

Tratamento Conservador de Cisto Dentígero Agressivo em Maxila

Conservative Treatment of maxilla aggressive dentigerous Cyst

André C. Lemos¹, Felipe L. Martins², Fernando V. Gomes³

¹ CD, Especialista em CTBMF (PUCRS). Membro ITI-Suíça.

² CD, Especialista em CTBMF (PUCRS). Mestre em Odontologia (PUCRS).

³ CD, Especialista em CTBMF (PUCRS). Mestre em Odontologia (UFRGS). Especializando em Implantodontia. Serviço de CTBMF Santa Casa de Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil.

Autor Correspondente

André C. Lemos

Rua Uruguai 335/85

90040140 – Centro, Porto Alegre, RS, Brasil

+55 (51) 3228.9612

andre.c.lemos@hotmail.com

RESUMO

Cistos dentígeros são cistos odontogênicos benignos associados à coroa de dentes permanentes. Normalmente, únicos, sua presença bilateral é rara, especialmente na ausência de qualquer doença sistêmica ou síndrome. São as lesões maxilo-mandibulares mais comuns em crianças e seu tratamento é potencialmente mutilador em casos de indicação de enucleação de lesões extensas. Este artigo busca relatar o caso de um paciente de 14 anos com um cisto dentígero maxilar à esquerda, de comportamento agressivo e expansão das corticais ósseas da parede anterior do seio maxilar e palato, cujo tratamento fora conservador com a descompressão cística e futura enucleação.

Palavras-chave: Cistos Ósseos; Cisto Dentígero; Maxila.

ABSTRACT

Dentigerous cysts are odontogenic cysts associated with the crown of permanent teeth. Typically, only, a bilateral presence is rare, especially in the absence of any systemic disease or syndrome. Are the most common in children and its treatment is potentially crippling in cases of enucleation of large lesions of the jaws. We report a case of a patient 14 years with large cyst with aggressive behavior and cortical bone expansion of the anterior wall of the maxillary sinus and palate, whose treatment was conservative with cystic decompression and enucleation.

Key-words: Bone Cysts; Dentigerous Cyst; Maxilla.

INTRODUÇÃO

Um dente impactado pode ser definido como aquele que é impedido de sua erupção na correta posição. Isso se deve muito em virtude do seu mau posicionamento ou falta de espaço nas arcadas dentárias¹.

O cisto dentífero é o segundo tipo mais comum de cisto odontogênico nos maxilares (14% - 20%)²⁻³ e normalmente está associado à coroa de dentes inclusos ou em desenvolvimento, sendo destes, geralmente os terceiros molares⁴. A maioria dos pacientes que apresentam esta patologia está na segunda ou terceira década de vida, havendo uma breve predileção pelo sexo masculino e maior prevalência em brancos do que em negros²⁻⁵.

Os terceiros molares inferiores, seguidos dos caninos superiores, ocasionalmente dentes supranumerários e odontomas, podem estar envolvidos com a formação do cisto dentífero, porém, sua etiopatogenia ainda não é totalmente conhecida^{6,7}. Acredita-se, pois, que se originam inicialmente da proliferação e transformação cística de ilhas de epitélio no tecido conjuntivo das paredes do folículo dentário^{5,6}. Esta estrutura é transformada e unida com o epitélio folicular, formando um cisto solitário ao redor da coroa dentária, possibilitando o preenchimento desta cavidade por líquido citrino, crescendo continuamente por pressão osmótica durante um extenso período de tempo, especialmente enquanto o dente não irromper⁴⁻⁶.

Os cistos dentíferos pequenos em geral são completamente assintomáticos e são descobertos somente em exames radiográficos de rotina ou quando são feitas radiografias para determinar o motivo pelo qual um dente não erupciona⁵. Porém, em algumas situações pontuais, esta patologia pode estar associada a sintomas de dor e/ou infecção^{5,6}. Eles podem atingir tamanhos consideráveis, sendo que estes grandes cistos causam expansão indolor do tecido ósseo na área envolvida, podendo em algumas situações, resultar em assimetria facial⁴⁻⁶. Os cistos dentíferos de grandes dimensões são incomuns, onde a maioria das lesões consideradas como grandes cistos dentíferos ao exame radiográfico revelam-se a uma avaliação mais detalhada, ceratocistos odontogênicos ou

ameloblastomas⁵.

O cisto dentígero possui três variações principais, sendo elas a central, a lateral e a circunferencial. Dessa forma, deve-se levar em consideração a possibilidade de estabelecimento de diagnósticos diferenciais evitando-se erros durante uma primeira avaliação. Assim, pode ser comparado a Ameloblastomas, Tumores Odontogênicos Ceratocísticos, Cistos Ósseos Aneurismáticos⁸, Tumores Odontogênicos Adenomatóides, Cistos de Gorlin ou Tumores de Pindborg⁹.

O tratamento usual para um cisto dentígero é a cuidadosa enucleação, associando-se ou não, à exodontia de elementos não erupcionados. Se a erupção do dente envolvido for considerada possível, então o mesmo pode ser deixado em seu leito após a remoção da cápsula cística. Em determinadas situações, onde se verificam grandes lesões císticas em pacientes jovens, opta-se como forma de tratamento conservador, a marsupialização⁹. No entanto, os critérios para a escolha de uma destas modalidades não são ainda claramente definidos pela literatura⁸.

Assim sendo, o objetivo deste trabalho é apresentar o caso clínico de um paciente de 14 anos que apresenta um cisto dentígero maxilar à esquerda, de comportamento agressivo e expansão das corticais ósseas da parede anterior do seio maxilar e palato, cujo tratamento fora conservador com a descompressão cística e a posterior enucleação.

RELATO DE CASO

O paciente do sexo masculino, com 14 anos de idade, leucoderma, fora atendido em um consultório odontológico privado (Porto Alegre, RS, Brasil) e queixava-se de dor em região do dente canino superior esquerdo. Ao exame clínico inicial, notou-se um breve abaulamento com edema na região palatina esquerda que, segundo relato do próprio paciente, iniciara há cerca de dois meses, de evolução lenta, mas progressiva.

Foi observado, concomitantemente, alteração na posição dos dentes superiores ipsilaterais. Durante a anamnese, o paciente e seus familiares negavam trauma recente ou prévio na região, hipoestésias próximas àquela área, quaisquer tratamentos prévios clínico-cirúrgicos, disfagia ou outras comorbidades. Ao exame clínico detalhado, observou-se aumento de volume em região de mucosa alveolar, porção vestibular do canino superior esquerdo, assim como, palato duro. Ao exame físico, era evidente o edema em hemiface esquerda, com o concomitante deslocamento da asa do nariz esquerda. Durante a palpação local, o paciente referia ausência de sintomatologia dolorosa, porém com relatos de congestionamento nasal pela narina esquerda. **(Figura 1)**



Figura 1: Aspecto clínico inicial do caso, com expansão de cortical óssea em região do dente 23, com a ausência deste elemento dentário e assintomático quando da palpação local.

Para avaliação mais detalhada do caso, foi solicitada uma tomografia computadorizada *multi-slice* de face (cortes axial, sagital e coronal com 1mm de espessamento entre os cortes), a qual confirmou-se lesão de aspecto cístico, com limites bem definidos, em contato direto com o dente canino e comunicação com o seio maxilar esquerdo. As corticais vestibulares e palatinas estavam comprometidas com tumefação causada pela expansão do cisto. **(Figura 2)**



Figura 2: Imagens em cortes axiais da região do cisto dentígero em região anterior de maxila esquerda. Notar a expansão cortical vestibular, como também, a invasão da lesão sobre a parede anterior do seio maxilar. É uma lesão de conteúdo citrino, de limites definidos e contornos ósseos íntegros.

Após exposição da situação aos familiares e ao próprio paciente, leitura e assinatura de um termo de consentimento livre e informado, o paciente fora submetido a cirurgia de biópsia incisional sob anestesia local em ambiente ambulatorial. Durante este procedimento, fora coletado um fragmento da parede cística para exame histopatológico, o qual confirmou o diagnóstico de Cisto Dentígero. No mesmo procedimento, fora instalado um dispositivo para decompressão, o qual foraintimamente posicionado no interior do cisto e suturado na mucosa alveolar com fio 4.0 nylon.(**Figura 3**)

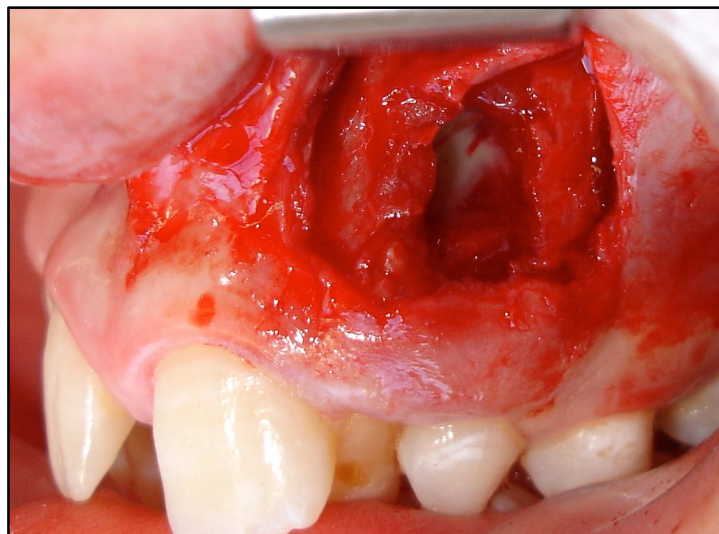


Figura 3: Loja cirúrgica imediatamente após a remoção da porção vestibular da membrana cística e envio para avaliação anatomopatológica. Notar, ao fundo da lesão, a presença do elemento dentário canino (23) retido em virtude da lesão associada.

O paciente fora orientado a realizar irrigações com solução fisiológica 0,9% por quatro vezes ao dia, durante um período total de seis meses utilizando uma seringa descartável de 20ml. Depois deste período, solicitara-se nova tomografia computadorizada *multi-slice*, a qual mostrou a descompressão da lesão cística de forma considerável. A partir de então, indicara-se acirurgia de enucleação total da patologia.(**Figura 4**)



Figura 4: Tomografia computadorizada *multi-slice* em corte axial da lesão cística em região anterior de maxila do lado esquerdo. Controle de descompressão após seis meses do primeiro procedimento. Área radiolúcida no interior do cisto representa a canula empregada para a descompressão.

Após obter-se a redução da lesão ausente de sintomatologia dolorosa e presença de supuração local, procedeu-se, sob efeitos de anestesia local, procedimento de remoção total da lesão como uma cirurgia ambulatorial eletiva. Para tal, realizou-se uma incisão vertical mucoperiosteal distal do segundo pré-molar superior esquerdo, seguindo-se com uma incisão intra-sulcular até a região de linha média, à mesial do dente 11. Posteriormente, realizou-se o descolamento mucoperiosteal, acesso e a visualização ampla do cisto em maxila anterior

esquerda.O dispositivo de descompressão cística fora removido e o cistodentigerofoi enucleado por meio da utilização de curetas simples. Dessa forma, respeitando-se a anatomia local, buscou-se preservar o dente canino permanente e promover as extrações de dois dentes decíduos ainda não esfoliados.(Figura 5)

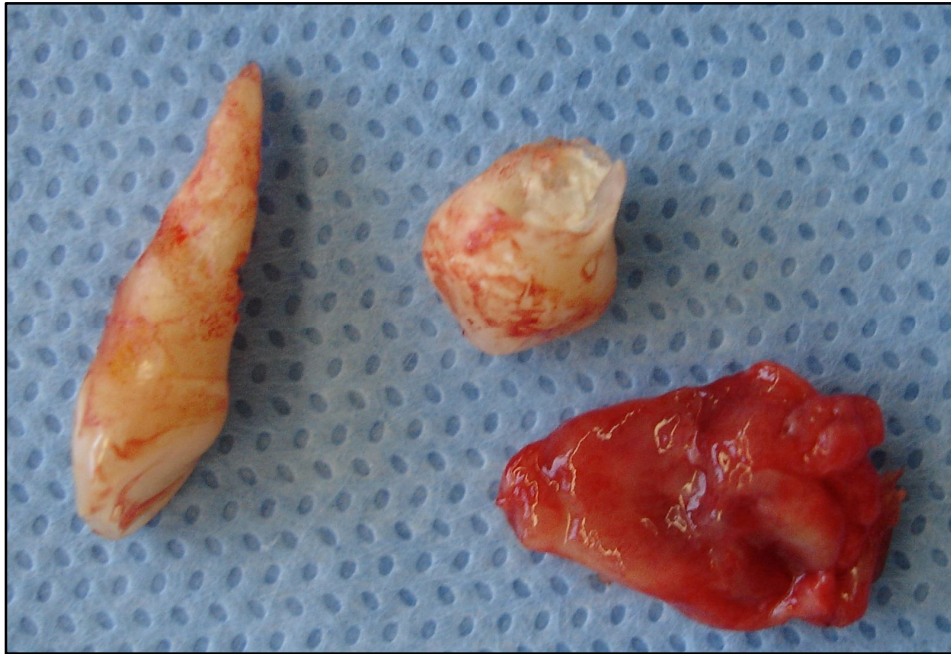


Figura 5: Lesão cística removida por completa, assim como, extração dos elementos 63 e 64 ainda não esfoliados.

Após a liberação da equipe de CTBMF, o paciente fora encaminhado para tratamento ortodôntico conforme critérios e planejamentos da equipe de Ortodontia procurada pelo paciente e onde oacompanhamento pós-operatório prosseguiu por mais dois anos, não mostrando recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

O cisto dentígero apresenta predileção pelo sexo masculino, ocorrendo preferencialmente entre a segunda e a terceira décadas de vida, tendo maior prevalência em caucasianos, na maior parte das vezes associado aos terceiros molares mandibulares⁵. Em geral, são encontrados como lesões únicas, mas

também podem ser múltiplos, bilaterais ou relacionados às síndromes (síndrome do carcinoma nevoidebaso celular, Maroteaux-Lamy, dysplasia cleidocrania), este último apresentam-se mais raramente¹¹⁻¹⁴. Em algumas situações pode dar origem ao Ameloblastoma Unicístico e ao Tumor Odontogênico Ceratocístico (TOC)⁵. No caso clínico relatado, notou-se em relação ao descrito na literatura, que o paciente também era do sexo masculino, caucasiano e estava na segunda década de vida. O sítio acometido não fora os terceiros molares inferiores, mas um canino superior que estava retido, muito possivelmente pelo surgimento da lesão. Em virtude da idade da paciente, optou-se pelo tratamento da lesão cística e a manutenção do elemento dentário sem qualquer tipo de tracionamento ortocirúrgico, em virtude do tamanho significativo da lesão, tendo-se em vista a necessidade de descompressão prévia.

Quanto à localização, este tipo cístico algumas vezes pode expressar-se em lojas anatômicas da maxila, como a ocupação dos seios maxilares, das cavidades nasais e até mesmo da cavidade orbital¹⁴. Este relato de caso apresenta uma situação onde um paciente jovem desenvolveu uma lesão cística, cuja expansão de cortical sobressai ao seio maxilar esquerdo sem a sua invasão propriamente dita, pois não houve comunicação buco-sinusal no ato cirúrgico. De toda sorte, havia uma preocupação caso essa verdade ocorresse, justamente pela possibilidade de rompimento da cortical óssea, de infecção durante o pós-operatório, do deslocamento e projeção do elemento dentário para aquela cavidade, impedindo em uma situação mediata, a conservação do elemento dentário. Em virtude do tratamento conservador descompressivo que fora realizado antes da enucleação propriamente dita, nenhuma das situações anteriores ocorrera.

Ao exame radiográfico, os cistos dentígeros apresentam-se como lesões uniloculares, radiolúcidas, de tamanhos variados, com radiolucência simétrica, de bordas escleróticas bem definidas, estando geralmente associadas à coroa de um dente⁵. Alguns autores revelam elevada incidência (46%) de alterações do folículo dentário em 100 pacientes pesquisados, onde foram encontrados em terceiros molares inferiores impactados, imagem radiolúcida nas radiografias panorâmicas com menos de 2.4mm de espessura do folículo dentário¹¹. Todavia, se houver um

espaço follicular maior que 5mm visíveis na imagem radiográfica, pode-se suspeitar da presença de um cisto odontogênico¹⁵.

Atualmente, não só devido a facilidade de acesso, como também pelo menor custo que está sendo apresentado pelo mercado imaginológico, o uso da tomografia computadorizada na avaliação de situações de pequena e alta complexidades vem sendo muito utilizado como rotina na clínica odontológica, especialmente em casos de patologias do complexo buco-maxilo-faciais^{7,8,16}. A imagem da TC ajuda a descartar lesões sólidas e fibro-ósseas, exhibe detalhes e regiões anatômicas de interesse, mostra informações exatas sobre o tamanho e origem das lesões. Também, a possibilidade de utilização das tomografias de feixe cônico ("*Cone Beam*") com cortes multiplanares também pode ser utilizada para avaliação e planejamento cirúrgico de cistos dentígero ou patologias em geral¹⁷. No caso clínico apresentado, nota-se que, devido a facilidade de acesso a exames mais avançados e de última geração, solicitou-se como primeira opção ou o padrão ouro, a tomografia computadorizada^{1,7,11,15,16}. Observaram-se exatamente as mesmas características dos exames radiográficos convencionais, porém com a possibilidade de vistas axiais, coronais, sagitais e reconstrução 3D.

Ao exame histológico, o cisto dentígero é revestido de epitélio escamoso estratificado não queratinizado e de tecido conjuntivo plano, embora, muitas vezes, torna-se irregular na presença de processo inflamatório²⁻⁵. Ocasionalmente, a presença de ilhas e cordões de restos epiteliais odontogênicos de aspecto inativo podem ser numerosas, tornando, algumas vezes, semelhante ao aspecto microscópico de um ameloblastoma⁵. O exame anatomo patológico do material coletado durante o trans-cirúrgico do caso relatado expressou, como diagnóstico definitivo, sinais microscópicos de cisto dentígero muito semelhantes às condições descritas na literatura.

As possibilidades de tratamento apresentadas na literatura atual e na já consagrada são numerosas, entre elas destacam-se a enucleação completa, descompressão e marsupialização de lesões císticas¹²⁻¹⁹. Havendo a possibilidade de associação entre o cisto e um dente supranumerário, pode-se optar pela enucleação completa da lesão juntamente com extração do elemento dentário¹⁸. No entanto, muitos casos de lesões extensas podem receber tratamento

conservador e posterior enucleação com sucesso, e é bem aceita pela maioria dos pacientes^{15-17,19}. Em outras situações, a possibilidade de um tracionamento ortodôntico do dente impactado e envolto sobre a lesão tem sido frequentemente relatados, podendo-se realizar uma marsupialização em caso de lesões extensas e o posterior auxílio por meio da ortodontia durante uma erupção guiada de dentes ectópicos¹⁹. O caso relatado, em virtude da idade do paciente, do tempo de evolução da patologia, do tamanho e da posição alocada pelo cisto dentífero, optou-se pelo tratamento conservador do elemento dentário (23). Assim, procedeu-se inicialmente uma descompressão local, a posterior enucleação do cisto e a observação do processo eruptivo do elemento dentário, tendo-se em vista a não formação completa da raiz daquele dente.

Conclusão

Este trabalho buscou apresentar um caso clínico de um cisto dentífero em paciente jovem, o qual se desenvolveu muito proximamente a estruturas anatômicas importantes e permitiu a retenção de um elemento da dentição permanente. Destacou-se, também, a importância da manutenção do dente impactado para o estabelecimento funcional e estético da oclusão, fato este consumado em virtude de um tratamento não radical.

REFERÊNCIAS

1. Al-Khateeb TH, Bataineb AB. Pathology associated with impacted mandibular third molars in a group of Jordanians. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1598-602.
2. Regezi AJ, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral Pathology, Clinical Pathologic Correlations* (ed 4). St. Louis: Saunders; 2003. p. 246-8.
3. Ustner E, Fitoz S, Atasoy C, Erdenl, Akyar S. Bilateral Maxillary dentigerous cysts: a case report. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95(5):632-5.
4. Aziz SR, Pulse C, Dourmas MA, Roser SM. Inferior alveolar nerve paresis associated with a mandibular dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(3):457-9.
5. Neville BW, Damm DD, Allan CM, Bouquot JE. *Oral Maxillofac Pathol.* 3rd ed Philadelphia: Saunders; 2009. p.680-683.
6. Gulbranson SH, Wolfery JD, Raines JM, Macnally BP. Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst in a 16-month-old girl. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;127(5):463-4.
7. Gomes FV, Rosa CV, Gomes EV, Gomes IA. Odontoma composto associado a retenções dentárias – uma realidade clínica: Relato de Caso. *Rev AcBO.* 2014; 3(1):1-16.
8. Martins CAM, Gomes FV, Maresco FC, Silveira JOL. Aneurysmal Bone Cyst: a case report. *Rev Cir Tramadol. Buco-Maxilo-Fac.* 2012; 12(1):26-30.
9. Freitas CF, Panella J, Ferreira TLD, Cruvinel LMCM. Estudo Radiográfico dos Cistos dos Maxilares In: Panella J. *Radiologia Odontológica e Imaginologia.* Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2006. p 211-3.
10. Motamedi MHK, Talesh KT. Management of extensive Dentigerous cysts. *Br Dental J.* 2005;198(4):203-6.
11. Saravana GHL, Krishnaraj S. Cystic Changes in dental Follicle associated with radiographically normal impacted mandibular third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 46(1):552–553.

12. Freitas DQ, Tempest LM, Sicoli E, Lopes-Neto FC. Bilateral dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. *Dentomaxillofac Radiol.* 2006;35(6):464-468.
13. Mahajan S, Raj V, Boaz K, George T. Non-syndromic bilateral dentigerous cysts of mandibular premolars: a rare case and review of literature. *Hong Kong Dental J.* 2006;3(3):129-33
14. Prabhakar V, Sandhu SV. Nonsyndromic bilateral maxillary dentigerous cysts: review of literature and report of an unusual case. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011; 6(1):5-8.
15. Jena AK, Duggal R, Roychoudhury A, Parkash H. Orthodontic assisted tooth eruption in a dentigerous cyst: a case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2004;29(1):33-35.
16. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Jankowski D, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinico pathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Sep;39(9):878-82.
17. Hu YH, Chang YL, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cysts associated with primary teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011 Dec;112(6):e5-7.
18. Byatnal AA, Byatnal A, Singh A, Narayanaswamy V, Radhakrishnan R. Bilateral impacted inverted mesiodens associated with dentigerous cyst. *J Calif Dent Assoc.* 2013 Oct;41(10):753-757.
19. Gonzalez SM, Spalding PM, Payne JB, Giannini PJ. A dentigerous cyst associated with bilaterally impacted mandibular canines in a girl: a case report. *J Med Case Rep.* 2011; 5(1):230.