

CISTO DENTÍGERO ASSOCIADO A CANINO IMPACTADO EM SÍNFISE MANDIBULAR: ABORDAGEM CIRÚRGICA COM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA

DENTIGER CYST ASSOCIATED WITH IMPACTED CANINE IN MANDIBULAR SYMPHYSIS: SURGICAL APPROACH WITH IMMEDIATE RECONSTRUCTION

LAIZ VIEIRA DE SOUZA^{1*}, JONH ELTON REIS RAMOS¹, LETYCIA MARIA LOPES DE OLIVEIRA¹, GIOVANNI GASPERINI², GUILHERME ROMANO SCARTEZINI³, BRUNO MIRANDA SILVA LIMA³, ITALO CORDEIRO DE TOLEDO³, ALEX ALVES DA COSTA ANDRADE³

1. Residente Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Goiás, Goiânia - GO, Brasil 2. Coordenador do Programa de Residência Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Goiás, Goiânia - GO, Brasil 3. Staff do Programa de Residência Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Goiás, Goiânia - GO

* Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - 1ª Avenida, S/N – Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, Brasil CEP: 74605-020. laizsoubabu@gmail.com

RESUMO

Os cistos de desenvolvimento dos ossos gnáticos, o cisto dentífero é a lesão mais comum, responsável por aproximadamente 25% de todos os cistos odontogênicos, tendo a maior prevalência na mandíbula. Eles são frequentemente notados como um achado incidental em radiografias panorâmicas, devido à natureza clínica assintomática. São mais comumente associados aos molares e caninos superiores permanentes impactados, geralmente em mandíbula. Este artigo relata o caso de um cisto dentífero que acometeu um paciente de 48 anos, associado a um canino incluso em sínfise mandibular, onde foi realizado exérese da lesão, exodontia dente associado, osteotomia periférica como tratamento adjuvante e reconstrução de gap ósseo com enxerto autógeno de ramo mandibular. A opção de enxerto autógeno tem sido discutida, entendemos que a utilização, pode proporcionar melhor regeneração óssea, principalmente por sua característica osteogênica.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto dentífero, mandibular, reconstrução.

ABSTRACT

Developmental cysts of the gnathic bones, the dentigerous cyst is the most common lesion, responsible for approximately 25% of all odontogenic cysts, having the highest prevalence in the mandible. They are often noted as an incidental finding on panoramic radiographs, due to the asymptomatic clinical nature. They are more commonly associated with impacted permanent upper molars and canines, usually in the mandible. This article reports the case of a dentigerous cyst that affected a 48-year-old patient, associated with a canine included in the mandibular symphysis, where the lesion was excised, tooth extraction was associated, peripheral osteotomy as adjuvant treatment and bone gap reconstruction with autogenous graft from the mandibular ramus. The autogenous graft option has been discussed; we understand that the use can provide better bone regeneration, mainly due to its osteogenic characteristic.

KEYWORDS: Dentigerous cyst, jaw, reconstruction.

1. INTRODUÇÃO

Entre os cistos de desenvolvimento dos ossos gnáticos, o cisto dentífero é a lesão mais comum, responsável por aproximadamente 25% de todos os cistos odontogênicos, tendo a maior prevalência na mandíbula. Eles são frequentemente notados como um achado incidental em radiografias panorâmicas, devido à natureza clínica assintomática. São mais comumente associados aos molares e caninos superiores permanentes impactados, geralmente em mandíbula^{1,2}.

Radiograficamente se apresenta como uma entidade radiolúcida bem definida em torno da coroa de um dente impactado. A borda do cisto é contínua com a junção cimento-esmalte do dente impactado. Este achado radiográfico é patognomônico para um cisto dentífero. A ocorrência dessa patologia abrangendo múltiplos dentes são incomuns. No aspecto fisiopatológico, geralmente aumentam como resultado do acúmulo de fluido entre a coroa de um dente não erupcionado e epitélio de esmalte reduzido³.

Histologicamente, a parede do cisto dentífero é composta de tecido conjuntivo delgado contendo um número variável de ilhas de epitélio odontogênico com uma camada de epitélio escamoso estratificado revestindo o lúmen do cisto. A infiltração celular inflamatória do tecido conjuntivo é comum. A presença de corpos de Rushton que são peculiares, frequentemente curvos, corpos hialinos provavelmente de origem hematogênica são vistos dentro do revestimento do epitélio. O conteúdo do lúmen do cisto é um fluido amarelo aquoso, que pode ocasionalmente ser tingido de sangue^{4,5}.

Apesar da singularidade clínica de cada caso, o prognóstico dessa lesão é favorável. O tratamento para o cisto dentífero pode ser a marsupialização em casos de lesões grandes, enucleação com exodontia do dente incluso ou preservação do elemento dental⁶.

Este artigo relata o caso de um cisto dentífero que acometeu um paciente de 48 anos, associado a um

canino incluído em sínfise mandibular, onde foi realizado exérese da lesão, exodontia dente associado, osteotomia periférica como tratamento adjuvante e reconstrução de gap ósseo com enxerto autógeno de ramo mandibular.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 48 anos de idade, feoderma, procurou atendimento no ambulatório CTBMF do Hospital Cairo Louzada, após achado radiográfico em consulta odontológica de rotina. Ao exame físico intraoral, discreto aumento de volume em região de sínfise mandibular, assintomático a palpação, abertura bucal preservada, edentulismo total em maxila e parcial em mandíbula, ausência de drenagem secreção purulenta, mucosa em aspecto de normalidade e ausência de parestesia.

O exame de imagem revelou a presença de uma imagem radiolúcida com limites bem definidos em região anterior de mandíbula, associado a canino incluído, sugerindo uma lesão de origem odontogênica.

Para um planejamento cirúrgico correto, foi realizada tomografia computadorizada, a fim de estabelecer posição topográfica do elemento incluído, em que se constatou que o dente se encontrava por vestibular em relação aos dentes anteriores inferiores.

Após avaliação clínica, exames complementares e de imagem, o paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral, realizando intubação nasotraqueal, Infiltração de bupivacaína 0,5% com hemitartarato de epinefrina (1:200.000) em região de fundo de vestibulo mentual, corpo bilateral. Punção aspirativa positiva para lesão cística. Em seguida acesso intraoral em região de fundo de vestibulo mentual, descolamento mucoperiosteal permitindo acesso a lesão. Foram feitas osteotomia e odontosseção para remoção do dente osteotomia (abertura de janela óssea), com auxílio de brocas nº 6 e nº 702, respectivamente, sob abundante irrigação. Após exodontia, realizou enucleação e curetagem. Como tratamento adjuvante, realizou-se osteotomia periférica com broca diamantada por toda extensão do gap ósseo. No mesmo tempo cirúrgico, optou-se por realizar enxerto autógeno no defeito ósseo, sendo estabelecido como área doadora região de corpo mandibular bilateral. O enxerto foi fixado com placa orbital sistema 1.5 mais 6 parafusos. Os acessos foram suturados com vicryl 4-0.

Encaminhado material cirúrgico para análise histopatológica, tendo resultado compatível com cisto dentígero. Paciente encontra a 6 meses de PO, não apresentando sinais de recidiva.



Figura 1. Aspecto oral inicial



Figura 2. Raio-X panorâmico inicial



Figura 3. Tomografia computadorizada para localização topográfica – cortes sagital e axial.

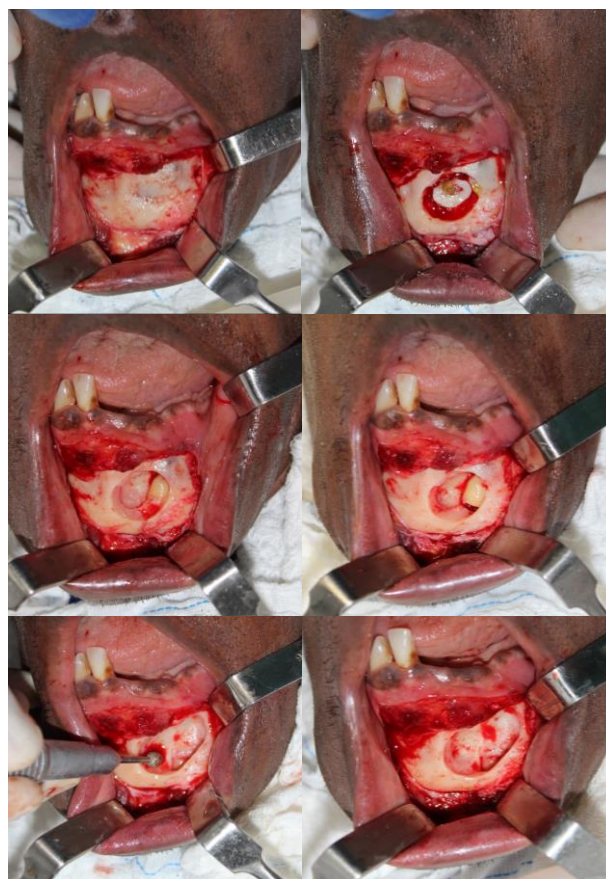


Figura 4. Aspecto trans cirúrgico – acesso a lesão (janela óssea), exodontia, enucleação com curetagem e osteotomia periférica



Figura 5. Peça cirúrgica (cápsula cística) removida com o elemento dental.

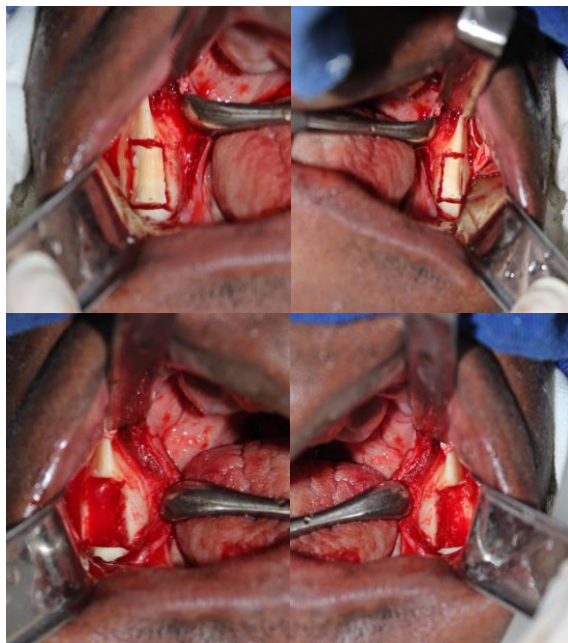


Figura 6. Área doadora (ramo mandibular)



Figura 7. Área doadora (ramo mandibular)

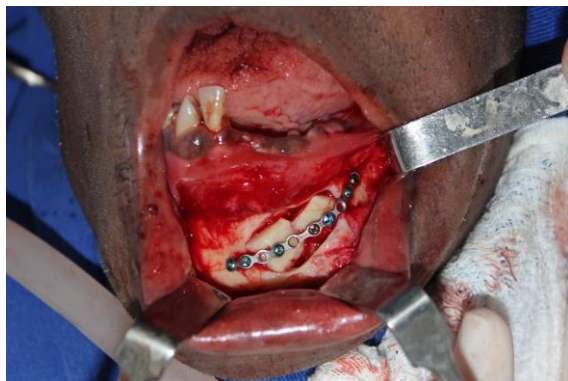


Figura 8. Área receptora – fixação do enxerto com placa sistema 1.5)



Figura 9. Raio-X panorâmico final

3. DISCUSSÃO

A origem do cisto dentígero se dá pela separação do folículo que fica ao redor da coroa de um dente incluído. Dentre os cistos de desenvolvimento, é o mais comum dos cistos revestidos por epitélio nos ossos gnáticos. Sua patogênese ainda é incerta, mas aparentemente ele se desenvolve pelo acúmulo de fluido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente^{1,7}.

Dentre suas características clínicas, costuma ser assintomática. Em geral é descoberto como um achado radiográfico incidental ou quando uma inflamação aguda, infecção ou edema se desenvolve, onde aparece como uma radioluscência bem circunscrita, unilocular, geralmente simétrica ao redor da coroa de um dente impactado. Como o espaço folicular normal é de 3-4 mm, pode-se suspeitar de um cisto dentígero quando o espaço for maior que 5 mm. Ainda que raramente, esses cistos também podem se converter em ameloblastomas, carcinoma mucoepidermoide e carcinoma de células escamosas⁸.

O cisto dentígero é mais comum na terceira e quarta décadas e a maior parte da modalidade cirúrgica pode ser justificada nos casos em que os maxilares já completaram o crescimento. Mas, a escolha de uma modalidade de tratamento torna-se crítica quando os maxilares em crescimento jovem sofrem uma lesão massiva. No presente caso, o paciente tinha 47 anos, corroborando com a faixa etária dentro dos padrões descritos⁹.

O tratamento cirúrgico na grande maioria dos cistos dentígeros é a enucleação seguida de remoção do dente envolvido. Esse tratamento pode ser favorável nos casos que envolvem, por exemplo, um canino incluído de um adulto, sem comprometimento de dentes adjacentes. Quando a lesão estiver em regiões muito próximas a dentes vizinho ou estruturas nobres, como nos terceiros molares inferiores, poderá ocorrer perda de vários dentes ou lesão importante à estruturas anatômicas, geralmente nos casos de grandes cistos dentígeros^{10,11}.

Um fator determinante, que deve ser levado em consideração, é o tamanho do cisto, podendo influenciar na conduta cirúrgica do caso. Cistos pequenos podem ser facilmente enucleados e submetidos a exame histopatológico (biópsia excisional), enquanto se preserva o dente envolvido quando há possibilidade de tracionamento ou extração

nos casos de dentes retidos. No caso apresentado, o tamanho da lesão e topografia do dente incluso, permitiu a exodontia, exérese e curetagem, com um prognóstico favorável. No entanto, outro ponto deve ser analisado, nos casos de expansão das corticais ósseas, lesões expansivas, o descolamento mucoperiosteal necessário para o tratamento por enucleação pode ser contraindicado, pois a cortical adelgada dificilmente se manterá viável após o rebatimento do retalho, além do possível prejuízo a estruturas nobres adjacentes. Nestas situações, a opção por um tratamento mais conservador é mais viável, no primeiro momento cirúrgico, optando por marsupialização ou descompressão do cisto¹².

Vários estudos têm mostrado regeneração óssea espontânea previsível em pacientes jovens após a enucleação desses cistos. Muitos autores acreditam que o enxerto ósseo em pacientes jovens deve ser considerado com cuidado, porém a depender da idade do paciente, o enxerto facilita o processo de regeneração óssea. Alguns fatores foram cruciais para opção da realização do enxerto, como a baixa morbidade da área doadora, maior resistência a infecções, ausência de reações de corpo estranho, presença de células indutoras de osteogênese o que permite um processo de reparação mais rápido e satisfatório^{13,14}.

4. CONCLUSÃO

No tratamento do cisto dentífero, é de fundamental importância o conhecimento aprofundado das características clínicas e radiográficas da lesão, visando um diagnóstico correto, indicação precisa da terapêutica cirúrgica proposta. A exodontia do dente incluso, seguido de enucleação e curetagem em associação com osteotomia periférica, tem se mostrado uma boa opção terapêutica, levando em consideração lesões que não afetem estruturas anatômicas nobres. A opção de enxerto autógeno tem sido discutida, entendemos que a utilização, pode proporcionar melhor regeneração óssea, principalmente por sua característica osteogênica.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Freitas DQ, Tempest LM, Sicoli E, Lopes-Neto FC. Bilateral dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. *Dentomaxillofac Radiol* 2006; 35:464-8.
- [2] Neville BVV, Damm DD, Allen CM *et al.* *Patologia Oral & Maxilofacial*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
- [3] Narang RS, Manchanda AS, Arora P, Randhawa KSL. Dentigerous cyst of inflammatory origin a diagnostic dilemma, Elsevier, *Annals of Diagnostic Pathology*. 2012; 16:119-23.
- [4] Shivaprakash P, Rizwanulla T, Baweja DK, Noorani HH. Savea-tooth: Conservative surgical management of dentigerous cyst. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2009; 27:52-57.
- [5] Rohilla M, Marwah N, Tyagi R. Anterior maxillary dentigerous cyst. *International J Clinical Ped Dent* 2009; 2(1):42-45.
- [6] Maltoni I, Santucci G, Maltoni M, Zoli L, Perri A, Gracco A. Recovering teeth form a large dentigerous cyst: A case report. *International Orthodontics*. 2015.
- [7] Martínez-Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: report of four cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59(3):331-4.
- [8] Patel, V. *et al.* Unerupted teeth associated with dentigerous cysts and treated with coronectomy: mini case series. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 51:644-649.
- [9] 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. 2003; 124(5):515-520.
- [10] Lung KE, Ganatra S, Robinson CE. Multiple multilocular dentigerous cysts with intraosseous and extraosseous third molar displacement: a case report. *Oral Health* 2006; 6:20-9.
- [11] Motamedi MHK, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. *Br Dental J*. 2005; 198(4):203-6.
- [12] Mintz S, Allard M, Nour R. Extraoral removal of mandibular odontogenic dentigerous cysts: a report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59(9):1094-6.
- [13] Perreira CCS, Jardim ECG, Carvalho ACGS *et al.* Técnica cirúrgica para obtenção de enxertos ósseos autógenos intrabucais em reconstruções maxilomandibulares. *Rev bras cir traumatol buco-maxilofac*, 2012; 15(2): 83-9.
- [14] Fardin AC, Jardim ECG, Pereira FC *et al.* Enxerto ósseo em odontologia: revisão de literatura. *Innovations Implant Journal*, 2010; 5(3): 48-52.