

# Cisto dentífero em criança – um caso peculiar tratado por descompressão

*Dentigerous cyst in a child: a peculiar case treated by decompression*

Marconi Eduardo Sousa Maciel Santos<sup>I</sup> | Anna Rebeca de Barros Lins Silva<sup>II</sup> | Pettely Thaise de Souza Santos  
Palmeira<sup>III</sup> | Vinícius de Farias Pereira<sup>III</sup> | Danielle Lago Bruno de Faria<sup>III</sup>

## RESUMO

O cisto dentífero é o segundo tipo de cisto odontogênico mais frequente, desenvolvendo-se a partir de uma alteração do epitélio reduzido do órgão do esmalte, onde ocorre acúmulo de líquido entre esse epitélio e o esmalte. Normalmente está relacionado à coroa de um dente não irrompido, unindo-se a ele na junção amelocementária. Desenvolvem-se assintomáticos, sendo geralmente descobertos em exames radiográficos de rotina ou ausência de erupção, apresentando-se radiograficamente como uma área radiolúcida bem circunscrita, porém podem chegar a grandes proporções, causando assimetria facial e dor. Existem várias formas de tratamento, sendo seu prognóstico bastante favorável. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em que foi utilizada a técnica da descompressão para tratamento de cisto de grandes proporções, envolvendo a maxila de uma criança de 10 anos de idade, que se apresentava inicialmente com grande assimetria facial na hemiface esquerda. O caso foi acompanhado clínico-radiograficamente por 9 meses, e, ao final da descompressão cística, houve a diminuição considerável do tamanho da lesão, reorientação do eixo de erupção dos dentes permanentes, sem a necessidade de remoção destes. A técnica da descompressão mostrou-se eficiente para o caso apresentado, tornando-se uma opção viável para tratamento de lesões císticas de grandes proporções envolvendo pacientes jovens.

**Descritores:** Cisto Dentífero; Descompressão; Dente Impactado.

## ABSTRACT

The dentigerous cyst is the second most frequent odontogenic cyst, the development of which starts from an alteration in the reduced epithelium of the enamel organ, where a liquid accumulation occurs between the epithelium and the organ. Normally it is related to the crown of an unerupted tooth, adhering to it at the cemento-enamel junction. It is generally asymptomatic and is usually discovered in routine radiographic examinations or in the absence of eruption. Its radiographic aspect is a well-circumscribed radiolucent area, but it may assume large proportions, causing facial asymmetry and pain. There are several forms of treatment, and its prognosis is quite favorable. The aim of the present article is to report a clinical case in which the decompression technique was used in the treatment of a major cyst in a 10-year-old child, who initially presented a large facial asymmetry on the left side of her face and a cystic lesion extending from

I. Professor Doutor em CTBMF da Faculdade ASCES – Caruaru /PE, Preceptor do Bloco Cirúrgico da Clínica de Estomatologia.  
II. Graduandos em Odontologia pela Faculdade ASCES – Caruaru/PE.  
III. Professora da Faculdade ASCES – Caruaru/ PE e Diretora Científica da Doc Face.

the left side of the jaw to the orbital floor, with displacement of a number of permanent teeth.. The case was followed clinically and radiographically for 9 months and at the end of the cystic decompression there was a considerable decrease in the size of the lesion and a reorientation of the eruption axis of the permanent teeth with no need for their removal.

**Descriptors:** Dentigerous Cyst; Decompression; Impacted Tooth.

## INTRODUÇÃO

Cisto dentífero é o segundo tipo mais comum de cisto odontogênico, sendo o mais encontrado entre os cistos odontogênicos de desenvolvimento, compreendendo cerca de 20% de todos os cistos encontrados nos maxilares<sup>1,2,3,4</sup>. Sua origem está relacionada com acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa do dente<sup>5,6</sup>, sendo associado à coroa de um dente não irrompido, unindo-se a ele geralmente na junção amelocementária<sup>4</sup>.

As localizações mais comuns desse tipo de cisto são as áreas de terceiros molares inferiores e caninos superiores, pois são os dentes mais comumente encontrados inclusos, embora também sejam encontrados com certa frequência, na região de terceiros molares superiores e segundos pré-molares inferiores<sup>1,5,7</sup>.

Os cistos dentíferos pequenos são geralmente diagnosticados em exames radiográficos de rotina, quando se deseja investigar a causa da não erupção de um dente permanente. Nesses casos, geralmente são assintomáticos, podendo atingir grandes dimensões quando a pressão no interior do cisto não é removida, possibilitando a ocorrência da sintomatologia dolorosa, assimetria facial e deslocamento de dentes<sup>1,2,4,7</sup>. Dentes superiores anteriores podem ser deslocados, por meio do seio maxilar, para o assoalho da órbita<sup>1</sup>.

Radiograficamente, apresentam-se como uma área radiolúcida, bem circunscrita, unilocular, de tamanho variado, com margens bem definidas e muitas vezes escleróticas, associados à coroa de um dente não irrompido, muitas vezes, unindo-se a ele na junção amelocementária<sup>6,7</sup>. Essa imagem radiográfica não é patognomônica da lesão, devendo-se

realizar o diagnóstico diferencial, principalmente com ceratocístico odontogênico, ameloblastoma unicístico e, até mesmo, com um folículo pericoronário dilatado, sendo o diagnóstico final, muitas vezes, apenas obtido através de biópsia e exame anatomopatológico<sup>1,4,6</sup>.

O tipo de tratamento para os cistos dentíferos deve ser selecionado de acordo com o tamanho da lesão. Lesões pequenas sem grandes envoltórios anatômicos podem ser removidas por meio da técnica da enucleação, sendo essa a técnica mais comumente utilizada pelos Cirurgiões-Dentistas<sup>1,2,4,5</sup>. Em casos de cistos dentíferos de grandes proporções, em que a técnica da enucleação é contraindicada devido aos riscos de hemorragia, fratura, comunicação com outras cavidades, proximidade com dentes e estruturas anatômicas nobres, as técnicas da marsupialização e decompressão devem ser utilizadas com o intuito de diminuir a pressão no interior da cavidade cística, reduzindo, assim, o seu tamanho<sup>3,4,8</sup>. A técnica da decompressão consiste na instalação de dispositivo cilíndrico ou dreno cirúrgico rígido e estéril adjacente à lesão, prevenindo a oclusão da mucosa, para que sejam realizadas irrigações intralesionais, a fim de diminuir sua pressão interna, evitar o crescimento da lesão e estimular sua neoformação óssea<sup>8</sup>.

O espécime removido deve ser encaminhado para exame anatomopatológico para conclusão diagnóstica, sendo o prognóstico, na maioria dos cistos dentíferos, muito bom, com nível baixo nível de recidiva após a remoção completa da lesão<sup>1,5</sup>. A seguir, será relatado um caso de cisto dentífero de grandes proporções em criança, tratado pela técnica da decompressão.

## RELATO DE CASO

Paciente GSS, sexo masculino, 10 anos de idade compareceu ao Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de Estomatologia da Faculdade ASCES em Caruaru/ PE, juntamente com seu responsável legal, queixando-se de aumento de volume na face e dor ao se alimentar. Segundo relato, esse aumento de volume estava evoluindo lenta e progressivamente há mais de seis meses, sem uma causa aparente definida. Ao exame físico extrabucal, observou-se inicialmente que o aumento de volume acometia a hemiface esquerda em seu terço médio, com consequente assimetria facial. No exame, percebeu-se que o paciente apresentava-se em fase de dentição mista, com retenção prolongada dos elementos decíduos 61 e 62 juntamente com ausência do elemento 22. O aumento de volume intrabucal também se tornava evidente no vestíbulo bucal do lado correspondente (Figura 1).

Os exames de imagens incluíram a radiografia panorâmica digital e a tomografia volumétrica de feixe cônico que demonstraram uma lesão radiolúcida delimitada por um halo radiopaco envolvendo o corpo da maxila do lado esquerdo, estendendo-se desde o processo alveolar até o assoalho orbital. Associada a essa imagem, havia a presença dos elementos permanentes 22, 23 e 24, deslocados pela pressão volumétrica exercida pela lesão, sendo o elemento 22 deslocado e girovertido na região anterior da maxila, o elemento 23 rechaçado para o assoalho orbital e o elemento 24 deslocado lateralmente (Figura 2).

Inicialmente, as hipóteses diagnósticas baseadas nos exames clínico e imaginológico foram de cisto odontogênico de desenvolvimento do tipo dentífero em sua variante radiográfica circular. Por se tratar de uma lesão de comportamento biológico menos agressivo, com tamanho e limites amplos e próximo às estruturas nobres, comentando uma criança, optou-se pela terapia cirúrgica conservadora de tratamento de cistos: descompressão cística com finalidade de enucleação posterior.



Figura 1 – Aspecto clínico inicial em vistas intrabucal e extrabucal em normas frontal, lateral e submental, evidenciando o aumento de volume na hemiface esquerda causando assimetria facial.

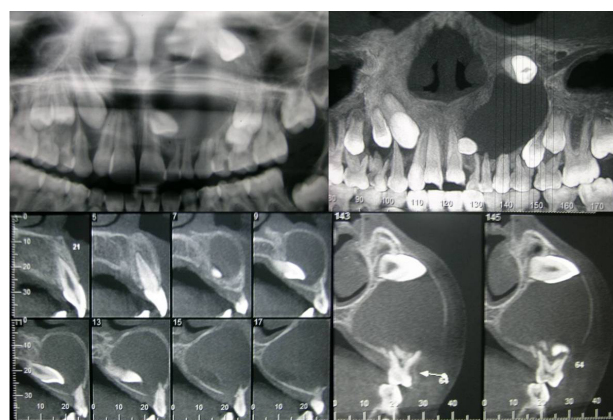


Figura 2 – Exames de imagens (radiografia panorâmica digital e tomografia volumétrica de feixe cônico), demonstrando a cavidade cística, envolvendo o corpo da maxila do lado esquerdo, com expansão cortical e deslocamentos dentários importantes.

Após todos os cuidados de assepsia e antissepsia, o paciente submeteu ao procedimento em nível ambulatorial, sob anestesia local por bloqueios regionais dos nervos infraorbitários, alveolar superior posterior, nasopalatino e palatino maior. O procedimento teve seu início com uma punção aspirativa que confirmou o conteúdo líquido intralesional com coloração amarelo citrino e presença de cristais de colesterol. Após a confirmação de lesão cística, uma abordagem por meio de incisão e confecção de retalho mucoperiosteal do tipo Neumann modificado, foi realizada com fins de acessar a cápsula cística e promover a biópsia incisional. Um fragmento da cápsula foi retirado no mesmo local onde se adaptaria o futuro dispositivo de decompressão adaptado a partir de uma capa estéril de agulha. Dessa forma, uma incisão linear na mucosa vestibular, na altura acima do elemento 63 foi realizada para adaptação do dispositivo de decompressão de paredes duras que foi fixado com finalidade de comunicar o interior da lesão ao meio bucal. A sutura (nylon 3,0) foi realizada inicialmente, fixando o dispositivo às margens da mucosa a fim de promover estabilidade durante as irrigações e o tempo de permanência dele, e finalmente os demais pontos de sutura foram realizados de forma simples com fio de seda 4,0 e reabsorvível sintético (vicryl 4,0) com fins de oclusão da ferida cirúrgica (Figura 3).

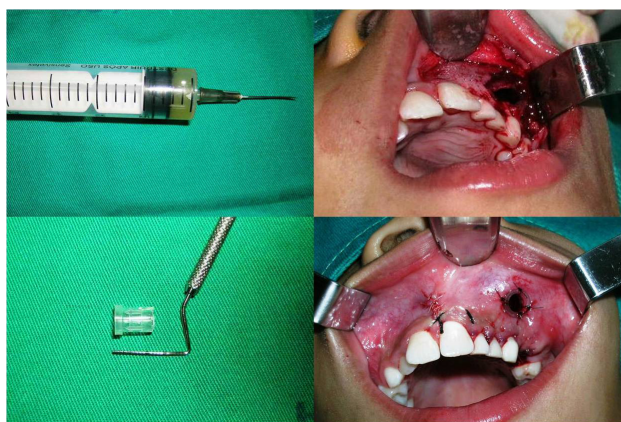


Figura 3 – Procedimento cirúrgico. Realização de uma punção aspirativa prévia com evidenciação de conteúdo cístico para posterior acesso cirúrgico, visando biópsia e instalação de dispositivo de decompressão previamente planejado.

O paciente foi medicado com analgésico, anti-inflamatório e antibiótico em seu regime padrão a fim de controlar a dor, o edema e a infecção pós-operatória. Demais orientações de higiene, dieta, possíveis complicações e retornos programados foram ministrados aos responsáveis. As orientações de decompressão foram dadas aos responsáveis no sentido de que havia a necessidade de irrigações diárias por meio do dispositivo instalado. Solicitou-se que fossem realizadas, pelo menos, três sessões de irrigações intralesionais com aproximadamente 20ml de soro fisiológico 0,9% sob pressão e que a higiene e a limpeza oral estivessem sendo sempre monitoradas. A peça cirúrgica proveniente da biópsia incisional foi enviada ao CEAPO (Centro Especializado em Anatomia Patológica Oral) da Faculdade ASCES, onde após exame anatomopatológico, se obteve o diagnóstico histológico de cisto dentífero (Figura 4)

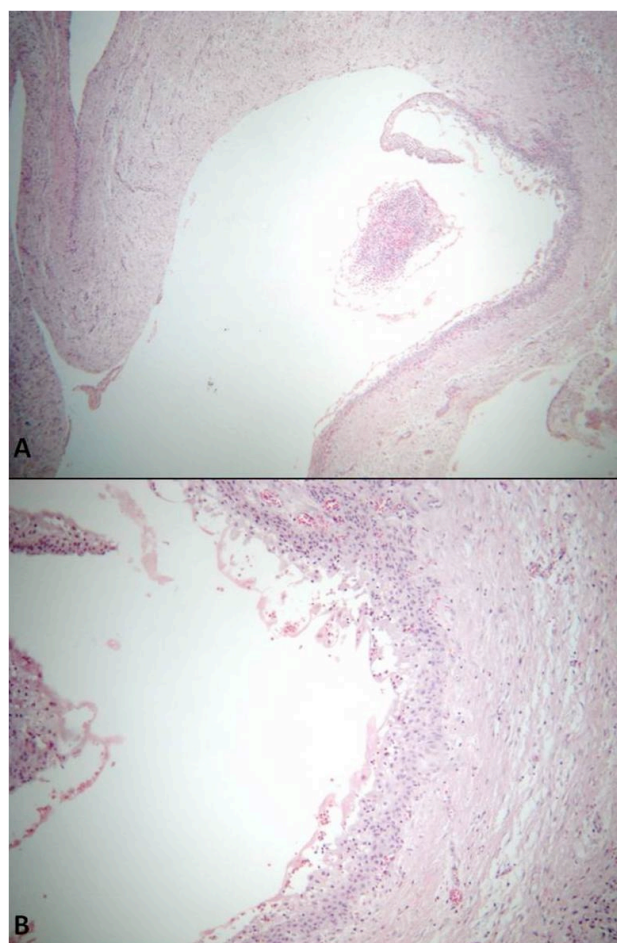


Figura 4 – A- Cavidade cística (Aumento de 40x). B- Cavidade cística circundada por epitélio pavimentoso estratificado e cápsula, mostrando leve infiltrado inflamatório de células redondas (Aumento de 100x).

O controle pós-operatório de sete dias já demonstrava uma discreta diminuição do aumento de volume e assimetria facial, mas o regime de irrigações perdurou por mais 3 meses, com visitas quinzenais e controles radiográficos. Após aproximadamente 3,5 meses, o paciente começou a desenvolver uma lesão reacional traumática ao redor das bordas do dispositivo de descompressão instalado, semelhante a uma lesão proliferativa do tipo granuloma ou hiperplasia. Optou-se por uma biópsia excisional desse tecido reacional e manutenção do dispositivo de descompressão por mais 3 meses, seguindo o mesmo protocolo. Ao final de 6 meses de acompanhamento, o paciente apresentava melhoras consideráveis na evolução do quadro com diminuição quase completa do volume cístico e reorientação dos eixos de erupção dos elementos 22 e 23. Nesse momento, foi realizada a remoção do dispositivo de descompressão juntamente com uma nova biópsia excisional em tecido reacional inflamatório novamente desenvolvido no local da adaptação do dispositivo. O caso foi acompanhado por mais 3 meses e, justamente ao final de 9 meses, foi considerado satisfatório com regressão quase total do volume cístico (Figura 5).

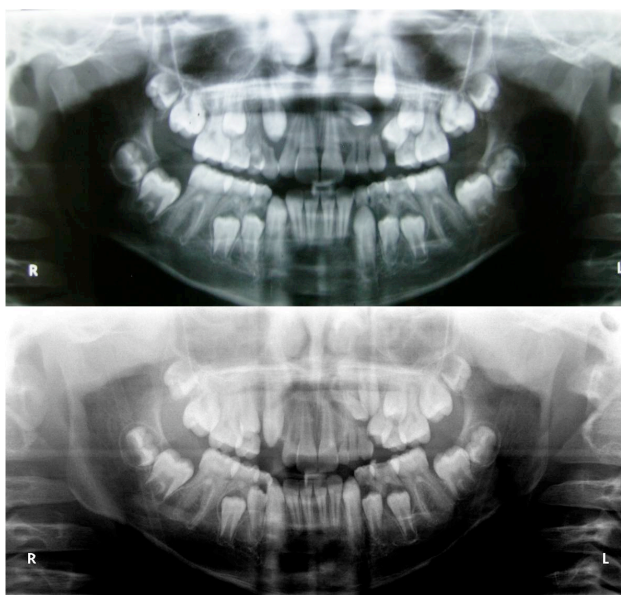


Figura 5 – Evolução radiográfica do caso comparando as imagens de 3 meses com 9 meses de acompanhamento. Diminuição significativa do volume cístico e reorientação dos eixos de erupção dos elementos deslocados.

A partir desse momento, teve seu acompanhamento exclusivamente na ortodontia e odontopediatria em que ele já vinha sendo acompanhado desde o início para guiar sua erupção, alinhamento de sua oclusão e controle de placas e tratamentos restauradores.

## DISCUSSÃO

Patologias odontogênicas apresentam baixa incidência em crianças, porém o cisto dentígero vem se tornando uma lesão de importante significado clínico na odontopediatria, pois acomete um número significativo de pacientes infantis<sup>9,10</sup>. Sua ocorrência é mais frequente em pacientes jovens entre a segunda e a terceira década de vida<sup>2,3</sup> pelo fato de que estão sempre associados a dentes não-irrompidos<sup>11</sup>. Ocorrências na primeira década de vida não são comuns, mas alguns casos têm sido relatados na literatura<sup>7,9,10</sup>. Takagi & Koyama<sup>12</sup> relatam que a porcentagem de pacientes portadores desse cisto com idade entre 6 e 7 anos é de apenas 9%.

A localização mais frequente do cisto dentígero são as áreas de terceiros molares inferiores e na maxila, a área de canino, por serem dentes comumente encontrados inclusos<sup>1,5,7</sup>. No caso relatado, o cisto dentígero estava associado ao elemento 23, corroborando a localização maxilar mais frequentemente citada na literatura.

Histologicamente é composto por uma parede de tecido conjuntivo, composta por um tecido fibroso frouxo, com a luz revestida por uma camada fina de epitélio pavimentoso estratificado. Em um cisto dentígero inflamado, a cápsula fibrosa é mais colagenizada, e o infiltrado crônico de células inflamatórias é variável<sup>1,3,5</sup>.

A maioria dos cistos dentígeros é diagnosticada em exames radiográficos de rotina ou quando se investiga o motivo da não-erupção de dentes permanentes. Nesses casos, são assintomáticos e de pequenas dimensões. Cistos de grandes proporções

podem causar assimetria facial, causando expansão das corticais ósseas, sintomatologia dolorosa devido à compressão de estruturas nobres ou infecção secundária e ao deslocamento de dentes<sup>1,2,4,7</sup>. No caso clínico relatado, o paciente apresentava aumento de volume considerável em hemiface esquerda, causando assimetria facial e dor, e como relatado por Neville et al.<sup>1</sup>, em casos de dentes anteriores superiores, o elemento 23 foi deslocado, por meio do seio maxilar, para o assoalho da órbita.

O tratamento de escolha para os cistos dentígeros deve ser definido pelo tamanho da lesão e pela idade do paciente. Lesões pequenas podem ser facilmente removidas cirurgicamente pela técnica da enucleação, preservando, quando possível, o dente afetado<sup>1,2,4,5</sup>. Nos casos em que há expansão de corticais, o deslocamento mucoperiosteal necessário para o tratamento por enucleação pode ser contraindicado, pois a cortical adelgada dificilmente se manterá íntegra após o rebatimento do retalho<sup>13</sup>, além dos riscos de hemorragia, fratura, comunicação com outras cavidades, proximidade com dentes e lesão de estruturas anatômicas nobres<sup>3,4,8</sup>. Nesses casos, a técnica da descompressão está indicada. Em crianças, a opção de manter o dente permanente oferece a oportunidade da erupção deste. Sendo esse o objetivo, a escolha pela técnica da descompressão cística deve ser sempre considerada<sup>9</sup>. Além disso, a técnica da descompressão é um procedimento cirúrgico pouco invasivo e minimamente mutilador, sendo indicada em pacientes pediátricos, levando em consideração a necessidade de uma rigorosa preservação<sup>8,10</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cisto dentígero é uma lesão de fácil diagnóstico e tratamento, sendo que a técnica cirúrgica realizada deve levar em consideração o tamanho da lesão e a idade do paciente. A técnica da descompressão cística para tratamento de cistos de

grandes proporções em paciente pediátrico se mostrou eficaz, pelo fato de ser um tratamento conservador, que evita mutilações ao paciente e com um nível considerável de sucesso clínico, quando bem planejada e executada. A cooperação do paciente ou seus responsáveis associada a uma rotina de preservação rigorosa também são importantes a fim de aumentar os índices de sucessos da terapêutica e evitar complicações.

## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Cistos e tumores odontogênicos. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 566-569.
2. Ustuner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003; 95:632-635.
3. Sette-Dias AC, Abdo EN, Mesquita RA, Dutra CEA, Noman-Ferreira LC. Cisto dentígero seqüencial: relato de caso. Robrac. 2008; 17(44):133-137.
4. Vaz LGM, Rodrigues MTV, Ferreira Júnior O. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. RGO. 2010 jan/mar; 58: 127-130.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Cistos e tumores de origem odontogênica. In: Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 240-245.
6. Santos JS, Melo MFB, Lima JLO. Cisto dentígero em pacientes geriátricos: relato de dois casos clínicos com acompanhamento de 5 anos. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2006; 47: 163-167.

7. Dias E, Gomes ACA, Carvalho R, Gomes DO. Cisto dentígero: relato de um caso. Rev de Cir Buco-Maxilo-Facial. 2001 jan/jun; 1: 25-29.
8. Laureano Filho JR, Camargo IB. O uso de descompressão no tratamento de ameloblastoma cístico – relato de caso. Rev de Cir e Traumatol Buco-Maxilo-Facial. 2003 abr/jun;3(2):9-15.
9. Pozzer L, Jaimes M, Netto HDMC, Olate S, Barbosa JRA. Cistos odontogênicos em crianças: análise da descompressão cirúrgica em dois casos. Rev de Cir e Traumatol Buco-Maxilo-Facial. 2009 abr/jun, 9(2): 17-22.
10. Barrozo DS, Hanemann JAC, Araújo OMB, Pereira MC. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2002 set/out, 5(27): 364-369.
11. Parizotto VA, Parizotto SPCOL, Silva ALL. Opção de tratamento para cisto dentígero em crianças. BCI.2001 abr/jun, 8(30) 121-125.
12. Takagi S, Koyama S. Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. J Oral Maxillofac Surg. 1998 Feb, 56(2): 237-239.
13. Motamedi MHK, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. Br Dental J. 2005, 198(4): 203-206.

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Marconi Eduardo Sousa Maciel Santos  
Faculdade ASCES  
Av. Portugal, 584-Bairro Universitário-Caruaru-PE  
CEP: 55016-901  
Fone: (81) 2103-2000  
marconimaciel@hotmail.com

