

CISTO DENTÍGERO SINTOMÁTICO EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO

SYMPTOMATIC DENTIGEROUS CYST IN THE MANDIBLE: CASE REPORT

Amanda de Lima FERREIRA¹; Ana Clara Bispo Alves FARIAS¹; Maria Alves Garcia Santos SILVA²; Satiro WATANABE³; Wilson José MARIANO JUNIOR⁴; Mário Serra FERREIRA⁵

¹Discente do Curso de Odontologia, Universidade Evangélica de Goiás – UniEvangélica, Goiás, Brasil;

²Doutora, Professora na Faculdade de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás;

³Mestre, Professor na Faculdade de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás;

⁴Mestre, Professor na Faculdade de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás

⁵Doutor, Professor na Faculdade de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 13 Set 2023

Aceito em: 20 Set 2023

Autor para contato:

Mário Serra Ferreira

Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária, Anápolis, Goiás, Brasil, CEP: 75083-515

Email: mario.ferreira@docente.unievanglica.edu

RESUMO

Cistos dentígeros são o segundo cisto odontogênico mais frequente nos maxilares, é uma lesão benigna derivada do epitélio odontogênico da parte coronária, associadas aos elementos dentários impactados ou inclusos. São observados em exames de rotina ou quando não há a erupção de um dente permanente. O seu crescimento é lento e assintomático. Ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, com predileção em pacientes do sexo masculino e predominância em leucodermas. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com nove anos, que apresentou um cisto dentígero sintomático na região de corpo mandibular esquerda. A abordagem cirúrgica foi realizada em ambiente hospitalar sob anestesia geral, com a enucleação da lesão e conservação do elemento dentário associado. Após 19 meses de proervação, foi notado que o segundo molar inferior manteve seu processo de rizogênese natural, a área manuseada apresenta sinais clínicos de coloração normal, ausência de edema e a paciente encontra-se sem sinais de recidiva e ausência de sintomas subjetivos.

Palavras-chaves: cisto dentígero; mandíbula; relato de caso

INTRODUÇÃO

O cisto dentígero (CD) é um cisto odontogênico de desenvolvimento que afeta cerca de 0,91-7,3% da população.^{1,2} Geralmente estão localizados próximos aos terceiros molares inferiores e próximos aos caninos superiores, pré-molares inferiores e terceiros molares superiores. Os CDs são lesões intraósseas benignas, predominante em

pacientes entre a primeira e terceira década de vida, com predileção pelo sexo masculino e prevalência em leucodermas.³

Geralmente, são assintomáticos e descobertos acidentalmente em exames radiográficos de rotina. Podem se tornar infectados, ficando associados a dor e edema. Grandes cistos podem ocasionar uma expansão óssea indolor na área envolvida, causando assimetria facial, desconforto e parestesia.⁴

Radiograficamente, a lesão se caracteriza por uma área radiolúcida unilocular associada à coroa de um dente não erupcionado, com margens bem definidas. Podem apresentar três variantes radiográficas conforme o envolvimento da coroa: central, lateral e circunferencial.⁵

O tratamento mais comum nessas situações, é a enucleação da lesão e remoção do dente não erupcionado, em casos onde a erupção não for possível posteriormente. A marsupialização também pode ser realizada, em casos de grades cistos ou quando associados com estruturas vitais.⁶ O prognóstico dessa patologia é considerado excelente e raramente nota-se casos de recidiva.⁷ A aspiração deve ser realizada para ter a exclusão das hipóteses de diagnóstico diferencial.⁶

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de cisto dentígero sintomático na região esquerda da mandíbula que fora tratado através da enucleação sob anestesia geral. Este relato de caso foi escrito seguindo as Diretrizes da CARE.⁸

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 9 anos, leucoderma, compareceu à clínica de diagnóstico com queixa principal de inchaço na região de corpo mandibular esquerda, acompanhado de sintomatologia dolorosa durante o processo mastigatório há dois meses. Na história médica não foi relatado nada digno de nota. Na avaliação extrabucal notou-se discreta assimetria no terço inferior do lado esquerdo mandibular (Figura 1). Na oroscopia observou-se aumento volumétrico em região de rebordo alveolar próximo ao elemento 36, com presença de rubor e consistência endurecida à palpação (Figura 2).

Na análise complementar, a paciente apresentou-se com os exames imaginológicos, sendo eles, a radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico, que anteriormente

foram solicitados por outro profissional. A lesão apresentava-se associada a coroa/raiz do elemento dentário 36 e com 2/3 da coroa do dente 37 em fase de risogênese incompleta, com bordas nítidas, centro radiolúcido, unilocular, proximidade com o canal mandibular e expansão da cortical óssea (figuras 3 e 4). A hipótese de diagnóstico foi de cisto dentígero, tendo como diagnóstico diferencial o ameloblastoma unicístico.

O procedimento foi realizado sob anestesia geral com intubação nasotraqueal devido a paciente ser uma criança com comportamento não colaborativo. A anestesia local foi realizada pela técnica direta, anestesiando os nervos alveolar inferior, bucal e lingual com um tubete anestésico de cloridrato de lidocaína a 2% associado à epinefrina na concentração 1:100.000.

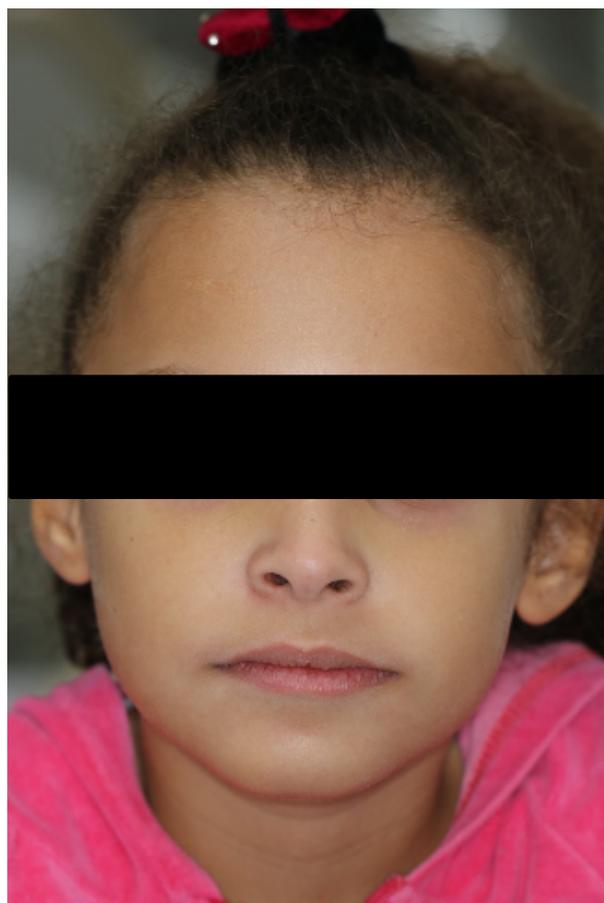


Figura 1. Face da paciente de nove anos, apresentando discreta assimetria do ângulo mandibular esquerdo, devido a expansão da cortical.



Figura 2. Aumento volumétrico com consistência dura a palpação localizado em região de rebordo alveolar próximo ao elemento 36.

O procedimento foi realizado sob anestesia geral com intubação nasotraqueal devido a paciente ser uma criança com comportamento não colaborativo. A anestesia local foi realizada pela técnica direta, anestesiando os nervos alveolar inferior, bucal e

lingual com um tubete anestésico de cloridrato de lidocaína a 2% associado à epinefrina na concentração 1:100.000. Primeiramente foi realizado a exodontia do elemento 75, posteriormente um retalho triangular foi confeccionado com uma lâmina 15 por meio de uma incisão sulcular e incisão relaxante na região mesial do dente 36 (Figura 5). Em seguida, uma osteotomia foi criada para exposição da membrana cística, com auxílio da broca esférica carbide N.6 adaptada em uma peça reta e alveolótomo. Realizou-se a enucleação auxiliado pela cureta de Lucas resultando na remoção de nove fragmentos da lesão, preservando o nervo alveolar inferior. Posteriormente, realizou-se a limpeza com soro fisiológico 0,9% e síntese por meio de sutura simples e contínua com o fio reabsorvível vicryl 4.0 (Figuras 6 e 7)



Figura 3. Radiografia panorâmica dos maxilares, evidenciando a área da lesão radiolúcida, de limites definidos, unilocular, associada a coroa/raiz do elemento 36 e com 2/3 da coroa do dente 37



Figura 4. Tomografia computadorizada de feixe cônico demonstrando lesão próxima ao canal mandibular e nervo alveolar inferior, expansão da cortical óssea, com bordas nítidas e região radiolúcida.



Figura 5. Retalho triangular - Incisão sulcular com uma relaxante na face mesial do 36.



Figura 6. Osteotomia realizada com broca esférica carbide nº 6.



Figura 7. Síntese tecidual realizada com fio reabsorvível vycril 4.0

O resultado do exame anatomopatológico apresentou região com infiltrado inflamatório crônico, camada epitelial hiperplásica com desenvolvimento de cristas epiteliais e características escamosas mais definidas, tendo confirmado a hipótese diagnóstica de cisto dentígero, estabelecido pela equipe.

Paciente recebeu alta hospitalar no mesmo dia. No retorno de 11 dias, compareceu para a remoção de sutura. O acompanhamento foi realizado, apresentando cicatrização tecidual satisfatória, com sinais clínicos de coloração normal, ausência de edema e dor. Na preservação de 30 meses, ao exame radiográfico, o acompanhamento revelou um bom reparo ósseo, erupção e formação completa do elemento 36, seguimento da rizogênese do elemento 37 e 38, ausência de recidiva da lesão e ausência de deslocamento dentário. (Figura 8).

DISCUSSÃO

Os cistos dentígeros são cistos odontogênicos intraósseo que têm a origem nas células que formam o órgão do esmalte, em que desenvolvem pelo acúmulo de líquido entre o epitélio do esmalte reduzido e a coroa de um dente não erupcionado. Acomete comumente pacientes jovens entre a segunda e terceira década de vida e geralmente assintomáticos.⁹



Figura 8. Radiografia panorâmica após 30 meses de preservação, sem sinais de recidiva e seguimento da erupção dentária

No caso citado, a paciente tem 9 anos e compareceu à unidade odontológica com queixa sintomática de dor, contrapondo o que cita a literatura. Esses dados são importantes para advertir o cirurgião dentista na realização de um prognóstico, visto que, há casos que são exceções do que se diz a ciência.

Para se estabelecer um diagnóstico de um cisto dentígero, DALEY & WYSOCKI (1995)¹⁰ propuseram que a patologia deve manifestar algumas características prevalentes. A região pericoronária deve apresentar radiolucência de 4mm em sua maior extensão, o material biopsiado apresentar uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso recoberta por epitélio escamoso estratificado não queratinizado. Por último, deve apresentar envolvimento com a junção cimento-esmalte do dente adjacente.

No que concerne ao tratamento do cisto, o clínico deve avaliar qual é o mais indicado à cada situação. A escolha terapêutica para os casos é multifatorial, dependendo da idade do paciente, extensão da lesão, estruturas associadas e das

consequências pós-operatórias. A anestesia geral, permitiu uma execução mais favorável do tratamento, pois, promoveu a inconsciência completa da paciente, contribuindo de forma positiva, visto que, a criança demonstrou vários sinais de ansiedade e não colaboração no atendimento clínico.

A enucleação, é favorável em casos de lesões menores e quando não há envolvimento com estruturas anatômicas nobres, é um tratamento definitivo e não necessita de outras intervenções.⁶ Já a marsupialização, é realizada em casos onde há expansão da cortical e relação com estruturas nobres, pois promove a decompressão intracística a partir de um alívio interno da pressão do líquido, o que permite a neoformação óssea da cavidade, evitando lesões às estruturas adjacentes.¹¹ No caso em questão, a enucleação foi escolhida devido a alguns fatores como idade, melhor controle pós-operatório e tratamento resolutivo da lesão mais rápido, que, se realizada a decompressão o controle por parte do profissional e da paciente seria mais rigoroso. Ademais, o elemento

dentário envolvido é permanente, sendo necessário a sua manutenção para uma oclusão correta e funcional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enucleação de cisto dentígero em ambiente hospitalar sob anestesia geral, em criança de 9 anos, apresentou como um tratamento assertivo, permitindo a ausência de recidiva e manutenção do processo eruptivo dos dentes associados.

ABSTRACT

Dentigerous cysts are the second most common odontogenic cysts in jaws, is a benign lesion derived from the odontogenic epithelium of the coronary, associated with impacted or impacted dental elements. They are observed during routine exams or when a tooth does not erupt permanently. Its growth is slow and asymptomatic. Mainly occurs in the first three decades of life, with a predilection for patients of the male and predominance in Caucasians. The objective of this work is to report the case of a nine-year-old patient who presented with a cyst symptomatic dentigerous in the left mandibular body region. The approach surgery was performed in a hospital environment under general anesthesia, with the enucleation of the lesion and conservation of the associated dental element. After 19 months of follow-up, it was noted that the lower second molar maintained its process of natural rhizogenesis, the area handled shows clinical signs of normal color, and absence of edema and the patient has no signs of recurrence and absence of subjective symptoms.

KEYWORDS: *dentigerous cyst; jaw; case report*

REFERÊNCIAS

1. Açıkgoz A, Uzun-Bulut E, Özden B, Gündüz K. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17:108-15.
2. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2014;5:9-14.
3. Nahajowski M, Hnitecka S, Antoszewska-Smith J, Rumin K, Dubowik M, Sarul M. Factors Influencing an Eruption of Teeth Associated with a Dentigerous Cyst. A Systematic Review. *BMC Oral Health*. 2021; 180(21).
4. Ko KSC, Dover DG, Jordan RCK. Bilateral dentigerous cysts – report of an unusual case and review of the literature. *J Can Dent Assoc*. 1999 Jan;65(1):49-51.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1983:260-5.
6. Murakami A, Kawabata K, Suzuki A, Murakami S, Ooshima T. Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst: case report. *Pediatr Dent*. 1995 Sep-Oct;17(5):372-4.
7. Barroso DS, Hanemann JAC, Araújo OMB, Pereira MC. Cisto dentígero na infância – relato de caso e revisão de literatura. *JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002 Feb;5(2):364-69.
8. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *J Med Case Reports*. 2013; 7 (223).
9. Bhaskar SN. Synopsis of oral pathology. 2. ed. St. Louis: C. V. Mosby Co; 1955.
10. Daley TD, Wysocki GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*. 1995 Jan; 79(1) .
11. Takagi S, Koyama S. Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. *J Oral Maxillofac Surg*. 1998 feb; 56(2):237-39.