

## Caso Clínico

### CISTO DENTÍGERO ASSOCIADO AO TERCEIRO MOLAR IMPACTADO PROVOCANDO REABSORÇÃO RADICULAR EXTERNA DO PRIMEIRO MOLAR – RELATO DE CASO

#### DENTIGERAL CYST ASSOCIATED WITH THE IMPACTED THIRD MOLAR CAUSING ROOT RESORPTION OF THE FIRST MOLAR - CASE REPORT

Wilson José MARIANO JUNIOR<sup>1</sup>, Ana Vitória Reis SOUSA<sup>2</sup>, Giovanna Boaventura PIRES<sup>2</sup>, Letícia Ferreira OLIVEIRA<sup>2</sup>, Vitória Gabriella Ferreira BESSA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Mestre em Clínica Odontológica, Docente do Curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás.

<sup>2</sup>Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás.

#### Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 15 Jun 2022

Aceito em: 14 Out 2022

#### Autor para contato:

Wilson José Mariano Junior  
Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária,  
Anápolis, Goiás, Brasil  
75083-515  
(62) 3310-6600  
Email: wilson\_mariano@hotmail.com

#### RESUMO

O cisto dentígero, também conhecido como cisto folicular, origina-se a partir do acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa dentária, o que resulta na separação do folículo que circunda a coroa de um dente não erupcionado. Geralmente são radiolúcidos e uniloculares. O objetivo do trabalho foi relatar um caso de cisto dentígero associado a um terceiro molar inferior impactado provocando reabsorção radicular externa do primeiro molar inferior. Paciente de 28 anos, sexo feminino, compareceu a clínica de ensino com queixa principal de “meu siso está incomodando” há cerca de 6 meses e sensibilidade no primeiro molar inferior esquerdo. Foram realizadas coleta de Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF), exodontia do primeiro molar inferior e terceiro molar inferior esquerdo, enucleação do cisto como biópsia e a obtenção do resultado compatível com cisto dentígero. O diagnóstico e resultado obtidos nesse caso foram positivos. Os exames radiográficos e histopatológico foram realizados para complementar o diagnóstico. O histopatológico deverá ser realizado, pois o cisto dentígero é semelhante a outras lesões como o tumor odontogênico queratocístico e o ameloblastoma unicístico. As Fibrinas Ricas em Plaquetas e Leucócitos são inseridas formando um tampão no tecido lesado e são responsáveis pelo desencadeamento das próximas etapas da regeneração tecidual. As técnicas empregadas para tratamento do cisto dentígero são a enucleação e a marsupialização e em 85% dos casos a escolhida é a enucleação e a extração do dente associado. O cirurgião-dentista deve estar preparado para fazer o diagnóstico preciso frente ao cisto dentígero e realizar o tratamento adequado ou o encaminhamento a um especialista, quando for necessário.

**Palavras-chaves:** Reabsorção da Raiz, Cisto Dentígero, Cisto Odontogênico Calcificante, Dente Impactado, Dente não Erupcionado.

## INTRODUÇÃO

Dentes retidos, também conhecidos como inclusos e/ou impactados, são aqueles que estão impedidos de erupcionar completamente em uma posição funcional normal, podendo estar, parcialmente ou inteiramente recoberto por tecido ósseo. Isso pode decorrer por conta da falta de espaço, obstrução por outro dente ou outra via anormal de erupção. Possui etiologia multifatorial, como por exemplo, barreiras mecânicas: cistos, tumores, dentes supranumerários e estruturas ósseas mais densas. Os terceiros molares são os dentes mais acometidos por tal situação, sendo então mais suscetíveis de identificação por meio de exames de imagem de rotina.<sup>1</sup>

Os terceiros molares inclusos ou impactados podem causar alterações sistêmicas, locais ou regionais. Sendo divididas por: infecciosas, mecânicas, neurológicas e tumorais.<sup>2</sup> A prolongação de dentes inclusos ou impactados são refletidas em dores de origem desconhecidas e podem ocasionar lesões de cárie dentária, doença periodontal, reabsorções radiculares externas de dentes adjacentes, cistos e tumores odontogênicos.<sup>3</sup>

O cisto dentígero, também conhecido como cisto folicular, origina-se a partir do acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa dentária, o que resulta na separação do folículo que circunda a coroa de um dente não erupcionado. Geralmente, o cisto dentígero adere-se ao dente na junção amelocementária. É considerado o tipo mais comum de cisto odontogênico de desenvolvimento, representando cerca de 20% de todos os cistos com revestimento epitelial encontrados nos maxilares.<sup>4</sup> Sua etiopatogenia ainda não foi bem elucidada, mas acredita-se que a proliferação epitelial em torno de uma cavidade preenchida por líquido cresça continuamente por pressão osmótica durante um longo período de tempo, enquanto o dente não irromper.<sup>5</sup>

A reabsorção radicular dentária pode ser definida como um evento fisiológico ou patológico

decorrente, principalmente, da ação de células clásticas ativadas, sendo caracterizada pela perda progressiva ou transitória de cemento ou cemento e dentina. Essas reabsorções são um fenômeno estritamente local e podem ser induzidas por fatores traumáticos e/ou infecciosos.<sup>4</sup> As associações a lesões perirradiculares, assim como dentes impactados, traumatismo oclusal ou tecidos patológicos, sendo cistos ou neoplasias, também são relacionados como fatores etiológicos das reabsorções dentárias.<sup>6</sup>

Apesar de o cisto dentígero ter a possibilidade de ocorrer em associação a qualquer dente incluso, os terceiros molares inferiores e superiores, caninos superiores e segundos pré-molares inferiores são frequentemente acometidos. Sua ocorrência em dentes decíduos não erupcionados é rara. São mais comumente encontrados em indivíduos com idades entre 10 e 30 anos. Apresenta predileção pelo gênero masculino e prevalência em leucodermas. Costumam ser assintomáticos e descobertos apenas em exames radiográficos de rotina. Os cistos dentígeros podem evoluir até atingir uma dimensão considerável e quando a lesão se apresenta ampla, pode surgir expansão óssea dolorosa na região acometida e assimetria facial. Grandes cistos dentígeros são incomuns e podem tratar-se, na realidade, de ameloblastoma ou queratocisto. Radiograficamente, é possível observar uma área radiolúcida unilocular com margens bem definidas e radiopacas associada à coroa de um dente incluso, entretanto, cistos infectados podem apresentar margens pouco definidas. Para que a lesão seja considerada um cisto dentígero, acredita-se que o espaço radiolúcido que circunda a coroa de um dente deve ter diâmetro de 3 a 4 mm. Os achados clínicos, radiográficos e histopatológicos devem ser associados, pois existem lesões radiograficamente semelhantes, como os queratocistos, ameloblastomas unicísticos, além de outros tumores odontogênicos e não odontogênicos.<sup>4</sup>

Em relação aos achados histopatológicos, as características podem variar de acordo com a condição do cisto, se ele se apresenta inflamado ou não. Quando o cisto dentígero não está inflamado, a parede cística possui tecido conjuntivo fibroso frouxo e compostos de glicosaminoglicanos. Na cápsula fibrosa podem estar presentes restos epiteliais odontogênicos. Já no cisto dentígero inflamado a cápsula fibrosa da cavidade cística possui mais colágeno, apontando uma variedade de infiltrado de inflamatório crônico.<sup>4</sup>

Quando o cisto dentígero está localizado na mandíbula, pode provocar deslocamento do canal mandibular, reabsorção da parede deste canal, reabsorção de dentes adjacentes ou até mesmo fratura mandibular. O prognóstico para o cisto dentígero é favorável e apresenta baixo índice de recidiva, porém necessita de um acompanhamento cauteloso.<sup>5</sup> As possíveis complicações que podem ocorrer devido à presença de cisto dentígero são extensa destruição óssea com o crescimento, reabsorção de raízes de dentes adjacentes, deslocamento de dente e transformação neoplásica do revestimento para formação de ameloblastoma (rara) ou muito raramente, carcinoma.<sup>7</sup>

O tratamento, normalmente, é cirúrgico, sendo a marsupialização ou a enucleação associada à extração do elemento dentário. Há condições a serem avaliadas para a escolha, como analisar idade do paciente, localização do cisto e a posição do dente em relação ao cisto e outras estruturas anatômicas.<sup>7</sup>

A Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF) é um concentrado sanguíneo obtido a partir do sangue centrifugado do próprio paciente, sem uso de anticoagulantes. Com sua utilização tem-se o objetivo de auxiliar o processo de cicatrização e regeneração dos tecidos moles e duros, fazendo com que ocorram com mais rapidez. Por meio da L-PRF ocorre o aumento dos fatores de crescimento, metaloproteínas e interleucinas, que irão promover

proliferação e diferenciação osteogênica, contribuindo para a regeneração tecidual.<sup>8</sup> Perante o exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso de cisto dentígero associado a um terceiro molar inferior impactado com reabsorção radicular do primeiro molar inferior.

## CASO CLÍNICO

Paciente S.S.S, 28 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, compareceu à Clínica Odontológica de Ensino da Universidade Evangélica de Goiás queixando-se de incômodo na região do terceiro molar inferior do lado esquerdo. Por meio de uma anamnese e exame clínico bem detalhado, foi observado ausência do segundo molar inferior esquerdo, paciente relatou dor na região retromolar há cerca de 6 (seis) meses e sensibilidade no primeiro molar inferior esquerdo. Foi realizado o exame radiográfico panorâmico (Figura 1) sendo possível observar o terceiro molar inferior esquerdo incluso horizontalmente e na posição III C, segundo a classificação de Pell e Gregory, associado a uma lesão radiolúcida unilocular envolvendo a coroa do referido dente, e também a provável reabsorção radicular externa distal do primeiro molar inferior esquerdo.



Figura 1: Radiografia panorâmica inicial.

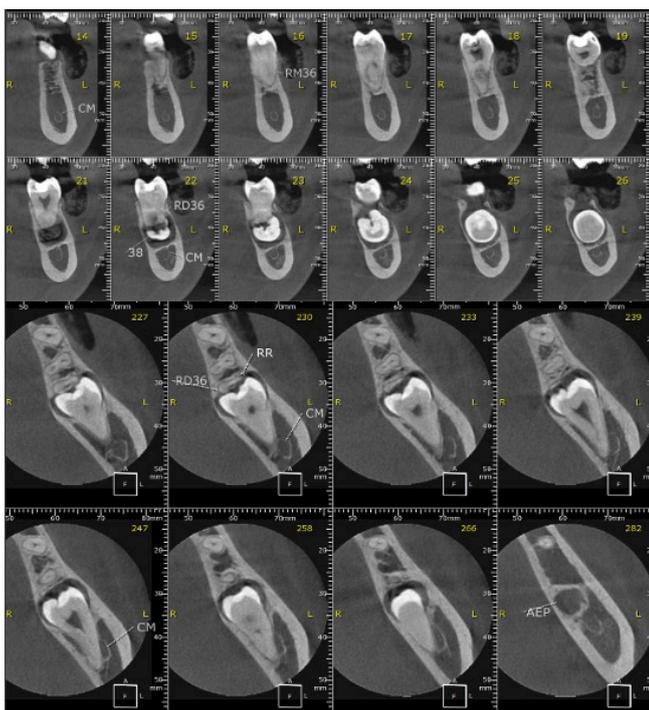
Como exame complementar para o diagnóstico final e planejamento do tratamento foi solicitado exame de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), na qual podemos observar os cortes axiais da região dos dentes 38 e 36, possibilitando a avaliação minuciosa da região mandibular (Figura 2). Por meio do exame solicitado constatou-se o elemento dentário 38 incluso, reabsorção radicular da raiz distal do primeiro molar inferior esquerdo e área hipodensa em torno do dente incluso, margem esclerótica, com provável diagnóstico de cisto dentígero ou folicular tracionando o terceiro molar inferior esquerdo. A conduta de escolha para o caso foi a exodontia do elemento dentário 36, devido a reabsorção radicular externa e do elemento dentário 38. Para promover a hemostasia e sucesso na fase de cicatrização utilizaram a Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF).



**Figura 3:** Tubos de fibrina rica em plaquetas coletadas da paciente

No pré-operatório foram administrados, uma hora antes da realização do procedimento, dois comprimidos de Dexametasona 4 mg e um comprimido de Lisador (dipirona 500mg, cloridrato de prometazina 5mg e cloridrato de adifenina 10mg). Foi aferida a pressão arterial resultando em 121/77 mmHg e realizado a punção venosa cubital mediana para a coleta quatro tubos de sangue da paciente para obtenção de Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF) (Figura 3), utilizada no auxílio da cicatrização da ferida cirúrgica e na regeneração dos tecidos bucais.

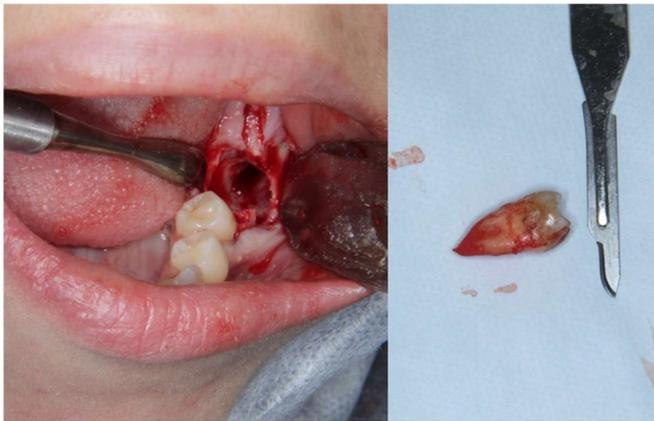
Durante o procedimento, utilizou-se a técnica anestésica da FOA (Faculdade de Odontologia de Anápolis), que anestesia simultaneamente os nervos alveolar inferior, nervo lingual e nervo bucal em única punção - desenvolvida pelos professores da Universidade Evangélica de Goiás, Geraldo José de Oliveira e Paulo Roberto Fonseca - com substância ativa lidocaína à 2% com epinefrina 1:100.000. Realizou-se descolamento e exodontia do elemento 36 (Figura 4) e, posteriormente, efetuou-se com uma incisão na região do trígono retromolar e confecção de um retalho do tipo envelope, osteotomia, odontosseção e exodontia do elemento 38 (Figura 5).



**Figura 2:** Tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) em cortes axiais.



**Figura 4:** Exodontia do elemento 36.



**Figura 5:** Exodontia do elemento 38.



**Figura 6:** Cápsula cística removida.



**Figura 7:** Introdução das fibrinas ricas em plaquetas no alvéolo.

Foi realizada a enucleação do cisto (Figura 6) e o alvéolo foi curetado e irrigado com solução fisiológica, e subsequente introdução das Fibrinas Ricas em Plaquetas (Figura 7). Executou-se a síntese por meio de suturas utilizando fio de nylon 3-0 e sutura em X na região operada. O material foi coletado para exame anatomopatológico por meio de curetagem, de origem intraóssea da região do dente 38. Foram enviados para análise quatro fragmentos de tecido em formato irregular, coloração esbranquiçada, o maior fragmento com tamanho de 17x7x5mm e fixado em formol. O resultado foi compatível com cisto dentígero.

Para o protocolo pós-operatório, foi mantido o uso de Dexametasona 4mg, de 12 em 12 horas, durante 3 dias e Lisador de 6 em 6 horas, por 3 dias. A paciente recebeu orientações acerca dos cuidados pós-operatórios e regressar após 7 dias para proervação e remoção de sutura. Após 1 semana de pós-operatório, a paciente retornou à Clínica Odontológica de Ensino para remoção de sutura, onde foi realizada radiografia periapical da região operada (Figura 8), apresentando resultados satisfatórios. Foi prescrito o uso de Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas, pelo período de 7 dias, com o objetivo de prevenir infecções após a remoção de sutura devido a rejeição de uma das Fibrinas Ricas em Plaquetas e Leucócitos, na qual foi retirada e realizada a lavagem da região com clorexidina. Por fim, foi feito o acompanhamento e a evolução do caso foi satisfatória.



**Figura 8:** Radiografia Periapical da região operada.

## DISCUSSÃO

As técnicas classicamente utilizadas para o tratamento do cisto dentígero são a enucleação e a marsupialização. O profissional deve analisar o caso em questão para definir qual a melhor conduta a ser estabelecida, levando em consideração alguns critérios como o tamanho do cisto, a idade do paciente, a proximidade do cisto com estruturas anatômicas e importância clínica dos dentes envolvidos.<sup>9</sup>

A enucleação do cisto dentígero e a extração do dente não irrompido associado são empregadas em cerca de 85% dos casos.<sup>5</sup> No presente relato, a enucleação foi a modalidade de tratamento escolhida levando em consideração o tamanho da lesão cística, visto que a enucleação é a terapia de escolha para cistos de dimensões menores e quando não há continuidade com estruturas anatômicas importantes, pois essa modalidade é um tratamento definitivo e sem necessidade de outras intervenções, além disso, possibilita um estudo histopatológico completo da lesão.<sup>5</sup> Optou-se pela exodontia do dente envolvido (dente 38) em decorrência de sua pouca importância clínica, no que se refere à função mastigatória e estética e devido a esse elemento estar causando reabsorção radicular em seu adjacente (dente 36), que também foi extraído.

A aspiração da lesão deve ser feita em todos os casos, pois lesões semelhantes radiograficamente podem ser tumores odontogênicos ou, ainda, lesões vasculares, e não cistos como se espera, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto.<sup>9</sup>

O exame histopatológico deve necessariamente ser realizado, pois o cisto dentígero é semelhante a outras lesões como o queratocisto odontogênico e o ameloblastoma unicístico. Em situações que for oportuno, é importante fazer a biópsia incisional antes do tratamento definitivo para fazer o diagnóstico diferencial.<sup>9</sup>

Para se estabelecer o diagnóstico de um cisto dentígero, alguns autores sugeriram que a lesão deve apresentar algumas características básicas. A radioluscência pericoronária deve ter mais que 4 milímetros em sua maior extensão, a análise microscópica do material biopsiado revela uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso revestida por epitélio escamoso estratificado não-queratinizado. Por último, deve apresentar um espaço cístico cirurgicamente demonstrável entre o esmalte dentário

e o folículo pericoronário.<sup>10</sup> O presente caso aqui relatado apresenta todas estas características, confirmando o diagnóstico de cisto dentígero. É possível notar assimetria facial em paciente portador de cisto dentígero, porém, neste caso não foram observadas anormalidades na face durante o exame clínico.

A exodontia profilática de dentes impactados e não sintomáticos ainda é uma ideia controversa na literatura. Isto se deve ao potencial de complicações do procedimento como trismo, inchaços, fraturas e lesões nervosas. Entretanto, passa a ser indicada a exodontia, quando na presença dos agravos que frequentemente atingem dentes nessas condições: presença de pericoronarite recorrente; cistos dentários; reabsorção das raízes de dentes adjacentes; infra-oclusão; dor; abscessos e cáries não restauráveis.<sup>7</sup>

Para a cicatrização, foram introduzidas no alvéolo Fibrina Ricas em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF). A cicatrização de feridas depende, inteiramente, dos mecanismos iniciais da homeostase tecidual. Quando um organismo sofre uma lesão, o primeiro tecido a reagir é o sangue, já que uma hemorragia representa um perigo iminente e potencialmente grave para o organismo. A ferida desencadeia uma cascata de reações moleculares e celulares que levam ao selamento da lesão vascular com um agregado de plaquetas. As Fibrinas Ricas em Plaquetas e Leucócitos não somente estancam a hemorragia, formando um tampão no tecido lesado, como também são responsáveis pelo desencadeamento das

próximas etapas da regeneração tecidual. Para isto, as plaquetas geram uma grande concentração de fibrinogênio e enzimas fibrinogênicas nas áreas das feridas, e liberam numerosos mediadores pró-regenerativos, particularmente os da família de fatores de crescimento.<sup>11</sup>

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião-dentista deve estar preparado para fazer o diagnóstico preciso e realizar o tratamento adequado ou o encaminhamento a um especialista, quando necessário. O cisto dentígero se origina pela separação do folículo presente ao redor da coroa de um dente incluso, porém, sua etiopatogênia é indefinida. Esse cisto pode ser encontrado em idades diferentes, sendo mais comum a descoberta entre os 20 a 30 anos de vida. Por meio dos exames radiográficos, foi observado que o terceiro molar esquerdo estava incluso horizontalmente e associado a uma lesão radiolúcida unilocular com margem bem definida. No exame histopatológico foi confirmado o diagnóstico de cisto dentígero. Para tratamento deste caso, foi indicado a realização da enucleação juntamente com a exodontia dos elementos dentários 36 pela impactação, e o 38 pelo envolvimento com o cisto dentígero e por não ser possível a sua erupção correta. O método de cicatrização Fibrina Rica em Plaquetas (FRP) foi utilizado para melhor resposta. O prognóstico para cistos dentígeros é excelente e raramente é observada recidiva após a remoção completa do cisto.

## ABSTRACT

The dentily cyst, also known as follicular cyst, originates from the accumulation of fluid between the reduced epithelium of the enamel organ and the dental crown, which results in the separation of the follicle surrounding the crown of a non-erupted tooth. They are usually radiolucent and unilocular. The objective of this study was to report a case of dentulous cyst associated with an impacted lower third molar causing external root resorption of the lower first molar. A 28-year-old female patient attended the teaching clinic with a major complaint of "my system is bothering" about 6 months ago and tenderness in the left lower first molar. Fibrin Rica was collected in Platelets and Leukocytes (L-PRF), extraction of the lower first molar and left lower third molar, enucleation of the cyst as biopsy and obtaining the result compatible with dentily cyst. The diagnosis and results obtained in this case were positive. Radiographic and histopathological examinations were performed to complement the diagnosis. Histopathological should be performed, as the dentin cyst is similar to other lesions such as keratocystic odontogenic tumor and unicystic ameloblastoma. Platelet-rich Fibrins and Leukocytes are inserted into a buffer in the injured tissue and are responsible for triggering the next stages of tissue regeneration. The techniques used for the treatment of the dentide cyst are enucleation and marsupialization and in 85% of the cases the chosen one is enucleation and extraction of the associated tooth. The dentist should be prepared to make the precise diagnosis in the face of the dentin cyst and perform appropriate treatment or referral to a specialist when necessary.

**Keywords:** Root Resorption, Dentigerous Cyst, Calcifying Odontogenic Cyst, Impacted Tooth, Non-Erupted Tooth.

## REFERÊNCIAS

1. Medeiros JP, Marcantonio JRE. et al. Extração de terceiro molar incluso. Relato de caso. Rev Odontol UNESP. 2017;47.
2. Marqués N. et al. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2006;102(6):725 – 732.
3. Hupp JR. et al. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN; 2021.
4. Neville BW. et al. Patologia Oral & Maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: GEN; 2021.
5. Caliento R, Mannarino FS, Hochuli-Vieira E. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. Rev Odontol UNESP. 2013; 42(6): 458-462.
6. Santos KSA, Souza LHC, et al. Avaliação do conhecimento dos alunos do curso de odontologia sobre a reabsorção radicular relacionada ao tratamento ortodôntico. IJD, Int. J. Dent. 2010;2(9).
7. Gusmão JQB, Neves LE M. et al. Enucleação de Cisto Dentígero Associado a Terceiro Molar Inferior: Relato de caso. RevICO. 2018;16(3):109- 11.
8. Kerhwald R. et al. Uso de fibrina rica em plaquetas em enxerto ósseo e implantes dentários. Res., Soc. Dev. 2021; 1(10).
9. Vaz LGM. et al. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. RGO. 2010; 1(58): 127-130.
10. Barroso DS, Hanemann JAC, de Araújo OMB; Pereira MC. Cisto dentígero na infância – relato de caso e revisão de literatura. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2002; 27(5):364-369.
11. Takamori ER, Teixeira MV, Menezes K, et al. Fibrina rica em plaquetas: preparo, definição da qualidade, uso clínico. INCQS-FIOCRUZ. 2018; 1 (6):118- 124.