



- 1 - Cisto Dentífero em Mandíbula
- 2 - Diagnóstico e Tratamento da Dimensão Vertical de Oclusão Diminuída
- 3 - Barra Distal em Mandíbulas Edêntulas com Carga Imediata
- 4 - Lesões de Bifurcação em Molares Inferiores Induzidas Endodonticamente
- 5 - Sinusite Odontogênica
- 6 - Fechamento de Comunicações Buco-Sinusais
- 7 - Utilização de Laser Terapêutico em Exodontia de 3^{os} Molares Inferiores

Dentigerous Cyst in Mandible

Cisto Dentífero em Mandíbula

Associado a Coroa de Dois Dentes Permanentes

INTRODUÇÃO

O cisto dentífero ou Folicular é o segundo tipo mais comum de cisto odontogênico (CHAPELLE et al., 2004; SAMPAIO E PRADO, 2004; USTUNER et al., 2003; TSUKAMOTO et al., 2000; DALEY e WYSOCKI, 1995; REGEZI e SCIUBBA, 2000). A histiogênese exata de formação e expansão desta patologia permanece incerta (JONES et al., 2003), embora tenha sido sugerido que ele se origina pelo acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa subjacente (SHAFER, HINE E LEVY, 1987; REGEZI e SCIUBBA, 2000). Alternativamente, a inflamação originada da necrose em dentes decíduos poderia envolver o folículo do sucessor permanente, constituindo-se também em um fator causal (JONES et al., 2003). Recentemente, a literatura tem apontado para dois tipos de cistos dentíferos: um de desenvolvimento e o outro inflamatório por natureza (BENN e ALTINI, 1996; JONES et al., 2003).

Clinicamente, os cistos dentíferos são, usualmente, assintomáticos (SAMPALIO E PRADO, 2004) com crescimento lento e caracterizados pelo envolvimento da coroa e erupção retardada da unidade dental (SHAFER, HINE E LEVY, 1987; REGEZI e SCIUBBA, 2000). Além disso, possuem potencial para se tornar extremamente grandes e promover a expansão da cortical óssea (DALEY e WYSOCKI, 1995). Os achados radiográficos envolvem uma lesão radiolúcida, bem circunscrita, uni ou multilocular solitária, circundada por uma borda fina e radiopaca com uma periferia regular e loculada (USTUNER et al., 2003; TSUKAMOTO, 2000; DALEY e WYSOCKI, 1995). Do ponto-de-vista histológico, o cisto dentífero consiste de uma parede fibrosa que pode conter quantidades variáveis de tecido mixóide e restos odontogênicos. Ele é circundado por um epitélio estratificado escamoso não-ceratinizado, que pode exibir ocasionalmente células mucosas, ciliadas e, raramente, células sebáceas (DALEY e WYSOCKI, 1995).

- Aurelício Novaes Silva Júnior

Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Canoas/RS).

- Eduardo Weingaertner

Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Canoas/RS).

- Rogério Coelho Aguiar

Aluno do Mestrado em Cirurgia Bucocomaxilofacial na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Canoas/RS).

CONTATO C/AUTOR:

E-mail: novaes.junior@uol.com.br

DATA DE RECEBIMENTO:

Fevereiro/2005

DATA DE APROVAÇÃO:

Maior/2005

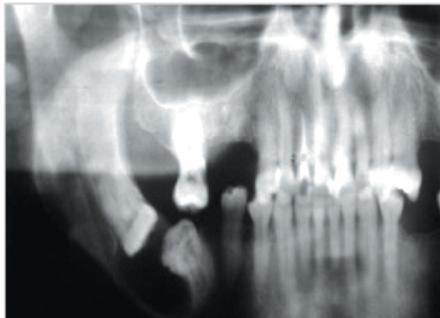


Fig. 1 - Radiografia panorâmica evidenciando a lesão cística associada às unidades dentárias. Setas indicando limites da lesão.

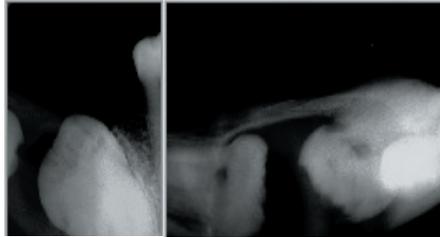


Fig. 2 e 3 - Radiografias periapical e oclusal de mandíbula evidenciando a relação da lesão com a porção coronária dos dentes.

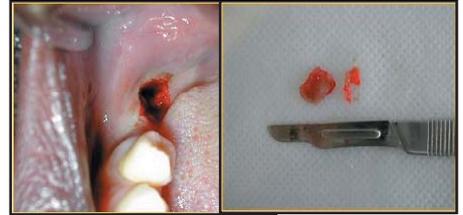


Fig. 4 e 5 - Remoção de fragmento tecidual para análise histopatológica.

Os cistos dentígeros são duas vezes mais comuns em mandíbula (75%) que na maxila (USTUNER et al., 2003), e são relacionados mais frequentemente a dentes permanentes retidos ou aqueles que erupcionam mais tardiamente (molares mandibulares e caninos da maxila) (JONES et al., 2003). A frequência de formação dos cistos dentígeros tem sido calculada como 1,44 em cada 100 dentes não erupcionados (BENN e ALTINI, 1996).

O diagnóstico da lesão não deve ser feito unicamente sobre evidências radiográficas, mas também baseado nas evidências clínicas e no exame microscópico do espécime (BENN e ALTINI, 1996), por causa da associação com várias outras lesões, tais como ameloblastomas unicísticos (DUNSCHE et al., 2003) e ceratocistos odontogênicos (CHAPELLE et al., 2004), que também podem ocorrer nestes locais. O método de tratamento padrão consiste na excisão completa do cisto com a remoção do dente associado (FORTIN et al., 1997).

RELATO DE CASO

Paciente L. A. V. S., 35 anos, gênero masculino, nos foi encaminhado pelo seu dentista clínico para avaliação e tratamento de um aumento de volume mandibular no lado direito. O exame clínico evidenciava expansão da cortical vestibular na região dos molares inferiores do lado direito e ausência das unidades dentais nesta área. A mucosa bucal apresentava-se com características de coloração e consistência normais e ausência de sintomatologia. A radiografia panorâmica permitiu observar uma lesão osteolítica, circunscrita, unilocular na região de corpo mandibular do lado direito, envolvendo a coroa das unidades 46 e 47 que permaneciam inclusas. Essa área radiolúcida comprometia o corpo da mandíbula desde as raízes dos pré-molares até a região retromolar. Após a realização da anamnese, exame clínico e análise dos exames radiográficos, formulou-se uma possível hipótese diagnóstica de cisto dentígero ou ameloblastoma pela aparência clínica e radiográfica de ambas lesões. O plano de tratamento foi então estabelecido sob a proposta de se realizar uma biópsia do tipo incisional sob anestesia local. Previamente a realização da biópsia, foi feita a punção aspirativa do local. O líquido aspirado reforçou a suspeita de cisto, partindo-se então para biópsia ao mesmo momento em que se procedeu a marsupialização da lesão. O objetivo deste procedimento foi permitir a regressão da lesão, diminuindo com isso a morbidade da cirurgia a ser realizada para enucleação total. O fragmento resultante da biópsia foi então enviado para análise histopatológica e o resultado do estudo foi

positivo para cisto dentígero.

Sessenta dias depois de realizada a biópsia, o paciente foi novamente avaliado e optou-se pela realização da cirurgia para enucleação total da lesão em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, pela possibilidade de fratura mandibular no período transoperatório. O paciente foi então submetido à cirurgia com uma abordagem intraoral, quando também se procedeu a remoção das unidades dentárias retidas. O espécime foi encaminhado para novo exame histopatológico para excluir a possibilidade de outras lesões associadas. O paciente não apresentou complicações pós-operatórias e realizou consultas para revisões cirúrgicas periódicas. No presente momento, encontra-se em controle pós-operatório de um ano sem apresentar recidivas.

DISCUSSÃO

O mecanismo de expansão do cisto dentígero tem origem no acúmulo de células hipertônicas e exsudato inflamatório que aumenta o gradiente osmótico através do folículo dental. A água segue o gradiente osmótico e aumenta a pressão hidrostática dentro do cisto, permitindo a sua expansão. Este processo é acompanhado pela liberação pelos fibroblastos de potentes fatores de reabsorção óssea (derivados do ácido aracdônico, PGE₂, PGF_{2a} e PGE₃) dentro do limite cístico (JONES et al., 2003). A marsupialização cirúrgica, também conhecida como cirurgia de Parth I (ELLIS, 1996), é um procedimento que permite a inativação deste ciclo através da quebra do gradiente osmótico para a luz do cisto.

GRAZIANI (1995), relatou que os cistos foliculares têm potencialidade definida para transformarem-se em tumores, especialmente um ameloblastoma, reiterando a importância da enucleação total da lesão. Esse fato também é relatado por FORTIN et al. (1997) e JONES et al. (2003).

Segundo o estudo de CHIAPASCO (2000), em 6 meses pela técnica de marsupialização o cisto pode reduzir o seu tamanho até 12,34% vezes, 43,46% em 12 meses e 81,3% vezes em 24 meses. A marsupialização além de mais conservadora é um acesso atrativo quando esperamos e erupção espontânea ou guiada dos dentes permanentes.

Apesar da recidiva dos cistos dentígeros ser rara, DALEY et al. (1995) salientaram que, caso haja a remoção cirúrgica incompleta, existe a possibilidade de desenvolvimento de um ameloblastoma a partir dos restos epiteliais da parede do cisto ou desenvolvimento de um carcinoma epidermóide de mesma origem.

Neste artigo, um caso de cisto dentígero associado à coroa de dois dentes permanentes retidos foi apresentado. De RGO, P. Alegre, v. 54, n. 2, p. 157-160, abr./jun.

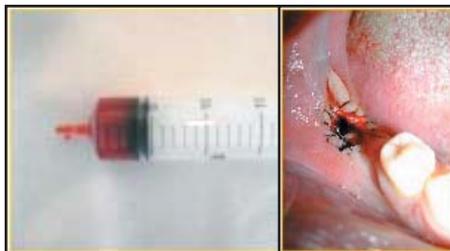


Fig. 6 e 7 - Aspecto do líquido citrino e marsupialização finalizada.

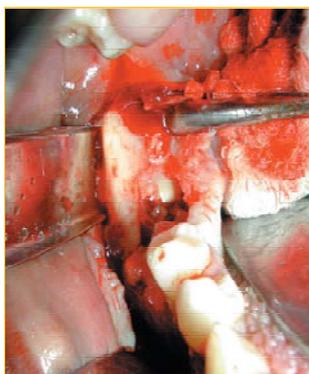


Fig. 8 - Procedimentos cirúrgicos para a enucleação total da lesão. Setas apontam a cora da unidade 47 retida.

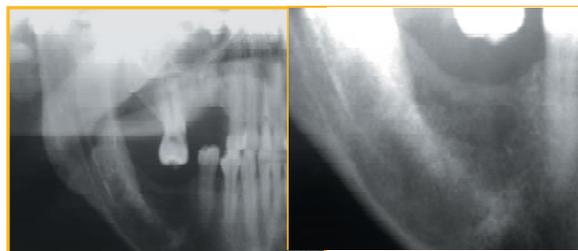


Fig. 9 e 10 - Radiografia panorâmica da área operada. Controle pós-operatório de 06 e 01 ano respectivamente.

acordo com o relatado por outros autores (FORTIN et al., 1997; JONES et al., 2003), optou-se pela marsupialização da lesão com o objetivo de permitir a regressão da lesão através da descompressão do conteúdo cístico. Com este procedimento, pôde-se obter um decréscimo da lesão com consequente diminuição da morbidade (lesão do feixe vaso-nervoso alveolar inferior, fratura patológica da mandíbula ou lesão as unidades adjacentes) até que se obtivesse o resultado do exame histopatológico e a cirurgia pudesse ser planejada.

A abordagem cirúrgica realizada neste caso foi intraoral com incisão em rebordo alveolar até exposição completa da lesão. Nós entendemos que este acesso permitiu total enucleação da lesão sem as desvantagens óbvias de um acesso extraoral (maior morbidade, cicatriz facial, etc). Por outro lado, MINTZ e ALLARD (2001) relataram dois casos de cistos dentígeros enucleados por meio de acesso extraoral pela técnica de Risdon.

Conforme salientado por JONES et al. (2003), por apresentar crescimento lento, essas lesões muitas vezes só são percebidas em exames radiográficos de rotina. Vale ressaltar que, freqüentemente, o paciente busca atendimento quando a lesão já está suficientemente desenvolvida a ponto de exibir sinais clínicos como o aumento de volume facial. Só então a busca por um profissional é efetuada.

Dessa forma, CHAPELLE et al. (2004) chamam a atenção para a necessidade de oferecer a população um alto nível de cuidado em saúde que permita as tomadas radiográficas de rotina e pronto atendimento quando lesões precoces são diagnosticadas.

No caso apresentado, devido ao tamanho e características clínicas da lesão, optou-se por não solicitar tomografia computadorizada da área afetada, pois foram considerados satisfatórios os dados oferecidos pelos exames radiográficos convencionais. Essa conduta lança questionamentos sobre as solicitações indiscriminadas de Tomografias, elevando assim o custo do tratamento e onerando o paciente e os sistemas públicos de saúde.

Consideramos que a análise histopatológica após a enucleação total da lesão é de extrema importância para o correto diagnóstico diferencial, devido as semelhantes características clínicas e radiográficas de um ameloblastoma unicístico, ceratocisto odontogênico, ou fibroma ameloblástico (REGEZI e SCIUBBA, 2000). A punção prévia ajuda a esclarecer o

diagnóstico, embora não seja suficiente para diferenciar os cistos foliculares dos demais tumores císticos de origem dentária (GRAZIANI, 1995). Diante disso, esses procedimentos foram realizados no caso relatado.

Como sempre estão associados à coroa de dentes inclusos ou não irrompidos, as localizações mais comuns dos cistos dentígeros são as áreas de terceiros molares inferiores e superiores e caninos superiores. (JONES et al., 2003; SHAFER, HINE, LEVY, 1987). Este fato permitiu se considerar o cisto dentígero como primeira hipótese de diagnóstico, porém a possibilidade de ter uma ameloblastoma ou ceratocisto diagnosticados não foi descartada.

Concordamos com BENN e ALTINI (1996), quando salientaram que o diagnóstico dos cistos odontogênicos não deve ser baseado somente em evidências radiográficas, mas deve sustentar-se em um exame microscópico devido às várias lesões com características semelhantes.

Nesse contexto, GLOSSER e CAMPBELL (1999) argumentam que, do ponto-de-vista histológico, a mera presença de epitélio estratificado escamoso no folículo associado ao dente impactado é suficiente para estabelecer o diagnóstico de cisto em casos que mostram uma radiolucência pericoronar do espaço folicular de 0.24 cm ou menos.

Não foi objetivo deste trabalho discutir os achados e aspectos histopatológicos da lesão. Entretanto, acreditamos que um cisto verdadeiro apresenta muitas características, entre elas: cavidade patológica, linha ou limite epitelial e material líquido ou semi-sólido em seu interior. Nós também falhamos ao tentar entender como um cisto pode aparecer em uma avaliação histológica sem apresentar as características clínicas acima descritas. Nos casos de uma simples presença de epitélio estratificado escamoso, uma interpretação diagnóstica de tecido folicular dental parece-nos mais apropriada, conforme também já observado por DALEY e WYSOCKI (1995).

CONCLUSÃO

Este trabalho destaca a importância da detecção precoce das lesões císticas dos maxilares.

A recidiva nos casos de cisto dentígero são raras desde que estes sejam diagnosticados precocemente e corretamente tratados.

RESUMO

O cisto dentífero é uma patologia benigna de origem odontogênica que está associada à coroa de dentes permanentes e ocorre, usualmente, na mandíbula. O objetivo deste trabalho foi realizar uma breve revisão a respeito dos cistos dentíferos, descrevendo suas características clínicas, radiográficas, diagnóstico diferencial e abordagem terapêutica atual.

Os autores também relatam um caso de cisto dentífero mandibular associado às coroas de dois dentes permanentes, que foi tratado por meio de uma biópsia/marsupialização, seguida da enucleação total da lesão. O paciente encontra-se em controle pós-operatório clínico e radiográfico, não apresentando sinais de recidiva.

Palavras-Chave: Cisto Dentífero; Cistos Odontogênicos; Patologia Oral.

SUMMARY

Dentigerous cyst is a benign odontogenic pathology that is associated with the crown of permanent teeth and it can occur, usually, in mandible. The aim of this study was to perform a brief review about dentigerous cyst revising its clinical and x-ray features, differential diagnosis and therapeutic approach. The authors report a dentigerous cyst case in mandible associated to two permanent teeth that was treated by biopsy/marsupialization followed by total cystic enucleation. Patient is nowadays in clinical and radiographic post-surgery control with no recurrence.

Key Words: Dentigerous Cyst; Odontogenic Cyst; Oral Pathology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENN, A.; ALTINE, M. Dentigerous cyst of inflammatory origin: a clinicopathologic study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, n. 81, p. 203-209, 1996.
2. CHAPELLE, K.O.M. et al. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. **Br J Oral Maxillofac Surg**, n. 42, p. 381-390, 2004.
3. CHIAPASCO, M. et al. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large dentigerous cyst: a radiographic computed analysis of 27 consecutive cases. **J Oral maxillofac Surg**, v. 58, n. 9, p. 942-948, 2000.
4. DALEY, T. D.; WYSOCKI, G. P. The small dentigerous cyst: a diagnostic dilemma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, n. 79, p. 77-81, 1995.
5. DUNSCHE, A. et al. Dentigerous cyst versus unicystic ameloblastoma – differential diagnosis in routine histology. **J Oral Pathol Med**, n. 32, p. 486-491, 2003.
6. ELLIS, E. Tratamento cirúrgico das lesões orais patológicas. In: PETERSON, L. et al. **Cirurgia Oral e maxilofacial Contemporânea**. 2ª ed, ed Guanabara Koogan, Rio de Janeiro; p. 466-490, 1996.
7. FORTIN, T. et al. Marsupialization of dentigerous cyst associated with foreign body using 3D CT images: a case report. **J Clin Pediatr Dent**, v. 22, n. 1, p. 29-33, 1997.
8. GLOSSER, J. W.; CAMPBELL, J. H. Pathologic change in soft tissues associated with radiographically 'normal' third molar impactions. **Br J Oral Maxillofac Surg**, n. 37, p. 259-260, 1999.

9. GRAZIANI, M. **Cirurgia Bucomaxilofacial**. 8ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro; 618p, 1995.
10. JONES, T. A.; PERRY, R. J.; WAKE, M. J. Marsupialization of a large unilateral mandibular dentigerous cyst in a 6-year-old boy—a case report. **Dent Update**; v. 30, n. 10, p. 557-61, 2003.
11. MINTZ, S. et al. Extraoral Removal of Mandibular Odontogenic Dentigerous Cysts: A report of 2 cases. **J Oral Maxillofac Surg**, n. 94, p. 1094-1096, 2001.
12. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**, 1ª ed; ed. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro; 705p, 1998.
13. REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia Bucal: Correlações clinicopatológicas**. Ed. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro; 475p, 2000.
14. SAMPAIO, R. K.; PRADO, R. Cirurgia dos cistos Odontogênicos. In: PRADO, R.; SALIM, M. **Cirurgia Bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento**. Ed. Medsi, Belo Horizonte; p. 365-407, 2004.
15. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de Patologia Bucal**. 4ª ed. Ed. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro; 837p, 1987.
16. TSUKAMOTO, G. et al. A radiologic analysis of dentigerous cyst and odontogenic Keratocysts associated with a mandibular third molar. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, n. 91, p. 743-747, 2001.
17. USTUNER, E. et al. Bilateral maxillary dentigerous cyst: A case report. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, n. 95, p. 632-635, 2003.