

Cisto dentífero associado a canino incluído em maxila

Dentigerous cyst associated with a maxillary canine included

Denis Damião Costa¹

Caroline Chaves Maia¹

Livia Silva Figueiredo e Ribeiro¹

Antônio Fernando Pereira Falcão¹

Correspondência: denisdont@hotmail.com

RESUMO

O cisto dentífero é uma patologia que se origina pelo acúmulo de fluido entre o remanescente do órgão do esmalte e a coroa dentária, sendo geralmente associado a um dente incluído, não irrompido ou impactado. Objetiva-se relatar um caso de cisto dentífero associado a canino incluído em maxila de um paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, melanoderma e em fase de dentição mista que foi encaminhado ao Serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

PALAVRAS-CHAVE: Cistos Odontogênicos, Cisto Dentífero, Cisto Follicular.

ABSTRACT

Dentigerous cyst or follicular is a pathology that originates from the accumulation of fluid between the remnants of the enamel organ and dental crown, usually associated with a maxillary canine included. The objective is to report a case of dentigerous cyst associated with a maxillary canine included of a 10-year-old black boy, with mixed dentition which was referred to Stomatology Service of the School of Dentistry of the University Federal Bahia.

KEY WORDS: Odontogenic Cysts, Dentigerous Cyst, Follicular Cyst.

¹ Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA, Brasil

INTRODUÇÃO

O cisto dentífero é uma patologia benigna, de desenvolvimento, que se origina através do acúmulo de fluido entre o remanescente do órgão do esmalte e a coroa dentária subjacente [1,2]. É um cisto odontogênico associado a um dente de erupção tardia, retido, impactado ou não irrompido, unido a coroa dental na junção amelocementária [3,4]. Em ordem: terceiros molares inferiores, caninos superiores e terceiros molares superiores são os dentes mais acometidos [5].

Trata-se de uma lesão cística comum, solitária e assintomática, geralmente descoberta em exame radiográfico de rotina, que se mostra mais prevalente nas primeiras décadas de vida, com maior envolvimento da mandíbula e predileção de pacientes do sexo masculino [6-9]. Radiograficamente, caracteriza-se por uma imagem radiolúcida unilocular bem circunscrita e margem esclerótica associada à coroa de um dente incluso. Nos cistos infectados e naqueles de grandes dimensões a imagem pode apresentar, respectivamente, limites mal definidos e aspecto multilocular [10,11]. Baseado na relação cisto/coroa dentária e para melhor didática as variações radiográficas são classificadas na literatura em central, lateral e circunferencial [12].

Histologicamente, o cisto dentífero, apresenta uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso arranjado frouxamente com pequenas ilhas ou cordões de epitélio odontogênico e infiltrado inflamatório mononuclear. O epitélio de revestimento é em geral do tipo pavimentoso estratificado não ceratinizado, com duas a quatro camadas de células epiteliais cúbicas, tendo a interface epitélio-conjuntivo plana [4,13].

O desenvolvimento do cisto dentífero pode acarretar sérias complicações clínicas, como assimetria facial, deslocamento de dentes, erupção ectópica, impactação dentária e reabsorção radicular [14]. Algumas dessas complicações, além da similaridade radiográfica, são compartilhadas com o tumor odontogênico adenomatóide, ameloblastoma unicístico, tumor de Pindborg e o tumor odontogênico queratocístico, o que requer diagnóstico diferencial [10,15]. O tratamento do cisto dentífero é determinado pelo tamanho da lesão: lesão pequena, opta-se pela enucleação; lesão grande pela marsupialização ou descompressão e, se necessário, realiza-se enucleação secundária [16,17].

Objetiva-se relatar um caso de cisto dentífero associado a canino incluso em maxila.

RELATO DO CASO

Paciente G.F.O., 10 anos de idade, sexo masculino, melanoderma foi encaminhado ao Serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, com queixa de aumento de volume em região de canino decíduo superior direito, negando dor, sangramento ou qualquer outro sintoma associado. Ao exame clínico extraoral, notou-se a elevação da asa do nariz do lado direito (Figura 1).



Figura 1. Exame clínico extraoral evidencia elevação de asa do nariz direita, resultando em assimetria facial.

Ao exame intraoral observou-se tumefação sugestiva de expansão de cortical vestibular em região de dente 53, com mucosa apresentando padrões de normalidade (Figura 2).



Figura 2. Exame clínico intraoral evidencia tumefação em região de canino decíduo superior direito.

O exame radiográfico panorâmico revelou imagem radiolúcida, delimitada, unilocular, envolvendo o dente 13, que permanecia incluso (Figura 3).



Figura 3. Radiografia panorâmica sugere lesão cística envolvendo o dente 13.

Os achados clínicos e radiográficos levaram a hipótese diagnóstica de cisto dentígero, fibroma ameloblástico ou tumor odontogênico adenomatóide. Realizou-se punção aspirativa que foi positiva para um líquido de coloração marrom-amarelada e volume de 4cm³. A presença deste líquido reforçou a suspeita de cisto (Figura 4).



Figura 4. Punção aspirativa revela conteúdo fluido da lesão e reforça suspeita de lesão cística.

A biópsia incisional foi realizada, o material fixado em formol a 10% e encaminhado para análise histopatológica que confirmou o diagnóstico de cisto dentígero. No mesmo tempo cirúrgico, procedeu-se a marsupialização da lesão com objetivo de regredir o cisto, preservar o dente permanente e permitir sua erupção espontânea (Figura 5).



Figura 5. Tratamento proposto: marsupialização da lesão e exodontia do dente 53.

Vale salientar que o dente afetado apresentava formação radicular incompleta e ápice aberto (Figura 3). Foi realizada também a exodontia do dente 53, que já estava num estado avançado de rizólise. Orientou-se o paciente a higienizar a cavidade cística com irrigação diária de soro fisiológico a 0,9%, com o intuito de mantê-la limpa, fazendo remoção mecânica de qualquer tipo de resíduo. O paciente não apresentou complicações e no presente momento encontra-se em controle pós-operatório de um ano com notória erupção espontânea do dente 13 acometido pelo cisto (Figura 6).



Figura 6. Dente 13 completamente erupcionado um ano pós-tratamento.

DISCUSSÃO

Há duas vertentes que propõe a gênese do cisto dentígero. A primeira afirma que a lesão origina-se do epitélio folicular que se desenvolve durante diferentes estágios da formação dentária, tais cistos surgem, precocemente, no decorrer da odontogênese, gerados pela degeneração do retículo estrelário do órgão do esmalte. A segunda ratifica o desenvolvimento cístico após a completa formação da coroa, quando ocorre o acúmulo de líquido entre esta e o epitélio reduzido do esmalte [3,4].

A maioria dos autores sugere que o cisto dentígero é de desenvolvimento [1-3,5-17], porém relatos confirmam a existência de etiologia inflamatória para essa patologia [4,8,18]. A variante inflamatória resulta de um processo inflamatório ou infeccioso do dente decíduo, antecessor ao permanente envolto pela lesão. História de cárie, exodontia e ausência de vitalidade pulpar envolvendo o dente decíduo são fatores predisponentes para a ocorrência de cisto dentígero inflamatório no dente permanente incluso. Geralmente, a inflamação periapical no decíduo ocasiona uma irritação crônica no folículo do dente permanente desencadeando a formação do cisto. Vale ressaltar que edema na região do decíduo e sintomatologia dolorosa são sinais e sintomas do cisto dentígero inflamatório [4,8,18]. No presente relato tais condições predisponentes, sinais e sintomas associados não foram averiguados, sugerindo uma lesão de desenvolvimento.

O cisto dentígero é prevalente em indivíduos entre 10 e 30 anos de idade, tem ligeira predileção por homens, maior incidência em brancos e a mandíbula é o sítio mais acometido, 75% dos casos [6,8,12]. O relato em estudo corrobora, apenas, com dados da faixa etária e do gênero. A literatura alerta que complicações clínicas podem ser averiguadas em pacientes acometidos por esta entidade [14], algumas dessas complicações foram constatadas. O paciente apresentou assimetria facial caracterizada pela elevação da asa do nariz do lado direito proveniente da tumefação e expansão da cortical vestibular na região do dente 53. A patologia alterou o eixo de erupção do dente 13 resultando em deslocamento e impação dentária.

O cisto dentígero, assim como no presente estudo, se manifesta como lesão única e solitária. Lesões múltiplas são mais frequentes em pacientes que fazem uso da ciclosporina, acometidos por displasia cleidocraniana e pela síndrome de Maroteaux-Lamy [1,8,10,19]. Similaridades clínicas e radiográficas são compartilhadas entre o cisto dentígero e outras lesões, logo o aspecto clínico e o radiográfico devem ser avaliados com cautela, pois ameloblastoma unicístico e tumor odontogênico queratocístico poderiam ser erroneamente diagnosticados como cisto dentígero [5,10,15]. A análise histopatológica é que irá revelar a verdadeira identidade da lesão [1-18], tal exame, foi primordial para o diagnóstico conclusivo de cisto dentígero neste caso.

A literatura reporta casos em que houve regressão espontânea do cisto dentígero [8], porém tal condição é rara e o tratamento de escolha deve ser direcionado de acordo com a extensão da lesão [16,17]. Em lesões pequenas realiza-se a enucleação, porém lesões grandes exigem do profissional considerar a possibilidade de realizar uma marsupialização para diminuir seu tamanho com posterior enucleação [9,10,16]. A marsupialização de cisto dentígero associada à dentição mista é uma opção que pode ajudar na erupção do dente permanente sem gerar complicações, ou seja, por se tratar de uma técnica conservadora e que visa a erupção espontânea do dente associado à lesão, a marsupialização é tida como tratamento de escolha para crianças [8,10,16,17]. Embasado na literatura, a marsupialização foi o tratamento proposto para o presente caso, ainda mais respaldado pela visualização de formação radicular incompleta e ápice aberto do dente envolvido, sinais que caracterizam força eruptiva e indicam viabilidade do tratamento conservador. Estudos sugerem num segundo momento, após a marsupialização e erupção espontânea do dente afetado, o tracionamento ortodôntico para finalizar o tratamento [10]; Todavia neste caso tal passo ainda não foi realizado - por opção do responsável do paciente - mesmo estando o dente erupcionado completamente, este se encontra numa posição desfavorável, em infraoclusão (Figura 6).

CONCLUSÃO

O presente relato remete à necessidade de exame de imagem periódico nos pacientes que estão em fase de dentição mista e/ou com erupção cronologicamente tardia, pois nessa fase há maior probabilidade dos

dentos permanentes ficarem inclusos e a causa dessa retenção dentária ou retardo de erupção pode ser de origem cística, logo o controle radiográfico é recomendado para a prevenção e controle da lesão, principalmente quando se trata de cisto dentífero. Preconiza-se, também, que pacientes pós-operados de cisto dentífero façam exame radiográfico de controle para prevenir possível recidiva da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Sette-Dias AC, Abdo EM, Mesquita RS, Dutra CEA, Noman-Ferreira LC. Cisto dentífero seqüencial: relato de caso. *Robrac*. 2008;17(44):133-7.
2. Dinkar AD, Dawasaz AA, Shenoy S. Dentigerous cyst associated with multiple mesiodens: A case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007;25(6):56-9.
3. Regezzi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Cysts of the jaw and neck. In: Regezzi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral pathology: clinical pathologic correlations*. St. Louis: Saunders Elsevier; 2008. p. 237-59.
4. Silveira VAS, Pereira AC, Amadei SU, Carmo ED, Carvalho YR. Inflammatory dentigerous cysts involving permanent teeth: etiopathologic considerations. *Rev Odontol. UNESP* 2009;38(3):143-7.
5. Fernandes AM, Souza AF, Mesquita RA, Carmo MAV, Aguiar MCF. Análise das características clínico-histopatológicas do cisto dentífero: estudo retrospectivo de 10 anos. *Cienc Odontol Brás*. 2006;9(2):56-60.
6. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burrano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Sci*. 2008;50(1):15-8.
7. Kasaboglu O, Basal Z, Usubutun A. Glandular odontogenic cyst presenting as a dentigerous cyst: a case report. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 2006;64(4):731-3.
8. Allais de Maurette ME, Maurette O'Brien PE, Haiter-Neto F, De Moraes M. Tratamiento de quiste dentífero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos: Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. *Acta odontol. venez*. 2007;45(1):109-12.
9. Grossmann SM, Machado VC, Xavier GM, Moura MD, Gomez RS, Aguiar MC, Mesquita RA. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104(6):35-41.
10. Safira LC, Paim JM, Carneiro Jr B, Queiroz CS, Oliveira TB, Ramalho LP, et al. Cisto dentífero em mandíbula: relato de caso clínico. *R. Ci. méd. biol*. 2009;8(2):225-9.
11. Motamedi MH, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. *Br. Dent. J*. 2005;198(4):203-6.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Patologia oral e maxilofacial*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
13. Edamatsu M, Kumamoto H, Ooya K, Echigo S. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;99(1):17-23.
14. Mezzomo FS, Dall'Igna CM, Chevarria MG, Maahs MAP, Burzlaff JB. Conseqüências ortodônticas do cisto dentífero. *Ortodon gaúcha* 2005;9(1):52-60.
15. Dunshe A, Babendererde O, Lüttges J, Springer ING. Dentigerous cyst versus unicystic ameloblastoma – differential diagnosis in routine histology. *J. Oral Pathol Med*. 2003;32:486-91.
16. Fujii R, Kawakami M, Hyomoto M, Ishida J, Kirita T. Panoramic findings for predicting eruption of mandibular premolars associated with dentigerous cyst after marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(2):272-6.
17. Pozzer L, Jaimes M, Netto HDMC, Olate O, Barbosa JRA. Cistos Odontogênicos em crianças: análise de descompressão cirúrgica em dois casos. *Rev Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2009;9(2):17-22.
18. Godoy GP. Cisto dentífero inflamatório: uma nova entidade? *Rev Bras Patol*. 2004;3:48-9.
19. Morais HHA, Silva TFA, Dantas RMM, Feitosa JL, Araújo FAC. Cisto Dentífero Bilateral em Mandíbula: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2011;11(1):9-12.