

# Cistos odontogênicos em crianças: análise da descompressão cirúrgica em dois casos

## *The Odontogenic Cyst in Children: Analysis of the Surgical Decompression in 2 Cases*

Recebido em 05/02/2008  
Aprovado em 18/06/2008

Leandro Pozzer<sup>I</sup>  
Miguel Jaimes<sup>II</sup>  
Henrique Duque de Miranda Chaves Netto<sup>III</sup>  
Sergio Olate<sup>III</sup>  
José Ricardo de Albergaria Barbosa<sup>IV</sup>

### RESUMO

Os cistos odontogênicos apresentam-se associados a uma variedade de situações clínicas que devem ser consideradas durante o plano de tratamento. Patologias odontogênicas apresentam baixa incidência em crianças, sendo a relação com elemento dentário permanente um fator decisivo na propedêutica. Cistos dentígeros (CD) associados ao germe permanente e cistos radiculares (CR) são pouco prevalentes. O tratamento de escolha geralmente é o cirúrgico, visando à integridade do elemento permanente. Nestas condições, a marsupialização apresenta-se como uma opção terapêutica. Uma revisão dos aspectos relevantes no tratamento é descrita por meio de dois casos clínicos.

**Descritores:** Cisto Dentígero/cirurgia. Cistos Odontogênicos/terapia. Patologia Bucal.

### ABSTRACT

Odontogenic cysts are generally associated with a variety of clinical situations that should be considered during the planning of treatment. There is a low incidence of these cysts in children, the relationship with the permanent tooth being a major factor in the choice of treatment. Dentigerous cysts associated with permanent teeth and radicular ones have a low prevalence. The choice of treatment is usually surgical, with the aim of achieving integrality of the permanent tooth. A review of the important aspects of the treatment is made and two clinical cases are described.

**Keywords:** Dentigerous Cyst/surgery. Odontogenic Cysts/treatment. Pathology, Oral.

### INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos se originam dos componentes epiteliais do aparato odontogênico ou dos seus remanescentes, que são capturados dentro do osso ou dos tecidos gengivais periféricos, sendo classificados em desenvolvimento (I) ou inflamatórios

(II)<sup>10</sup>. O diagnóstico diferencial é através de análise histopatológica, principalmente pelo fato de as características clínicas e radiográficas serem bastante semelhantes. O diagnóstico diferencial dessas lesões são o ameloblastoma unicístico, tumor odontogênico adenomatoide, cisto odontogênico de calcificação<sup>12</sup>.

<sup>I</sup>Graduando, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

<sup>II</sup>Doutorando, Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

<sup>III</sup>Doutorando, Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Professor, Departamento de Odontologia Integral, Faculdade de Medicina, Universidade de La Frontera, Chile.

<sup>IV</sup>Professor Titular, Departamento de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Os cistos odontogênicos são compostos por cistos dentígeros (14%), queratocistos (27%) e cistos radiculares (59%), principalmente<sup>1</sup>. A distribuição espacial mais frequente dos cistos radiculares é na região anterior da maxila, enquanto os cistos dentígeros apresentam uma incidência superior na mandíbula, e os queratocistos apresentam-se prevalentes em região de ângulo e ramo da mandíbula.

Os cistos de desenvolvimento são normalmente assintomáticos, apresentando grande potencial de crescimento, podendo, em alguns casos, se expandirem através da cortical óssea. Radiograficamente, os cistos dentígero e radicular apresentam um aspecto radiolúcido unilocular circunscrito, com características osteolíticas<sup>11</sup>. A grande diferença radiográfica entre eles é a localização em relação ao dente associado, pois o cisto dentígero fica envolto da coroa anatômica do dente, e o radicular se situa em posição apical em relação ao elemento dentário<sup>9</sup>.

O presente trabalho apresenta considerações sobre o planejamento e a conduta cirúrgica em dois casos de cistos associados ao dente decíduo com deslocamento do dente permanente.

### Caso 1

Paciente sexo masculino, 10 anos de idade, compareceu à Área de Cirurgia encaminhada pelo ortodontista, devido à presença de uma imagem radiolúcida de 1,5 cm de diâmetro observada na radiografia panorâmica após a exodontia do dente 8.5. A extração foi inicialmente indicada por apresentar assimetria na sequência de erupção dentária e alteração na cronologia de erupção dos dentes permanentes (Figura 1). O paciente apresentava-se assintomático. Na radiografia panorâmica, observou-se uma região radiolúcida bem delimitada ao redor da coroa do dente 45 de, aproximadamente, 1,5 cm de diâmetro. O dente encontrava-se deslocado apicalmente, em direção à base da mandíbula.



**Fig. 1. Presença de imagem radiolúcida delimitada, associada ao colo do dente 45, que se apresenta deslocado inferiormente. Oclusão classe I, com alteração na simetria eruptiva do pré-molar inferior. A exodontia do dente decíduo tinha sido realizada há 3 semanas.**

Após avaliação do dente permanente, foi instaurado o tratamento cirúrgico com a marsupialização do cisto e exposição do dente permanente associado, com o objetivo de permitir a sua formação radicular e erupção espontânea do dente, visto que seu ápice permanecia aberto.

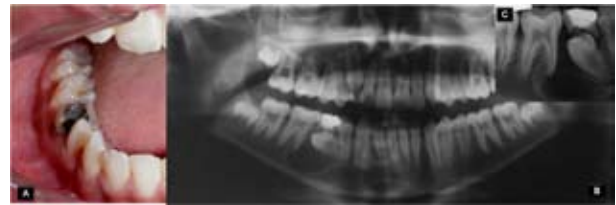
Sob anestesia local (lidocaína 2% 1:100.000) realizou-se uma incisão linear e intra-sulcular, sem relaxante, envolvendo os dentes adjacentes na sua região vestibular. Posteriormente foi identificada uma área de decolamento que permitiu a remoção da cápsula cística na sua região superior e a exposição do dente permanente. No transcirúrgico, o dente apresentou mobilidade aumentada, havendo então suporte ósseo para assegurar sua manutenção. Finalmente foi realizada sutura com fio cat-gut 3-0. A análise histopatológica diagnosticou cisto dentígero. Foram prescritas irrigações diárias com soro fisiológico (0,9%), visando remoção mecânica de resíduos até o momento em que foi possível evidenciar a presença da coroa do dente permanente. Após proervação de 14 meses, foi possível observar a erupção do dente permanente com integridade dos tecidos moles e ósseo, garantindo a manutenção da função dentária (Figura 2). O diagnóstico histopatológico foi cisto dentígero.



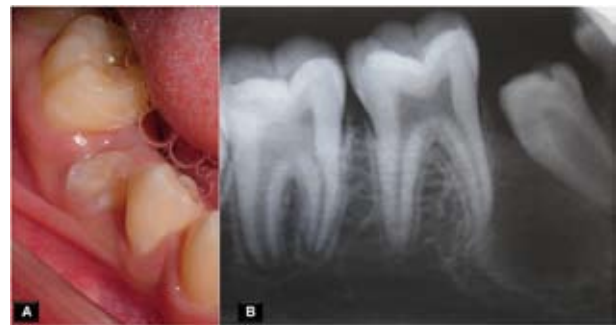
**Fig. 2. Pós-operatório de 14 meses. Observa-se erupção do dente 45 com formação óssea adequada e simetria dentária e tecido gengival com gengiva inserida adequados.**

## Caso 2

Paciente com 10 anos do sexo masculino compareceu à Área de Cirurgia encaminhado por cirurgião-dentista, devido à presença de uma imagem cística em radiografia panorâmica. O paciente apresentava-se assintomático. Ao exame clínico, observou-se dente 8.5 com cárie extensa e restauração inadequada. Não apresentava aumento de volume nem irregularidades ao exame clínico (Figura 3). Na avaliação radiográfica (radiografia panorâmica), observou-se uma imagem radiolúcida bem delimitada, associada à região apical do dente decíduo e à coroa do dente permanente, apresentando deslocamento do pré-molar em direção ífero-mesial. O tratamento cirúrgico consistiu na exodontia do dente decíduo e eliminação da parede superior do cisto. A conduta pós-cirúrgica foi semelhante à descrita no caso nº1. Após dois meses de acompanhamento foi possível observar o trajeto eruptivo de dente permanente com neoformação óssea (Figura 4) assim como a mudança na angulação do dente, o que permitiu a correta erupção dentária. O diagnóstico histopatológico foi cisto radicular, orientado, principalmente, pela imagem radiográfica com as características da lesão e a estrutura dentária envolvida.



**Fig. 3. Imagem clínica e radiográfica apresentando área radiolúcida associada ao dente decíduo, envolvendo região coronária e radicular do dente 45 que se encontra deslocado e com angulação pouco favorável para erupção espontânea. Na radiografia periapical, observa-se uma angulação mais favorável para a erupção do dente.**



**Fig. 4: Imagem clínica e radiográfica pós-operatória de 60 dias, evidenciando erupção e estabilização do tecido gengival. O Tracionamento não foi necessário, pois o dente apresenta movimentação e mudança na angulação, o que favorece a erupção dentária.**

## DISCUSSÃO

Cistos dentígeros são frequentes na cavidade oral, porém sua associação com dentes decíduos é escassa. O diagnóstico deve ser feito em associação com radiografia panorâmica e periapical (avaliação da extensão e relações anatômicas da lesão), punção aspirativa e biópsia incisiva ou excisional para análise histopatológica<sup>3</sup>.

Algumas pesquisas apontam que a formação de cistos dentígeros associa-se com a acumulação de fluido entre o epitélio reduzido do esmalte ou entre as capas do órgão do esmalte. Esta acumulação pode resultar da pressão exercida pelo potencial de erupção do dente no fóliculo, o que poderia obstruir a drenagem venosa e induzir à transudação de líquido através dos capilares da parede<sup>1</sup>. No entanto, outras situações podem ser associadas na formação do cisto, como uma resposta inflamatória associada à pato-

logia apical do dente decíduo<sup>2</sup>. Na mesma pesquisa, Benn e Altini (1996)<sup>1</sup> estabeleceram relação entre o desenvolvimento do dente decíduo cariado, posições mais ou menos deslocadas do dente permanente e a formação de cistos na primeira dentição. Com isso, a inflamação periapical do decíduo não vital poderia afetar o folículo que recobre o permanente.

Associações entre o cisto dentígero em dentição decídua e o dente permanente na literatura são raras. Martínez-Perez (2001)<sup>8</sup> apresentou 3 casos em região de pré-molar mandibular e um caso em região de canino maxilar, sendo todos tratados por meio da descompressão. Kozelj (1999)<sup>7</sup> apresentou quatro casos de cisto dentígero com deslocamento de dente permanente em região de pré-molar mandibular, tratados com descompressão erupção do permanente. Delbem (2006)<sup>4</sup> apresentou 2 casos, sendo um tratado com enucleação e outro, com descompressão. Esses autores concluíram que a marsupialização como conduta cirúrgica foi adequada nos casos avaliados.

Em crianças, o tratamento dos cistos pode ser feito por remoção cirúrgica total ou marsupialização<sup>12</sup>. Nesses casos, a opção de manter o dente permanente oferece a oportunidade de erupção deste enquanto não apresenta formação radicular completa. Por outra parte, quando a opção é a excisão total, o defeito ósseo deixado pelo cisto pode ser completamente recuperado em um prazo de dois anos<sup>1</sup>.

Sendo assim, o tratamento de escolha poderia ser definido em função do tamanho da lesão<sup>8</sup>. Em lesões maiores, a extração do decíduo e a descompressão do cisto podem ser realizadas; no entanto, principalmente a escolha deve se orientar na tentativa de permitir a erupção do dente permanente. Sendo este o objetivo, a escolha pela descompressão cística deve ser considerada.

Para o sucesso da erupção do dente, deve se avaliar a formação radicular e a posição do dente. Quando a raiz tem menos que 50%, em posição vertical e não angulada em relação ao eixo vertical

do dente adjacente, existe uma situação favorável que permitiria a erupção espontânea. Em 75% dos casos, bons indicativos da erupção ocorreram no 109º dia. Desse modo, torna-se importante reconhecer o 100º dia pois este apresenta uma relação com a necessidade de se realizar ou não tracionamento do dente permanente<sup>5</sup>.

Face os resultados dos casos apresentados, a marsupialização de cisto dentígero associada à dentição mista é uma opção que pode ajudar a erupção do dente permanente sem gerar complicações.

## REFERÊNCIAS

1. Benn A, Altini M. Dentigerous cysts of inflammatory origin. A clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1996;81:203-9.
2. Bando Y, Nagayama M. Odontogenic cysts induction by periapical infection in rats. *J Oral Pathol Med.* 1993;22:323-6.
3. Boyczuk MP, Berger JR. Identifying a deciduous dentigerous Cyst. *JADA.* 1995;126:643-4.
4. Delbem AC, Cunha RF, Afonso RL, Bianco KG, Idem AP. Dentigerous cysts in primary dentition: report of 2 cases. *Pediatr Dent.* 2006;28:269-72.
5. Hyomoto M, Kawakami M, Inoue M, Kirita T. Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. *AJO – DO.* 2003;124:515-20.
6. Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci.* 2004; 46:253–7.
7. Kozelj V, Sotosek B. Inflammatory dentigerous cysts of children treated by tooth extraction and decompression — report of four cases. *Br Dent J.* 1999; 187:587-90.

8. Martínez-Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: a report of 4 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:331-4.
9. Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2002;7:89-96.
10. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:E85-91.
11. Shibata Y, Asaumi J, Yanagi Y, et al. Radiographic examination of dentigerous cysts in the transitional dentition. *Dentomaxillofac Radiol.* 2004;33:17-20.
12. Shand J, Heggie A. Cysts of the jaws and advances in the diagnosis and management of nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am.* 2005;17:403-14.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Prof. Dr. Jose Ricardo de Albergaria Barbosa  
Av Limeira, 901 - Caixa Postal 52  
Piracicaba/SP – Brasil  
CEP 13414-903  
E-mail: solate@fop.unicamp.br  
barbosa@fop.unicamp.br

