

# Cisto dentígero em mandíbula: relato de caso clínico

*Lúcio Costa Safira*<sup>1</sup>

*Jorge Marcelo Paim*<sup>1</sup>

*Bráulio Carneiro Jr*<sup>2</sup>

*Christiano Sampaio Queiroz*<sup>2</sup>

*Thiara Bagdeve de Oliveira*<sup>3</sup>

*Luciana Pedreira Ramalho*<sup>4</sup>

*Viviane Almeida Sarmiento*<sup>4</sup>

## Resumo

Os autores relatam um caso clínico de um cisto dentígero em região anterior de mandíbula, juntamente com suas características clínicas, radiográficas e histológicas e seu tratamento cirúrgico.

**Palavras-chave:** Cisto dentígero- Mandíbula -Cirurgia.

## INTRODUÇÃO

O cisto dentígero é o cisto odontogênico não inflamatório mais comum (KASABOGLU; BASAL; USUBUTUN, 2006; REGEZI; SCIUBBA, 1993). Frequentemente, acomete indivíduos entre a segunda e a terceira década de vida e é raramente observado na dentição decídua (SHEAR, 1989). De acordo com Neville e colaboradores (2001), sua patogênese pode estar relacionada com o período da odontogênese, desenvolvendo-se a partir da degeneração do retículo estrelado do órgão do esmalte, relacionando-se ao acúmulo de líquido entre a coroa e o epitélio reduzido do esmalte. Clinicamente, Hyomoto e colaboradores (2003) descrevem um comportamento assintomático do

cisto dentígero, que está associado à coroa de um dente incluso, muitas vezes o terceiro molar inferior, sendo o canino superior o segundo dente mais afetado. Aziz e colaboradores (2002) pontuam o potencial de crescimento do cisto dentígero, considerando que os cistos grandes estão associados à expansão e à erosão da cortical óssea, podendo causar parestesia do nervo alveolar inferior quando envolvem a mandíbula.

Radiograficamente, o cisto dentígero caracteriza-se por uma imagem unilocular bem delimitada e por uma margem esclerótica associada à coroa de um dente incluso (HYOMOTO et al., 2003; THOSAPORN et al., 2004). A imagem radiográfica pode apresentar-se com limites mal definidos e com aspecto multilocular, respectivamente, nos cistos

<sup>1</sup> Especialista em CTBMF; Mestrando em Odontologia - UFBA.

<sup>2</sup> Preceptor do Serviço de CTBMF do Hospital Santo Antônio; Mestre em Odontologia- UFBA.

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Odontologia da UFBA.

<sup>4</sup> Doutora em Estomatologia pela PUC-RS; Prof<sup>fa</sup> Adjunta da UFBA.

## Correspondência para / Correspondence to:

Jorge Marcelo Paim

Rua Plínio Moscoso, 486, apt. 1102, Ed. Ilha de Maré - Chame-Chame

40155-190 Salvador-Bahia - Brasil.

Tel.: (71) 3245-7757; 3359-0274; 9129-6501.

E-mail: lucio.safira@ig.com.br

infectados e nos cistos de grande dimensão (BAJAJ; MAHINDRAKAR; PUSHKER, 2003; KAWAMURA et al., 2004; MOTAMEDI; TALES, 2005). Conforme Neville e colaboradores (2001), variações radiográficas são observadas, associadas à relação entre cisto e coroa do dente incluso e podem ser classificadas como central, lateral e circunferencial.

Histologicamente, essa lesão apresenta-se como uma cavidade patológica, revestida por epitélio pavimentoso estratificado. Às vezes, o epitélio é do tipo reduzido do esmalte, com poucas camadas de células, não ceratinizado, com presença de corpúsculos hialinos. A cápsula fibrosa pode apresentar cordões de epitélio odontogênico e calcificações distróficas (ERTAS; YAVUZ, 2003; KIM et al., 2005).

Para Ertas e Yavuz (2003), Martínez-Pérez e Varela-Morales (2001), e Ustuner e colaboradores (2003), o tratamento cirúrgico para o cisto dentígero pode ser a enucleação com exodontia do dente incluso, ou preservação do dente, ou ainda a marsupialização nos casos de lesões grandes.

Este trabalho objetiva apresentar um caso clínico de cisto dentígero em mandíbula bem como abordar aspectos clínicos, imaginológicos, histológicos e terapêuticos dessa lesão.

## RELATO DE CASO

Paciente D.S.S., 32 anos de idade, gênero feminino, faioderma, procedente de Salvador (BA), compareceu ao ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Santo Antônio (Associação Obras Sociais Irmã Dulce), com queixa de aumento de volume em região mentoniana. Durante a anamnese, relatou que a tumefação estava presente há cerca de 10 meses, sem dor ou sangramento, mas lhe causava deformidade.

Ao exame clínico extra-oral, observou-se discreto aumento de volume no mento (Figura 1).

No exame intraoral, constataram-se múltiplas ausências dentárias e uma tumefação na região anterior de mandíbula, com mau posicionamento dentário das unidades envolvidas e ausência da unidade 3.3 (Figura 2).

**Figura 1.** Aumento de volume em mento.



**Figura 2.** Mau posicionamento das unidades envolvidas.



À palpação, a lesão possuía consistência firme, e a mucosa apresentava coloração de aspecto normal.

O exame imaginológico, obtido através da radiografia panorâmica dos maxilares, evidenciava uma zona radiolúcida bem delimitada, que envolvia parcialmente a unidade 3.3, que se encontrava retida. Estendia-se do 1º pré-molar esquerdo ao corpo mandibular do lado direito, sendo que as raízes das unidades envolvidas apresentavam-se divergentes, algumas com processo de reabsorção (Figura 3).

Foi realizada uma biópsia incisiva sob anestesia local, juntamente com uma punção

aspirativa, que confirmou a natureza cística da lesão. Os achados histológicos confirmaram o diagnóstico de cisto dentífero, o que contrariou a suspeita clínica inicial de ameloblastoma unicístico, devido às características clínico-radiográficas da lesão.

O tratamento cirúrgico realizado foi a enucleação do cisto por curetagem, sob anestesia geral, após constatação da normalidade dos exames pré-operatórios solicitados.

O cisto apresentava-se envolvido por uma cápsula espessa, o que tornou possível sua completa excisão e preservação dos feixes vasculo-nervosos mentuais bilateralmente e de toda espessura da cortical óssea lingual (Figura 4).

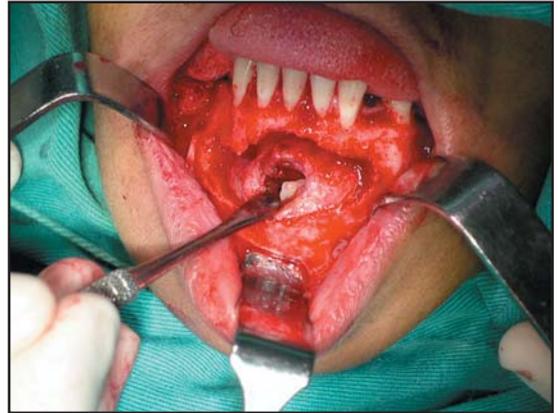
A unidade dental 3.3 foi removida juntamente com a lesão e as outras unidades foram mantidas e observadas frente à necessidade de posterior tratamento endodôntico (Figura 5).

Durante o período de 06 meses, a paciente foi acompanhada e não houve qualquer intercorrência no pós-operatório, nem mesmo parestesia ou qualquer sinal de recidiva da lesão. As unidades próximas à lesão apresentaram teste de vitalidade positivo. A radiografia panorâmica, obtida 04 meses após a cirurgia, confirma tal achado clínico e evidencia o início de neoformação óssea na região (Figura 6). A paciente continua sendo acompanhada sem sinais clínico-radiográficos de recidiva da lesão ou qualquer tipo de queixa complementar.

**Figura 3.** Extensão da lesão com envolvimento da unidade 3.3 e reabsorção das raízes.



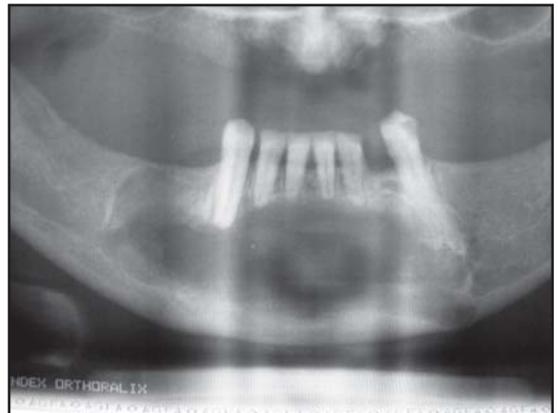
**Figura 4.** Exposição da lesão e da unidade 3.3 em seu interior



**Figura 5.** Cisto dentífero e unidade 3.3, removidos.



**Figura 6.** Ausência de sinais de recidiva e presença de neoformação óssea após 04 meses.



## DISCUSSÃO

Segundo Shear (1989), os cistos dentígeros são os mais comuns nos maxilares, ocorrendo com maior frequência na primeira década de vida e associados, geralmente, à coroa de dentes inclusos, como os terceiros molares inferiores, seguido dos caninos superiores e pré-molares inferiores. Hyomoto e colaboradores (2003) afirmam que esses cistos acometem mais a segunda, terceira e quarta décadas de vida e podem estar associados a qualquer dente incluso nos maxilares, sendo a maior prevalência de cistos associados a terceiros molares, devido ao fato de esses dentes apresentarem uma maior incidência de retenção óssea.

O caso clínico apresentado ratifica os autores acima mencionados, pois ocorreu em uma paciente de 32 anos de idade, cuja lesão estava associada a um canino inferior incluso, sendo que esse dente raramente se apresenta retido.

De acordo com Neville e colaboradores (2001) e com Shear (1989), o exame radiográfico é fortemente sugestivo, pois o cisto dentígero geralmente está envolvendo a coroa de um dente incluso. Para Ustuner e colaboradores (2003), o cisto dentígero, na grande maioria dos casos, envolve apenas a coroa do dente, porém, raramente, pode apresentar imagem radiográfica de um envolvimento total da unidade associada. Sendo assim, Kasaboglu, Basal e Usubutun (2006), e Kawamura e colaboradores (2004) ressaltam a importância de se realizar o diagnóstico diferencial com o Tumor Odontogênico Adenomatóide, Ameloblastoma Unicístico, Tumor de Pindborg e o Tumor Odontogênico Queratocístico.

O aspecto radiográfico apresentado neste caso difere do aspecto mais comum citado anteriormente, em que a lesão envolve apenas a coroa do dente envolvido. A radiografia panorâmica mostrou uma lesão que envolvia totalmente a unidade 3.3, o que levou os examinadores a suspeitarem, inicialmente, de um ameloblastoma unicístico.

No que concerne ao tratamento desse cisto, alguns autores defendem que o tratamento deve ser a enucleação, com remoção do dente

não irrompido associado, a fim de evitar recidiva da lesão (ERTAS; YAVUZ, 2003; USTUNER et al., 2003). Ertas e Yavuz (2003) destacam que, em muitos casos, o profissional deve considerar a possibilidade de realizar uma marsupialização em lesões de maior extensão, para diminuir seu volume, e enucleá-la posteriormente, embora afirmem que existe uma maior tendência à instalação de um processo infeccioso no decorrer do tratamento.

Segundo Jena e colaboradores (2004), outro aspecto importante em relação ao tratamento é a possibilidade de não se remover a unidade associada à lesão, para tracioná-la ortodonticamente ao final do tratamento. Entretanto, nesses casos, deve-se avaliar a viabilidade da erupção do dente e a idade do paciente, pois, algumas vezes, a posição dentária e o avanço da idade tornam essa manobra bastante difícil (ERTAS; YAVUZ, 2003; MARTÍNEZ-PÉREZ; VARELA-MORALES, 2001).

A opção pela enucleação do cisto, com remoção da unidade 3.3 durante a cirurgia, foi baseada na análise dos limites da lesão, juntamente com a posição dentária desfavorável para a erupção assistida ortodonticamente. Além disso, foi constatada a provável falta de colaboração da paciente em realizar a marsupialização durante o curso do tratamento. De acordo com o resultado obtido, consideramos a escolha do tratamento acertada.

## CONCLUSÕES

É notório que é necessário um conhecimento aprofundado das características dessa lesão para um diagnóstico correto e uma indicação precisa da técnica cirúrgica a ser utilizada para o tratamento do cisto dentígero.

O acompanhamento pós-operatório é de extrema relevância, pois devemos solicitar exames radiográficos periódicos a fim de constatar ausência de qualquer sinal de recidiva da lesão, e certificarmos-nos da pronta reabilitação do paciente no retorno às suas atividades rotineiras e ao seu convívio social.

## *Dentigerous cyst in mandible: a case report*

### *Abstract*

*The authors report a clinical case of dentigerous cyst in mandible with its clinical, radiographic and histologic characteristics and its surgical treatment.*

*Keywords: Dentigerous cyst – Mandible - Surgery.*

### REFERÊNCIAS

- AZIZ, S.R. et al. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular dentigerous cyst. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v.60, n.4, p.457-459, Apr. 2002.
- BAJAJ, M.S.; MAHINDRAKAR, A.; PUSHKER, N. Dentigerous cyst in the maxillary sinus: a rare cause of nasolacrimal obstruction. **Orbit**, Abingdon, v.22, n.4, p.289-292, Dec. 2003.
- ERTAS, U.; YAVUZ, M.S. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v.61, n.6, p.728-730, June 2003.
- FERNANDES, A.F. et al. Correction of a malocclusion caused by a dentigerous cyst. **J. Clin. Orthod.**, Boulder, v.39, n.10, p.603-606, Oct. 2005.
- HYOMOTO, M. et al. Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, St. Louis, v.124, n.5, p.515-520, Nov. 2003.
- JENA, A.K. et al. Orthodontic assisted tooth eruption in a dentigerous cyst: a case report. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v.29, n.1, p.33-35, Fall 2004.
- KASABOGLU, O.; BASAL, Z.; USUBUTUN, A. Glandular odontogenic cyst presenting as a dentigerous cyst: a case report. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v.64, n.4, p.731-733, Apr. 2006.
- KAWAMURA, J.Y. et al. Management of a large dentigerous cyst occurring in a six-year-old boy. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v.28, n.4, p.355-357, Summer 2004.
- KIM, S.G. et al. The differential expression pattern of BMP-4 between the dentigerous cyst and the odontogenic keratocyst. **J. Oral Pathol. Med.**, Copenhagen, v.34, n.3, p.178-183, Mar. 2005.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, D.; VARELA-MORALES, M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: a report of 4 cases. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v.59, n.3, p.331-333, Mar. 2001.
- MOTAMEDI, M.H.; TALES, K.T. Management of extensive dentigerous cysts. **Br. Dent. J.**, London, v.198, n.4, p.203-206, Feb. 2005.
- NEVILLE, B.W. et al. **Oral & maxillofacial pathology**. 2<sup>nd</sup>.ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2001.
- REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J. **Oral pathology: clinical-pathologic correlations**. 2<sup>nd</sup>. ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.
- SHEAR, M. **Cysts of the oral regions**. 2<sup>nd</sup>.ed. Bristol: John Wright & Sons, 1989.
- SHIBATA, Y. et al. Radiographic examination of dentigerous cysts in the transitional dentition. **Dentomaxillofac. Radiol.**, Houndsmills, v.33, p.17-20, Jan. 2004.
- THOSAPORN, W. et al. A comparative study of epithelial cell proliferation between the odontogenic keratocyst, orthokeratinized odontogenic cyst, dentigerous cyst, and ameloblastoma. **Oral Dis.**, Copenhagen, v.10, p.22-26, Jan. 2004.
- USTUNER, E. et al. Bilateral maxillary dentigerous cysts: a case report. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v.95, n.5, p.632-635, May 2003.

Recebido em / Received: 31/07/2008  
Aceito em / Accepted: 30/01/2009