

Artigo de Relato de Caso
Case Report Article

Cisto dentígero em região anterior da mandíbula

Dentigerous cyst in the anterior region of the jaw

Felipe Gomes Dallepiane¹
Vanessa Cador Batu²
Marciele Cristiane Spanenberg Fuhr¹
Anna Carolina Ceolin Milani¹
Gabriela Caovilla Felin²

Autor para correspondência:

Felipe Gomes Dallepiane
Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Odontologia
BR 285 – km 292,7 – São José
CEP 99042-800 – Passo Fundo – RS – Brasil
E-mail: 182537@upf.br

¹ Curso de Odontologia, Universidade de Passo Fundo – Passo Fundo – RS – Brasil.

² Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial, curso de Odontologia, Universidade de Passo Fundo – Passo Fundo – RS – Brasil.

Data de recebimento: 25 fev. 2022. Data de aceite: 19 maio 2022.

Palavras-chave:

cisto dentígero;
cisto odontogênico;
panorâmica.

Resumo

Introdução: O cisto dentígero é um cisto de origem odontogênica de desenvolvimento, normalmente encontrado em exames radiográficos de rotina, por ser assintomático. Sua patogênese está envolvida com o acúmulo de líquido entre a coroa do dente não irrompida e seu folículo. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de paciente jovem com impaction dentária de canino inferior associado a um cisto dentígero, demonstrando planejamento e correto diagnóstico. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 15 anos, com queixas de atraso de erupção do canino inferior. Ao exame, apresentou ausência clínica do dente 33 e persistência do dente 73 com mobilidade. Radiograficamente, constatou-se o elemento 33 incluso e impactado com curvatura em ápice radicular, além de apresentar espessamento de folículo compatível com lesão cística. O plano de tratamento proposto foi remoção cirúrgica do dente e enucleação da lesão. **Conclusão:** A escolha do tratamento deve levar em consideração fatores como tamanho da lesão e sua localização com proximidade de estruturas anatômicas nobres. O tratamento cirúrgico mediante a exodontia do elemento dentário envolvido com a curetagem da lesão é o principal procedimento quando a ortodontia não é indicada.

Keywords:

dentigerous cyst;
odontogenic cysts;
panoramic.

Abstract

Introduction: The dentigerous cyst is a cyst of odontogenic origin, normally found in routine routines by asymptomatic patients and its pathogenesis is with the accumulation of fluid between the unerupted tooth crown and its follicle. **Objective:** To report a clinical case of a young patient with lower canine dental impaction associated with a dentigerous cyst, demonstrating correct planning and diagnosis. **Case report:** Male patient, 15 years old, with complaints of delayed eruption of the lower canine. On examination, clinical absence of tooth 33 and persistence of tooth 73 with mobility. Radiographically, even radical - if element 33 follicle thickening compatible with cystic fracture. The proposed treatment plan was reformulated for the tooth and ex of the lesion. **Conclusion:** The choice of treatment must take into account factors such as the size of the lesion and its location in proximity to important anatomical structures. Surgical treatment is not the element used for the treatment of tooth extraction with curettage used is the main treatment indicated for orthodontics.

Introdução

O cisto dentígero, também conhecido como cisto folicular, é um cisto de origem odontogênica de desenvolvimento. Na maioria dos casos é encontrado em exames radiográficos de rotina, por ser assintomático, podendo ser suspeitado quando o fólculo é maior que 5 mm. Pode ser classificado em dois tipos: originado do epitélio reduzido do esmalte, que ocorre na 2.^a e 3.^a década, ou na presença ou ausência de inflamação, diagnosticada na 1.^a e 2.^a década no período de denteição mista [12]. Sua patogênese está envolvida com o acúmulo de líquido entre a coroa do dente não irrompida e o fólculo. O tratamento do cisto dentígero envolve enucleação cirúrgica ou a marsupialização com ou sem preservação do dente impactado, seguida de avaliação histopatológica para descartar outros cistos e tumores odontogênicos [16].

São os segundos cistos mais comuns dos cistos odontogênicos de desenvolvimento benignos depois dos cistos radiculares e aproximadamente 24% de todos os cistos verdadeiros dos maxilares, podendo ocorrer em uma ampla faixa etária, com foco na segunda à quarta década. Os cistos dentígeros são raramente vistos em crianças porque ocorrem com frequência na denteição permanente. Na literatura o dente mais envolvido é o terceiro molar inferior, seguido pelo canino superior e os

pré-molares inferiores; os caninos inferiores não irrompidos são menos comuns [13].

Os cistos dentígeros causados por dente supranumerário impactado localizado na região anterior da maxila representam apenas 5,5% dos casos; casos localizados no seio maxilar são ainda mais raros e geralmente não apresentam sintomatologia, somente em situações em que acontece uma infecção, podendo causar um inchaço doloroso ou expansão para as placas corticais, ou em casos mais graves de assimetria facial e destruição dos tecidos adjacentes [11].

Radiograficamente, os cistos evidenciam uma área radiolúcida unilocular caracterizada por margens escleróticas bem definidas associadas à coroa de um dente impactado; os cistos grandes podem causar expansão do osso cortical. Às vezes mostram características multiloculares na radiografia panorâmica ou em outros exames por imagem, provavelmente por causa do crescimento do cisto em áreas de diferentes densidades ósseas, podendo suspeitar de outras lesões mais agressivas, como ameloblastomas, ceratocistos odontogênicos e outros tumores odontogênicos [8].

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de paciente jovem com cisto dentígero associado a dente impactado em mandíbula.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 15 anos, leucoderma, buscou atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (FOUPF), com seu responsável, com queixas de atraso de erupção do canino inferior e indicação ortodôntica de extração dentária. Ao exame de imagem, constatou-se o elemento 33 incluído e impactado com curvatura em ápice radicular, o que tornou inviável o tracionamento ortodôntico e foi indicada a exodontia. O paciente foi encaminhado para o serviço da Residência em Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade de Passo Fundo (figura 1 - A e B).

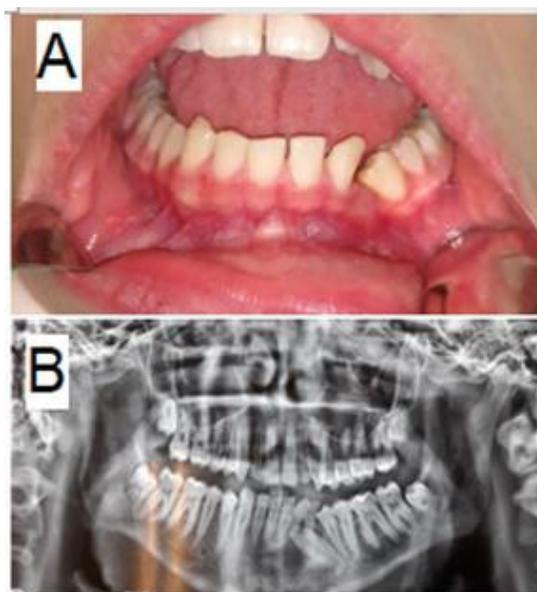


Figura 1 - Exame clínico (A). Exame radiográfico, mostrando impactação do elemento 33 (B)

Após o exame clínico e avaliação radiográfica inicial, o plano de tratamento proposto foi remoção cirúrgica do elemento impactado e exérese da lesão cística. Para realização de um planejamento correto da cirurgia, solicitou-se tomografia computadorizada de feixe cônico (*cone beam*) da região (figura 2 - A), que demonstrou o elemento 33 mesializado e com seu estágio de formação radicular completo, com imagem radiolúcida envolvendo a coroa do elemento incluído, em que o folículo apresentou um diâmetro mesodistal de 13,33 mm, altura de 15,4 mm e profundidade vestibulo-lingual de 8,60 mm, o que justificou a hipótese de cisto dentífero (figura 3 - A e B).

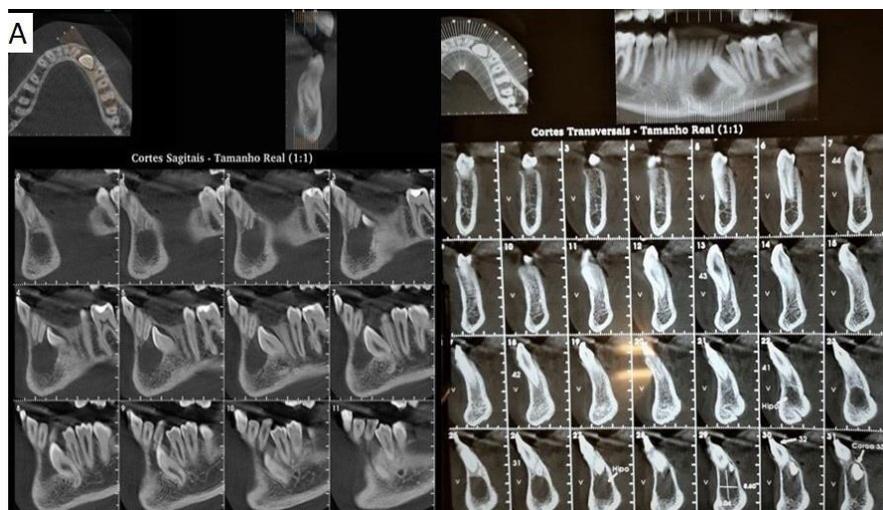


Figura 2 - Tomografia computadorizada de feixe cônico (*cone beam*) pré-operatório



Figura 3 - Folículo diâmetro mesodistal (A). Folículo altura e profundidade vestibulo-lingual (B)

Realizou-se profilaxia antibiótica com 1 grama de amoxicilina 500 mg 1 hora antes do procedimento. A antisepsia intraoral com clorexidina 0,12% foi feita por 1 minuto; após se fez a antisepsia extraoral com clorexidina 2%. A cirurgia ocorreu sob anestesia local com articaína 4% 1:100.000, seguida de uma incisão intrassulcular com lâmina de bisturi número 15 e retalhos cirúrgicos, estendendo-se de canino do lado oposto até segundo pré-molar do lado acometido, na região esquerda da mandíbula, e descolamento mucoperiosteal para acesso à lesão.

Em seguida, realizaram-se a osteotomia em torno do elemento dentário incluso 33, a odontosseção, dividindo a coroa em duas partes e posteriormente dividindo as porções radiculares para a total exodontia do elemento. Seguiu-se a curetagem da lesão cística, juntamente com sua cápsula e conteúdo cístico. Depois prosseguiu-se com irrigação copiosa da loja cirúrgica e o procedimento foi finalizado com suturas simples (figura 4 - A-E). O resultado do exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de cisto dentígero com abscesso associado (figura 5 - A-C).

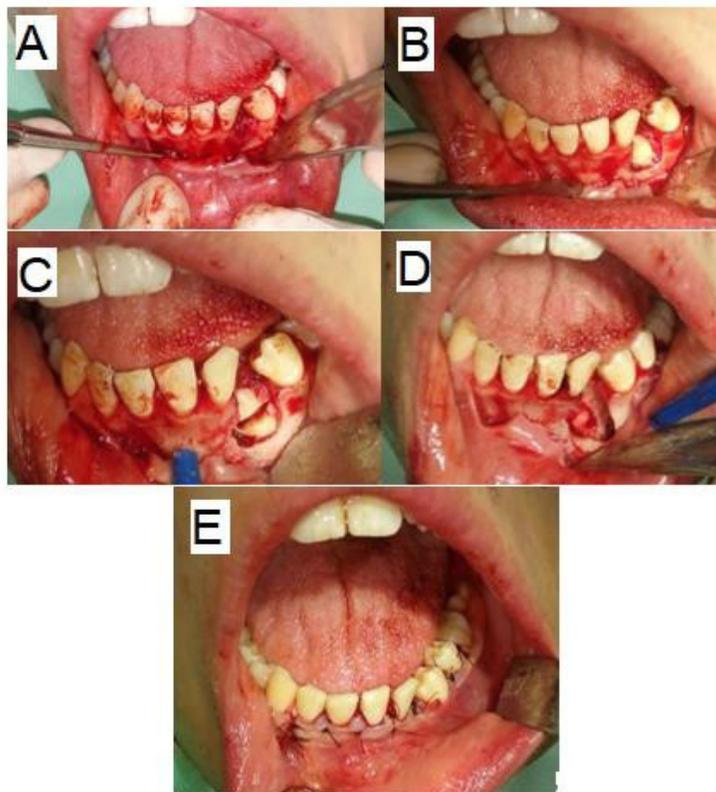


Figura 4 - Incisão intrassulcular (A), acesso à lesão (B), odontosseção (C), exodontia do elemento incluso (D), sutura com pontos isolados simples (E)

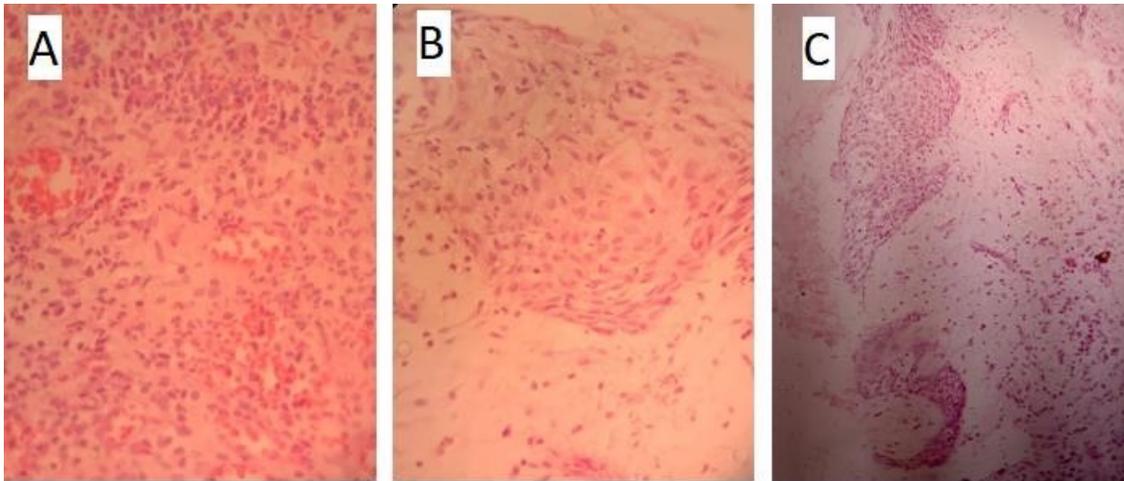


Figura 5 - Lâminas histológicas (A), HE aumento 100x, evidenciando epitélio odontogênico hiperplásico com cápsula fibrosa e espessa com infiltrado inflamatório crônico; (B) HE aumento de 400x, com células redondas no tecido epitelial; (C) HE aumento 400x, demonstrando intenso infiltrado inflamatório crônico com predomínio de fagócitos e supuração

O paciente recebeu orientações sobre os cuidados pós-operatórios e a prescrição medicamentosa envolveu analgésico, anti-inflamatório, antibioticoterapia e solução de bochecho intraoral. No acompanhamento pós-operatório de 7 dias, o paciente retornou com boa evolução, sem queixas álgicas, com suturas em posição em bom aspecto cicatricial, ausência de deiscências ou sinais de infecção, demonstrando um ótimo resultado da técnica.

Após acompanhamento de 8 meses, o paciente realizou tomografia computadorizada de controle pós-operatório, e constatou-se regressão completa da lesão e tecido ósseo neoformado (figura 6 - A).

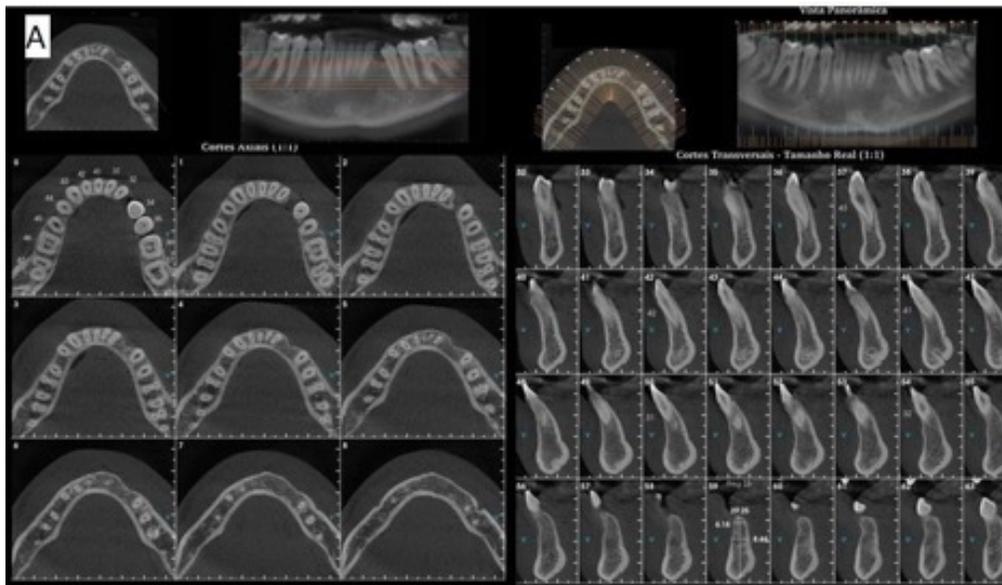


Figura 6 - (A) Tomografia computadorizada de feixe cônico (*cone beam*) pós-operatório 8 meses

Discussão

Os cistos dentígeros representam 17,1% dos cistos mandibulares e são localizados mais frequentemente em homens do que em mulheres, com predileção pela raça branca [10]. Dos cistos odontogênicos é o segundo tipo mais comum, cuja frequência é menor do que a do cisto radicular. Sua frequência mostra-se mais alta que cistos de desenvolvimento [2]. São formados ao redor da coroa de um dente incluso. Os elementos que geram a falha da sua erupção dos dentes afetados até hoje permanecem desconhecidos, exceto em casos em que os dentes estão impactados. A formação de cisto dentígero foi calculada em 1,44 em cada 100 dentes não erupcionados, podendo ressaltar que o risco de dentes individuais desenvolver cistos dentígeros varia consideravelmente [10].

Quanto à faixa etária mais acometida pelos cistos dentígeros, a literatura mostra variação ampla, de 3 a 57 anos, e mais frequentemente em crianças menores de 15 anos [2], dado que corrobora com o presente caso, que se trata de um paciente adolescente.

A patogênese pode se dar pelo acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte ou entre as camadas do órgão do esmalte, podendo ser o resultado de uma pressão exercida por um elemento dental em erupção no folículo, que obstrui o fluxo venoso e induz a transudação sérica através da parede capilar [3]. As características histológicas dos cistos dentígeros podem variar se apresentam uma inflamação ou não. No cisto dentígero não inflamado, há um revestimento epitelial fino junto a parede do tecido conjuntivo fibroso composto de células inflamatórias, derivado do epitélio de esmalte reduzido, e é do tipo primitivo com duas a quatro camadas de células cuboidais ou colunares baixas, além de ser rico em mucopolissacarídeos ácidos e de tecido conjuntivo frouxo. Já no cisto dentígero inflamado, o epitélio apresenta cristas da rede hiperplásica e a parede do cisto fibroso possui infiltrado inflamatório. Algumas vezes são encontradas glândulas sebáceas nas paredes [9]. No presente caso, diagnosticou-se como cisto dentígero abcedado.

Chen *et al.* [4] tiveram como objetivo avaliar a correlação entre a área de radiolusência ao redor da coroa de caninos superiores impactados e cistos dentígeros usando tomografia computadorizada de feixe cônico. Os resultados foram analisados com a ocorrência de cistos dentígeros durante a cirurgia. Participaram do estudo 58 pacientes (21 homens e 37 mulheres), a idade variou de 10 a 20 anos e 76 caninos superiores impactados foram incluídos na

pesquisa. Dos 76 caninos, 14 eram acompanhados por cistos. Com o aumento da espessura da área de radiolusência, a incidência de cistos aumentou significativamente. A maior incidência (71,43%) foi observada em caninos com 3-4 mm de espessura da área de radiolusência. Os autores concluíram que a espessura da área de radiolusência ao redor da coroa do canino impactado superior estava intimamente relacionada à ocorrência de cistos dentígeros [4].

As principais opções de tratamento vão depender da extensão da lesão e incluem marsupialização, descompressão e/ou enucleação completa. A primeira é a modificação de um cisto em uma bolsa, suturando o revestimento do cisto à mucosa adjacente, tendo como desvantagem a possível recidiva da lesão, em virtude de o tecido patológico ser deixado na cavidade e do desconforto para o paciente. A opção de descompressão reduz a pressão na cavidade do cisto e permite que um novo osso reconstrua o defeito ósseo, podendo proteger as estruturas anatômicas e adjacentes de danos. Essa opção ajuda a reduzir o volume do cisto antes da remoção e pode evitar operações em grande escala. Já a enucleação constitui um tratamento definitivo para remover toda a cápsula cística, principalmente em casos em que o cisto é pequeno e não é possível salvar o elemento dentário. Tem como principal vantagem ser um único ato operatório [14].

A técnica de escolha para a resolutividade do presente caso foi a enucleação completa, uma vez que se tratava de uma lesão relativamente pequena e não resultaria em grande perda óssea decorrente desse procedimento. Também a lesão não envolvia nenhuma estrutura anatômica nobre, o que possibilita a retirada de espécime para investigação histopatológica [15]. Karaca *et al.* [7] avaliaram a taxa de recorrência de cistos odontogênicos tratados por enucleação. Como resultado, verificaram que o tratamento por enucleação está associado a uma morbidade mínima e é preferível em relação à utilização de outras técnicas mais agressivas.

Em um diagnóstico diferencial de um cisto dentígero é muito importante levar em consideração tumores odontogênicos e cistos odontogênicos, como ceratocisto odontogênico, ameloblastoma unicístico, granuloma central de células gigantes e até mesmo um cisto radicular. Essas patologias possuem características clínicas e radiográficas semelhantes, pois geralmente são assintomáticas, podendo causar edema facial e atraso na erupção dentária [2]. Com isso, apenas o exame por imagem não pode diferenciá-lo de outras lesões, sendo o exame histopatológico imprescindível para o diagnóstico definitivo e correto.

Para confirmação diagnóstica, faz-se necessária uma avaliação criteriosa das características clínicas, imaginológicas e histopatológicas. Segundo Deepa *et al.* [5], o diagnóstico diferencial clínico de um cisto dentígero inclui cisto periapical, cisto odontogênico ceratocístico e ameloblastoma; já o diagnóstico diferencial radiográfico inclui fibroma ameloblástico, ameloblastoma unicístico, cisto odontogênico ceratocístico e tumor odontogênico adenomatoide. Todos os cistos e tumores devem ser descartados antes de considerar as opções de tratamento [5].

O exame complementar de imagem de primeira escolha foi a radiografia panorâmica, que foi um ponto-chave para o correto diagnóstico do caso. Por se tratar de uma lesão cística, certas modalidades, como a tomografia computadorizada, se mostram mais adequadas para visualizar melhor os aspectos da lesão. O uso complementar da tomografia computadorizada tornou-se amplamente usada para o diagnóstico das patologias bucais para delinear a extensão e sua relação com estruturas adjacentes, tornando as abordagens cirúrgicas mais seguras [2].

Alguns autores discutem a possibilidade de malignização dos cistos odontogênicos que não são tratados de maneira correta [6]. A evolução para um tumor odontogênico ou para carcinomas é rara, porém discutível. Abdeldayem [1] revelou um diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide de baixo grau com ausência de invasão vascular e ausência de margens livres um mês após exérese de lesão e molar associado. Portanto, o tratamento precoce é de suma importância para prevenção e evolução de lesões mais radicais [6].

Conclusão

O cisto dentígero é uma lesão de fácil diagnóstico e tratamento. A escolha deve estar baseada no tamanho da lesão e sua localização com proximidade de estruturas anatômicas nobres. É de suma importância o conhecimento das características clínicas e radiográficas dessa patologia, e o tratamento cirúrgico mediante exodontia do elemento dentário envolvido é o principal procedimento quando a ortodontia não está indicada, em que se leva em consideração uma avaliação criteriosa da impactação dentária, gerando mais possibilidade de correto diagnóstico. A escolha do tratamento deve ser individualizada para cada caso.

Referências

1. Abdeldayem MAM. A case report of maxillary dentigerous cyst transforms into mucoepidermoid carcinoma and systematic review of literature. *Advances Oral Maxillofacial Surg.* 2021;3(2021):100072.
2. Bergamini ML, Sanches GT, Pina PSS, D'Avila RP, Canto AMD, Ogawa CM et al. Cistos dentígeros múltiplos incomuns avaliados por tomografia computadorizada de feixe cônico: relato de caso em um paciente não sindrômico. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2021;87:110-3.
3. Bhardwaj B, Sharma S, Chitlangia P, Agarwal, P, Bhamboo A, Rastogi K. Mandibular dentigerous cyst in a 10-year-old child. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2016;9(3):281.
4. Chen J, Lv D, Li M, Zhao W, He Y. The correlation between the three-dimensional radiolucency area around the crown of impacted maxillary canines and dentigerous cysts. *Dentomaxillofac Radiol.* 2020;49(4):20190402.
5. Deepa, KK, Jannu A, Kulambi M, Shalini HS. A case of dentigerous cyst in a pediatric patient-With an insight into differential diagnostic entities. *Advances Oral Maxillofacial Surg.* 2021;3(2021):100130.
6. Demiriz L, Misir AF, Gorur DI. Dentigerous cyst in a young child. *Eur J Dent.* 2015;9(4):599-602.
7. Karaca Ç, Dere KA, Er N, Aktaş A, Tosun E, Köseoğlu OT et al. Recurrence rate of odontogenic keratocyst treated by enucleation and peripheral ostectomy: retrospective case series with up to 12 years of follow-up. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018;23(4):e443.
8. Martinelli-Klây CP, Martinelli CR, Martinelli C, Macedo HR, Lombardi T. Unusual imaging features of dentigerous cyst: a case report. *Dent J.* 2019;7(3):76.
9. Mohan KR, Natarajan B, Mani S, Ahmed SY, Kannan AV, Doraiswamy H. Aninfected dentigerous cyst associated with an impacted permanent maxillary canine, inverted mesiodens and impacted supernumerary teeth. *J Pharm Bioallied Sci.* 2013;5(2):135-8.
10. Narang RS, Manchanda AS, Arora P, Randhawa, K. Dentigerous cyst of inflammatory origin-a diagnostic dilemma. *Ann Diagn Pathol.* 2012;16(2):119-23.

11. Önay Ö, Süslü AE, Yılmaz T. Huge dentigerous cyst in the maxillary sinus: a rare case in childhood. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2019;57(1):54-6.
12. Patil AS, Jathar PN, Panse AM, Bahutule SR, Patil RU, Patil M. Infected dentigerous cyst and its conservative management: a report of two cases. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019;12(1):68-72.
13. Rajae EG, Karima EH. Dentigerous cyst: enucleation or marsupialization? (acase report). *Pan Afr Med J.* 2021;40(149).
14. Riachi F, Khairallah CM, Ghosn N, Berberi, AN. Cyst volume changes measured with a 3D reconstruction after decompression of a mandibular dentigerous cyst with an impacted third molar. *Clin Pract.* 2019;9(1):12-7.
15. Santana, NMD, Rebellato NLB, Machado MÂN. Divergências de tratamento do cisto dentígero: revisão sistemática. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilofac.* 2012;12(1):85-92.
16. Sivasankar V, Ranganathan K, Praveen B. Keratinizing dentigerous cyst. *Contemp Clin Dent.* 2014;5(1):127-9.