode permitir a continuidade da irrupção para a cavidade oral e se em um paciente não-saudável ou debilitado, a marsupialização é uma alternativa razoável porque é uma manobra simples e pouco estressante para o paciente.



FIG. 1

Exame físico extra-bucal - aspecto pré-operatório

NEVILLE et al (1998) afirma que o cisto dentígero é o tipo de cisto odontogênico mais comum, compreendendo cerca de 20% de todos os cistos epiteliados dos maxilares. Envolvem os terceiros molares inferiores e em segundo lugar os caninos superiores. São encontrados com maior freqüência em pacientes entre 10 e 30 anos de idade. Os cistos dentígeros podem aumentar consideravelmente de tamanho e os cistos grandes podem estar associados à expansão indolor do osso na região afetada. Os cistos dentígeros grandes são incomuns e muitas lesões, consideradas no exame radiográfico, como cistos dentígeros grandes, são realmente ceratocistos odontogênicos ou ameloblastomas. Radiograficamente, apresenta-se como lesão radiotransparente unilocular associada à coroa de um dente incluso. Um cisto dentígero grande poderá dar a impressão de multilocular devido à persistência de trabéculas ósseas na área radiotransparente. Em aproximadamente 50% dos casos, os cistos dentígeros podem causar reabsorção radicular no dente adjacente irrompido. Usualmente, o tratamento, para o cisto dentígero, é a cuidadosa enucleação do cisto, com a remoção

do dente incluso associado, como também podem ser tratados pela marsupialização, dependendo do seu tamanho.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente R.J.A.S., sexo masculino, 11 anos de idade, leucoderma, residente na cidade de Recife-PE, procurou a clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, com genitor, queixando-se de aumento de volume na hemiface esquerda. O paciente foi encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Durante a anamnese o genitor referiu que o garoto apresentava esse aumento de volume há, mais ou menos, 03 meses e que não provocava dor. Ao exame de saúde geral não houve nada digno de nota. Ao exame físico extra-bucal observou-se aumento de volume na região ântero-lateral da maxila esquerda com assimetria facial. (Figura 1) À inspeção e palpação intra-bucal observou-se expansão da cortical óssea vestibular, mucosas normocoradas, crescimento endofítico. (Figura 2) Foram solicitadas radiografias da face, onde a imagem obtida sugeria extenso cisto dentígero envolvendo o canino superior esquerdo com divergência das raízes dentárias. (Figura 3) Foram solicitados os exames laboratoriais pré-operatórios. O diagnóstico trans-operatório foi o de cisto dentígero. Foi realizada a enucleação cística com exérese do dente retido (Figura 4), e, o material foi enviado ao serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, onde teve como diagnóstico histológico - Cisto Dentígero. O paciente encontra-se em período de preservação, clinicamente e radiograficamente (Figuras 5 e 6).



FIG. 2
Exame físico intra-bucal - aspecto pré-operatório



FIG. 3
Exame radiográfico pré-operatório

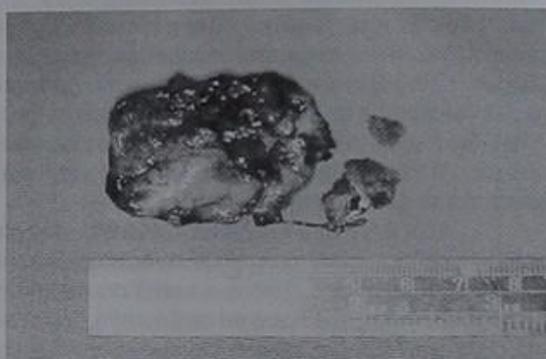


FIG. 4
Peça operatória

CONCLUSÕES

Ao término desta revisão literária chegamos à conclusão que:

- Os cistos dentígeros estão sempre associados à coroa de um dente;
- Acometem principalmente os terceiros molares inferiores e caninos superiores;
- Apresentam crescimento lento e geralmente são assintomáticos;
- Os jovens são os mais afetados;
- Dentes adjacentes à lesão podem ser deslocados, dependendo do tamanho da lesão;
- Radiograficamente apresentam-se, na grande maioria das vezes, como imagem radiolúcida unilocular;
- A terapêutica cirúrgica está relacionada com o tamanho da patologia;
- Apesar de tantas afirmações positivas, ainda é discutível o seu desenvolvimento em outras lesões agressivas.

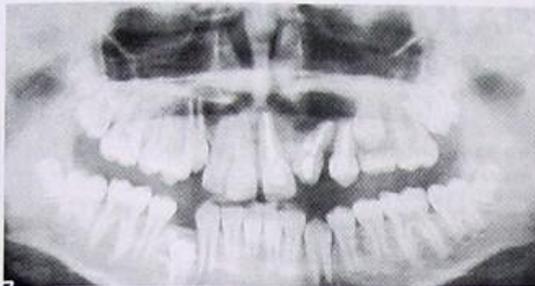


FIG. 5
Exame radiográfico pós-operatório



FIG. 5
Exame radiográfico pós-operatório

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALVARES, C.A.; TAVANO, O. **Curso de radiologia em odontologia**. 2ª ed. São Paulo, Ed. Santos, 1990. p.197-199
- 2 - ARAÚJO, N. S. ; ARAÚJO, V. C. **Patologia bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1984. p.206-207.
- 3 - BHASKAR, S. N. **Patologia bucal**. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989. p.235-238.
- 4 - FREITAS, L. **Radiologia bucal – Técnicas e interpretação**. São Paulo, Pancast, 1992. p.154-155.
- 5 - GIBILISCO, J.A. **Diagnóstico bucal de Stafne**. 5ª ed. São Paulo. Ed. Interamericana, 1986. p.151-154.
- 6 - GRAZIANI, M. **Cirurgia bucomaxilofacial**. 8ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1995. p.299-307.
- 7 - GREGORI, C. **Cirurgia odontológica para o clínico geral**. São Paulo: Sarvier, 1988. p.181-184.
- 8 - HOWE, G. L. **Cirurgia oral menor**. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1993. p.184-200.
- 9 - KILLEY, H.C.; KAY, L.W.; SEWARD, G.R. **Lesiones quísticas benignas de los maxilares – Su diagnostico y tratamiento**. Editorial Mundi – I. C. Y. F., 1979. p.97-105.
- 10 - KRUGER, G. O. **Cirurgia bucal e maxilo-facial**. 5ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1984. p.180-181.
- 11 - NEVILLE, B. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.481-484.
- 12 - PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 13 - PINDBORG, J.J.; KRAMER, I.R.H. **Tipos histológicos de tumores odontogenicos, quistes de los maxilares y lesiones afines**. Ginebra, O.M.S., 1972. p.41-42.
- 14 - SHAFER, W. G. ; LEVY, B. M. ; HINE, M. K. **Tratado de patologia bucal**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.240-245.
- 15 - SHEAR, M. **Cistos da região bucomaxilofacial- Diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. São Paulo, Santos, 1989. p.72-95.
- 16 - TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em patologia bucal**. 2ª ed. São Paulo, Pancast, 1989. p.253-255.