CISTO DENTÍGERO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

PEDIATRIC DENTIGEROUS CYST: CASE REPORT

AGNALDO ROCHA **PRATA-JÚNIOR**[1*], LUIZ CARLOS PIRES **SOBRINHO**[2], JOSÉ AUGUSTO DE OLIVEIRA **NETO**[3], VICTORIA **ZANARDO**[4], PATRICYA KELLEN DUARTE DE **FREITAS**[5], MELISSA BARBOSA **OLIVEIRA**[5], ALESSANDRO ROCHA DE **LELLIS**[6]

1. Cirurgião-dentista, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, HUGOL/SES, Goiânia, Goiás, Brasil; **2.** Acadêmico de Odontologia, Centro Universitário Goyazes, Trindade, Goiás, Brasil; **3.** Acadêmico de Odontologia, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil; **4.** Acadêmica de Odontologia, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Santa Catarina, Brasil; **5.** Acadêmica de Odontologia, Universidade Paulista, Goiânia, Goiás, Brasil; **6.** Cirurgião Bucomaxilofacial, HUGOL, Goiânia, Goiás, Brasil.

* Avenida Anhanguera, 14527, Santos Dumont, Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74463-350. prata.aiesec@gmail.com

Recebido em: 09/10/2022. **Aceito em:** 06/11/2022

RESUMO

Sendo responsável por aproximadamente 25% de todos os cistos odontogênicos, o cisto dentígero é a lesão mais comum dentre os cistos de desenvolvimento dos ossos gnáticos. Seu local de maior prevalência é a mandíbula. Muito frequentemente, não trazem sintomatologia nem alterações estéticas, e por isso são descobertos em consultas de rotina como um achado radiográfico. A associação mais comum desse cisto é com molares e caninos inferiores permanentes impactados. Este artigo tem como objetivo relatar e discutir o caso de um cisto dentígero em paciente pediátrico de 09 anos, associado a um canino incluso em sínfise mandibular. Como proposta terapêutica, foi realizada exérese da lesão com remoção do dente associado e osteotomia periférica como tratamento adjuvante. O exame histopatológico foi compatível com cisto dentígero e o paciente se encontra em proservação de dois anos, sem sinais de recidiva.

PALAVRAS-CHAVE: Maxillary sinus; Odontogenic cysts; Jaw cysts.

ABSTRACT

Responsible for approximately 25% of all odontogenic cysts, the dentigerous cyst is the most common lesion among the developmental cysts of the gnathic bones. Its most prevalent site is the mandible. Very often, they do not bring symptoms or aesthetic changes, and therefore are discovered in routine consultations as a radiographic finding. The most common association of this cyst is with impacted permanent molars and mandibular canines. This article aims to report and discuss the case of a dentigerous cyst in a 9-year-old patient, associated with an impacted canine in the mandibular symphysis. As a therapeutic proposal, excision of the lesion was performed with removal of the associated tooth and peripheral osteotomy as an adjuvant treatment. The histopathological examination was compatible with a dentigerous cyst, and the patient has been followed up for two years, with no signs of recurrence.

KEYWORDS: Dentigerous cyst; Mandible; Pediatrics.

1. INTRODUÇÃO

Sendo responsável por aproximadamente 25% de todos os cistos odontogênicos, o cisto dentígero é a lesão mais comum dentre os cistos de desenvolvimento dos ossos gnáticos[1].

São, em sua maioria, assintomáticos, ocorrendo predominantemente nas três primeiras décadas de vida. Apresenta predileção pelo gênero masculino e são frequentemente descobertos como um achado radiográfico. Sua causa mais frequente é a associação com molares e caninos inferiores permanentes impactados[2,3].

Radiograficamente, a lesão se apresenta de forma radiolúcida com bordas bem definidas e associada a um dente, geralmente circundando a coroa de um dente impactado. A borda do cisto é contínua com a junção cemento-esmalte do dente impactado, um achado considerado sinal patognomônico do cisto dentígero.

No que tange à fisiopatologia da lesão, acredita-se que é resultado do acúmulo de fluido entre a coroa de um dente não erupcionado e epitélio de esmalte reduzido[4]. Histologicamente, a parede do cisto dentígero 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 para aqueles cistos que, porventura, tornaram-se infectados, o que não é incomum. O conteúdo do lúmen do cisto é um fluido amarelo aquoso, que pode ocasionalmente ser tingido de sangue[5,6].

O prognóstico do cisto dentígero é bom, com uma taxa de recidiva baixíssima. Os tratamentos preconizados usualmente incluem exodontia do dente incluso e exérese da lesão, marsupialização em casos de lesões grandes, ou exérese da lesão com preservação do elemento dentário e posterior tracionamento ortodôntico.[7] A enucleação do cisto dentígero associada à extração do dente não irrompido são empregadas em cerca de 85% dos casos, sendo o tratamento de escolha

nas lesões pequenas e distantes de estruturas anatômicas nobres[1,8].

Este artigo relata o caso de um cisto dentígero em paciente pediátrico de 09 anos, associado a um canino permanente incluso (dente 33) na parassínfise mandibular esquerda. Foram realizadas exérese da lesão, exodontia dente associado e osteotomia periférica como tratamento adjuvante. O paciente se encontra em proservação de 02 anos e não apresenta quaisquer sinais de recidiva.

2. RELATO DE CASO

Paciente DSO, sexo masculino, 09 anos, leucoderma, referido ao Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, encaminhado ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial para avaliação após ser vítima de acidente desportivo com cotovelada em face. Sua história médica pregressa não tinha alterações dignas de nota. Ao exame físico, edema em hemiface esquerda com algia local à palpação. À oroscopia, hematoma em região de fundo de vestíbulo de mandíbula à esquerda e sangramento via sulco gengival dos dentes 73 e 74.

Ao exame de Tomografia Computadorizada de Face, ausência de soluções de continuidade que evidenciem fraturas em face. Contudo, nota-se, imagem hipodensa circunscrita em região de parassínfise mandibular esquerda associada ao dente 33 incluso que media 2,2cm de diâmetro, sendo 2,1cm em seu sentido latero-lateral e 1,8cm em seu sentido craniocaudal, sugestiva de cisto dentígero, com diagnósticos diferenciais de queratocisto odontogênico e ameloblastoma.

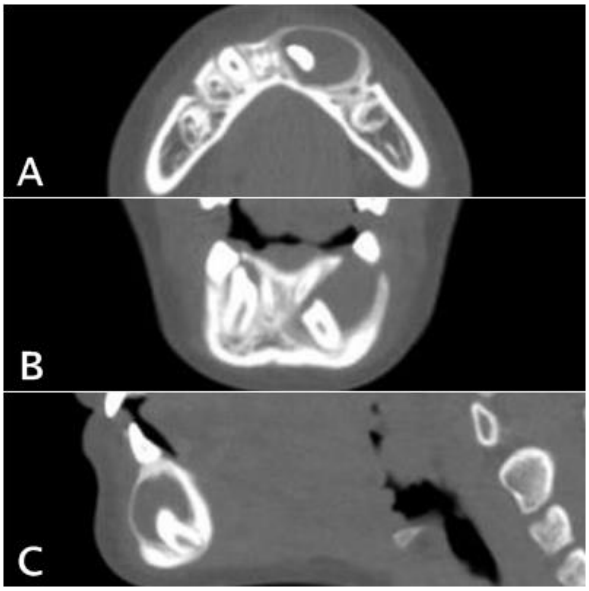

Figura 1. Tomografia Computadorizada de Face. 1A- Corte Axial. 1B – Corte Coronal. 1C – Corte Axial.

Na anamnese direcionada à patologia, paciente nega algia, parestesia e/ou débito secretivo na região adjacente à lesão. Após análises clínica e imaginológicas, definiu-se a conduta de biópsia excisional sob anestesia geral.

Após anestesia geral e intubação oral, com acesso transoral em região anterior de mandíbula e identificação do nervo mentual, realizamos janela óssea na cortical vestibular visando ao acesso da lesão, seguido de exérese da lesão e exodontia do canino incluso (33) e do 83. A presença de germes dentários tornou o procedimento extremamente minucioso, incluindo uma osteotomia periférica mais conservadora. Após lavagem vigorosa com soro fisiológico 0,9%, procedemos para sutura dos acessos, usamos fio Vicryl 4-0 (poliglactina multifilamentado) para reposicionamento do músculo mentual e sutura de mucosa do acesso transoral de mandíbula.

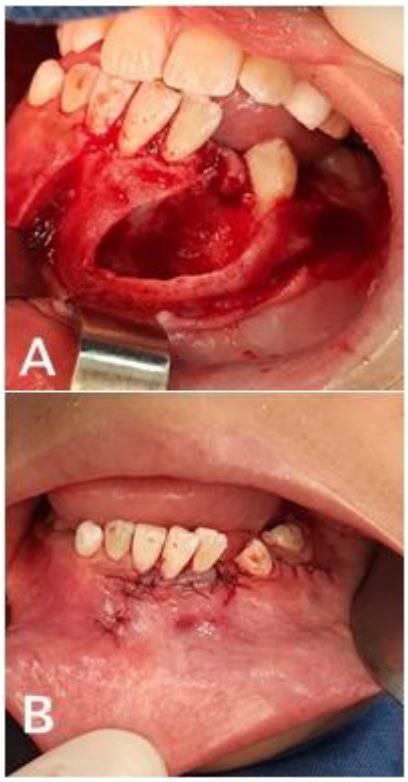

Figura 2. 2A - Transoperatório após exérese da lesão e dente associado. 2B – Síntese do acesso.

Figura 3. 3A – Reconstrução em 3D inicial evidenciando lesão cística associada ao dente 34. 3B – Imagem de controle após 02 anos, evidenciando neoformação óssea.

Encaminhamos a peça cirúrgica para análise histopatológica, tendo resultado compatível com cisto dentígero. Após 02 anos de proservação o paciente se encontra sem queixas ou sequelas associadas ao procedimento cirúrgico. Ao exame de tomografia

computadorizada, imagens que sugere neoformação óssea medular e desenvolvimento dentário adequado.

3. DISCUSSÃO

Os cistos dentígeros, quando avaliados em exames de imagem, fazem diagnóstico diferencial com ameloblastomas e queratocistos, que podem ter a mesma apresentação. Em dentes não erupcionados, o espaço folicular é considerado normal quando mede de 3 a 4 mm, podendo, ainda se maior que essa medida, ser impossível a diferenciação histológica entre folículo e cisto.

Ainda que raramente, esses cistos também podem se converter em ameloblastomas, carcinoma mucoepidermoide e carcinoma de células escamosas.[3] Podendo ser, também, associados com a displasia cleidocraniana e a síndrome de Maroteaux[9,10].

A etiologia dos cistos dentígeros é desconhecida, porém sabe-se que essas lesões não são resultantes de uma reação inflamatória, diferindo assim dos cistos inflamatórios. Na maioria dos casos o cisto dentígero é assintomático e não apresenta repercussão clínica, assim como relatado nesse caso. Contudo, lesões de grandes dimensões podem causar expansão do osso alveolar e sensibilidade local, podendo causar o deslocamento do dente acometido e até mesmo de dentes vizinhos, reabsorção de raízes e deslocamento do canal mandibular[11,12,13].

Dentre as técnicas de tratamento existentes para o cisto dentígero, o clínico deve avaliar qual é a mais indicada para cada situação, considerando os prós e contras de cada técnica. O tratamento cirúrgico na grande maioria dos cistos dentígeros é a enucleação seguida de remoção do dente envolvido, assim como reportado neste caso[14].

Quanto aos exames de imagem, o cisto dentigero é descrito como uma imagem radiolúcida, unilocular, bem delimitada, composta por bordas escleróticas, envolvendo a coroa de um dente incluso ou impactado. Alguns autores afirmaram que a tomografia computadorizada é mais indicada para a avaliação da expansão da lesão, presença de perfuração de cortical óssea e relação com as estruturas do sistema estomatognático[15,16].

Para tomada de decisão quanto ao tratamento mais adequado, fatores como idade, tamanho da lesão, envolvimento de estruturas anatômicas importantes e importância clínica do dente associado à lesão devem ser levadas em consideração. No caso em questão, após avaliação transcirúrgica, era impossível manter o dente associado, já que se encontrava sem suporte ósseo algum e possuía grande mobilidade.

O prognóstico destas lesões é favorável quando se emprega apropriada terapêutica. No caso apresentado, a exérese da lesão e exondontia do dente associado foram escolhidas. Após dois anos, foi possível observar cura, sem quaisquer sequelas associadas à patologia.

4. CONCLUSÃO

Embora não tão comum, lesões císticas em pacientes pediátricos é uma realidade, rara, muitas vezes considerada uma condição dramática devido aos traumas gerados a esse tipo de paciente. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado – conservador ou radical – são as chaves para reduzir as taxas de sequelas e recidivas a longo termo.

5. REFERÊNCIAS

[1] Meningaud JP, Nicoleta O, Poramate PA, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. J Oral Sci. 2006; 48(2):59-62.

[2] 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.

[3] Neville BVV, Damm DD, Allen CM et al. Patologia Oral & Maxilofacial, 4º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016.

[4] 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.

[5] Shivaprakash P, Rizwanulla T, Baweja DK et al. Savea-tooth: Conservative surgical management of dentigerous cyst. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2009; 27:52-57.

[6] Rohilla M, Marwah N, Tyagi R. Anterior maxillary dentigerous cyst. International J Clinical Ped Dent 2009; 2(1):42-45.

[7] Maltoni I, Santucci G, Maltoni M et at. Recovering teeth form a large dentigerous cyst: A case report. International Orthodontics. 2015.

[8] 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.

[9] Chouchen F, Ameur WB, Hamdi H et al. Conservative Approach of a Dentigerous Cyst. Case reports in dentistry 2021; 2(45):22-28.

[10] Sindi AM. Bilateral mandibular dentigerous cysts presenting as an incidental finding: a case report. Am J Case Rep 2019; 20:1148- 1151.

[11] Neumann BL, Perotto ST, Gabriel ADF et al. Cistos e tumores odontogênicos: estudo retrospectivo dos casos diagnosticados no período de 10 anos em um hospital no sul do Brasil. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. Porto Alegre. 2021; 62(1):56-62.

[12] Silva ID, Lobo F, Silva BG et al. Cistos odontogênicos inflamatórios e de desenvolvimento: estudo observacional e retrospectivo de 23 anos. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. 2020; 61(1):4-10.

[13] Daneshvar SH, Daneshvar MM. Mandibular dentigerous cyst in a 10-year-old patient. Pediatric Dental Journal. 2019; 29(3):157-160.

[14] Motamedi MHK, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. Br Dental J. 2005; 198(4):203-6.

[15] Lin HP, Wang YP, Chen HM, Cheng SJ, Sun A, Chiang CP. A clinicopathological study of 338 dentigerous cysts. J Oral Pathol Med.2013; 42:462-467.

[16] Montevecchi M, Checchi V, Bonetti GA. Management of a deeply impacted mandibular third molar and associated large dentigerous cyst to avoid nerve injury and improveperiodontal healing: Case report. J Can Dent Assoc. 2012; 78: 59.