CASO ATÍPICO DE CISTO DENTÍGERO BILATERAL ASSOCIADO AOS TERCEIROS MOLARES INFERIORES

Atypical case of bilateral dentigerous cyst associated with lower third molar

Lucas Augusto Pereira Souto[1] - ORCID ID 0000-0003-1981-4314

Lizandra Gonzaga Rodrigues[1] - ORCID ID 0000-0003-1981-4314

Victória Rocha Couto Maia Leopoldo[2] - ORCID ID 0000-0001-5632-8177

Giulio César Moreira Manzi[1] - ORCID ID 0009-0003-4859-5904

Izabella Lucas de Abreu Lima[1] - ORCID ID 0000-0002-7730-1587

Diogo de Azevedo Miranda[1] ORCID ID 0000-0003-1035-7129

Flávio Ricardo Manzi[1] ORCID ID 0000-0001-9467-5137

[1] PUC Minas – Belo Horizonte, Minas Gerais

[2] Centro Universitário FIPMOC, Montes Claros, Minas Gerais

manzi@pucminas.br

RESUMO

Os cistos odontogênicos são definidos como uma cavidade patológica revestida por epitélio odontogênico, podendo apresentar conteúdo líquido ou semi-sólido em seu interior. Comumente acomete adultos jovens, envolvendo o terceiro molar inferior e apresentando desenvolvimento lento e assintomático, porém, podendo apresentar evoluções consideráveis quando não diagnosticado corretamente. Objetivo: O objetivo deste caso é apresentar a importância da avaliação das características da lesão em âmbito clínico-radiográfico, para a melhor abordagem terapêutica, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar desta doença. Caso Clínico: O presente trabalho relata um caso clínico atípico de cisto dentígero bilateral associado aos terceiros molares inferiores. Paciente de 32 anos, sexo masculino, procurou atendimento odontológico para tratamento ortodôntico. Ao avaliar a radiografia panorâmica observamos os elementos 38 e 48 inclusos, para melhor avaliação solicitamos tomografia computadorizada evidenciando hipercementose no ápice do dente 38 acompanhado de imagem hipodensa unilocular bem delimitada, envolvendo a coroa do dente 38 e a raiz do dente 37 e o dente 48 observa-se o íntimo contato com o canal mandibular e lesão hipodensa unilocular envolvendo a coroa do dente 48. Resultado: O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico de exodontia dos elementos 38 e 48 e enucleação das lesões associadas. Conclusão: Conclui-se que o cirurgião-dentista deve realizar a intervenção de forma eficiente e precoce, evitando a progressão da lesão e o envolvimento de estruturas anatômicas nobres, que podem prejudicar a saúde do paciente.

Palavras-chave: Cisto dentigero. Mandíbula. Terceiro molar.

ABSTRACT

Odontogenic cysts are defined as a pathological cavity lined by odontogenic epithelium, which may contain liquid or semi-solid content inside. It commonly affects young adults, involving the lower third molar and presenting slow and asymptomatic development, however, it can present considerable evolution when not correctly diagnosed. Objective: The objective of this case is to present the importance of evaluating the characteristics of the lesion in a clinical-radiographic context, for the best therapeutic approach, highlighting the importance of a multidisciplinary approach to this disease. Case

Report: The present work reports an atypical clinical case of bilateral dentigerous cyst associated with lower third molars. A 32-year-old male patient sought dental care for orthodontic treatment. When evaluating the panoramic radiograph, we observed elements 38 and 48 included, for a better evaluation we requested a computed tomography showing hypercementosis at the apex of tooth 38 accompanied by a well-defined unilocular hypodense image, involving the crown of tooth 38 and the root of tooth 37 and tooth 48 intimate contact with the mandibular canal and a unilocular hypodense lesion involving the crown of tooth 48 are observed. Result: The patient underwent surgical extraction of elements 38 and 48 and enucleation of associated lesions. Conclusion: It is concluded that the dentist must perform the intervention efficiently and early, avoiding the progression of the lesion and the involvement of noble anatomical structures, which can harm the patient's health.

Key words: Dentigerous cysts. Jaw. Third molar

INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos são definidos como uma cavidade patológica revestida por epitélio odontogênico, podendo conter material líquido ou semi-sólido em seu interior. Esta condição tem seu desenvolvimento lento e comumente são assintomáticos, mas podem levar a grandes cavidades ósseas quando não diagnosticadas[1]. Ademais, podem apresentar uma evolução considerável e causar expansão da cortical óssea, impactação e deslocamento de dentes ou estruturas adjacentes, deformação facial provocando parestesia e desconforto no paciente[2].

O cisto dentígero, é classificado como um cisto odontogênico de desenvolvimento muito frequente, sendo caracterizado como um cisto que se origina da separação do folículo presente ao redor da coroa de um dente incluso, por isso, também é chamado de cisto folicular. A patogenicidade do cisto dentígero, se desenvolve a partir de uma proliferação remanescente do órgão do esmalte. Além disso, a expansão do cisto dentígero está diretamente relacionada com o aumento da osmolaridade do fluido cístico e a liberação de fatores de reabsorção óssea[3].

Clinicamente, os cistos dentígeros são comumente associados a terceiros molares e caninos superiores, uma vez que, são os dentes frequente em impactados. Radiograficamente, o cisto dentígero apresenta caráter radiolúcido, unilocular de bordas bem definida, com margens corticais íntegras associado a coroa de um dente não erupcionado. Quando identificado na mandíbula, a radiolucência pode ocorrer em terceiro molar e se estende até o ramo ou corpo da mandíbula, podem provocar deslocamento do canal mandibular. Já quando acometidos na maxila pode envolver os caninos, pode-se estender em direção ao seio maxilar ou assoalho da órbita[4].

Diante da análise histopatológica, quando o cisto dentígero não apresenta processo inflamatório, é observado microscópicamente uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo e delgado, revestido por epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado. Em contrapartida, quando apresenta infecção secundária, o tecido conjuntivo é denso com a presença de células inflamatórias crônicas. Dessa forma, o epitélio de revestimento pode conter níveis de hiperplasia associadas com desenvolvimento de cristas epiteliais de característica escamosa[4].

O tratamento para cistos dentígeros, na maioria dos casos é por meio de uma terapia definitiva que consiste pela remoção do dente associado e a enucleação do componente cístico. No

entanto, em alguns casos em que a lesão possui uma grande dimensão, o tratamento envolve a marsupialização do cisto para permitir a descompressão com finalidade da regressão da lesão, promovendo cirurgia menos invasiva[5]. Diante disso, o presente trabalho relata o caso atípico de Cisto Dentígero bilateral associado aos terceiros molares inferiores.

CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma, 32 anos de idade, do sexo masculino, sem comorbidades sistêmicas, procurou atendimento odontológico para tratamento ortodôntico. Ao exame radiográfico panorâmico, o ortodontista observou a presença dos elementos dentários 38 e 48 inclusos, com imagem radiolúcida circunscrita associada. Diante deste achado, o paciente foi encaminhado ao cirurgião buco-maxilo-facial para terapêutica e conduta. Para melhor avaliação dos elementos dentários e sua proximidade com estruturas nobres solicitou-se tomografia computadorizada cone beam. Nos cortes tomográficos foi possível observar a presença do elemento 38 incluso e impactado, em posição mesio-angular, apresentando íntimo contato com o canal mandibular (Figura 1). Verifica-se ainda, imagem hipodensa unilocular bem delimitada, envolvendo a coroa do dente 38 e a raiz do dente 37. Nos cortes tomográficos do lado direito, nota-se dente 48 incluso e impactado, em posição invertida, e apresentando íntimo contato com o canal mandibular. Note imagem, hipodensa unilocular envolvendo a coroa do dente 48 (Figura 2). O paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico de exodontia dos terceiros molares e enucleação das lesões associadas. No ato cirúrgico, foi possível observar a presença de estrutura compatível com cápsula cística. O material foi encaminhado para exame anatomopatológico e ambas as lesões apresentaram o diagnóstico conclusivo de cisto dentígero. O paciente permaneceu em acompanhamento radiográfico, 6 meses de pós operatório (Figura 3) e após 2 anos e 6 meses (Figura 4), nota-se bom aspecto cicatricial e ausência de sinais de recidiva.

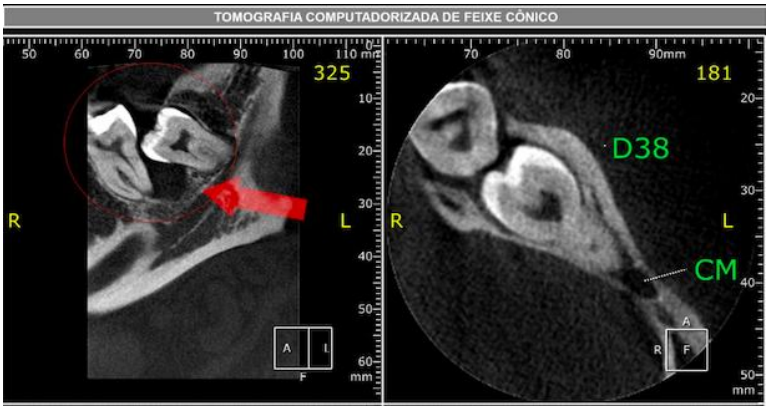

Figura 1. Tomografia computadorizada cone beam evidenciando elemento 38 incluso, mesio-angular, apresentando íntimo contato com o canal mandibular.

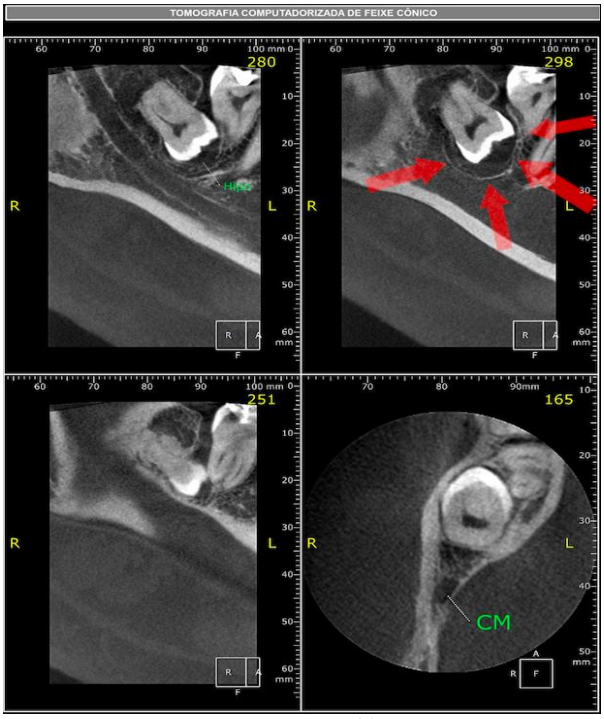

Figura 2. Nos cortes tomográficos do lado direito, nota-se dente 48 incluso e impactado, em posição invertida, associado a lesão unilocular hipodensa envolvendo a coroa do

dente 48 e proximidade com nervo alveolar inferior.

Figura 3. Radiografia panorâmica com pós-operatório de 6 meses.

Figura 4. Radiografia panorâmica com pós-operatório de 2 anos e 6 meses.

DISCUSSÃO

O cisto dentígero envolve a coroa de um elemento dentário incluso possuindo ligação ao elemento em sua junção amelocementária. Nesse sentido, o CDT é o cisto odontogênico de desenvolvimento mais comum, concluindo em cerca de 20% de todos os cistos que possuem revestimento epitelial nos ossos gnáticos. Contudo, seu desenvolvimento se dá a partir de uma aglomeração de fluidos entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do elemento dentário não irrompido, com crescimento por pressão osmótica ao longo do tempo. Assim, caso a pressão presente nos fluidos cesse e o elemento erupcione, o cisto dentígero deixará de apresentar caráter patológico[6].

Em adição, os indivíduos do sexo masculino são mais afetados pela predileção do cisto dentígero, e indivíduos leucodermas possui maior número de casos. Além disso, apesar de se desenvolverem em qualquer elemento incluso, o terceiro molar inferior é o dente mais acometido pelos cistos dentígeros, sendo 75% dos casos. Na maioria dos casos, por não apresentarem sintomatologia dolorosa, os cistos dentígeros são descobertos em consulta odontológica de rotina para tratar outra demanda e acabam sendo identificados no exame radiográfico, porém, quando ocorre a presença de inflamação tecidual o paciente já apresenta queixa de sintomatologia dolorosa[3,6].

O diagnóstico diferencial, de um cisto dentígero contempla outras lesões radiolúcidas de origem odontogênica, como ameloblastoma unicístico, tumor odontogênico adenomatóide, fibroma ameloblástico sendo uma possibilidade para as lesões na região posterior dos maxilares em indivíduos jovens e ceratocisto odontogênico. Como também, a transformação ameloblástica do revestimento do cisto dentígero deve ser levado em consideração para diagnóstico diferencial[7].

Diante disso, para realizar o tratamento é importante analisar primeiramente as características da lesão, assim, o cirurgião-dentista poderá verificar quais técnicas são mais eficazes para cada tratamento. A marsupialização e enucleação são as técnicas mais utilizadas para o tratamento de cistos dentígeros.

Ademais, deve-se realizar a aspiração por punção em todas as lesões de caráter cístico, com finalidade de contribuir para o diagnóstico e descartar outras lesões semelhantes radiograficamente como: tumores odontogênicos e lesões vasculares[7].

A marsupialização é uma abordagem cirúrgica de descompressão que converte o cisto dentígero em uma bolsa, consequentemente promovendo a diminuição da pressão dos fluidos císticos e diminuição do tamanho do defeito ósseo. Dessa forma, a marsupialização é um método mais conservador acarretando em menos complicações, sendo a primeira escolha quando o cisto apresentar grande extensão e houver possibilidade de injúrias aos tecidos circundantes, além do risco de fratura mandibular[7,8].

A enucleação é um método radical utilizado para a remoção de toda a cápsula cística junto do dente não erupcionado. No entanto, se o elemento não erupcionado contém possibilidades de se erupcionar, deve-se remover parcialmente a cápsula cística e deixar o elemento seguir seu trajeto eruptivo. Em alguns casos, pode ser necessário realizar o tratamento ortodôntico para contribuir no processo de erupção do dente. Contudo, a enucleação é indicada no plano de tratamento em que o cisto é pequeno e não apresenta possibilidade de causar fraturas ou injúrias estruturais[8,9].

Os cistos dentígeros, originados de terceiros molares mandibulares quando alcançam grandes dimensões, apresentam certo risco de injúria neurossensorial e estrutural do ângulo da mandíbula, durante o ato cirúrgico. Sendo assim, nesses casos o tratamento mais adequado fundamenta-se em realizar a manobra de descompressão seguida da enucleação definitiva. Para definir o melhor tratamento, o cirurgião dentista deve levar em consideração o tamanho do cisto, idade do paciente, os dentes envolvidos e o envolvimento das estruturas anatômicas. Desse modo, a modalidade terapêutica vai depender das características clínico-radiográficas individualmente a cada paciente[9].

O prognóstico para o tratamento dos cistos dentígeros é favorável e a recidiva da lesão cística é rara. Entretanto, quando é implementado a técnica de marsupialização, o tecido patológico in situ não é removido ficando o seu revestimento no local, com isso, em alguns casos pode ocorrer a possibilidade de desenvolvimento a partir de células do revestimento, de ameloblastoma, carcinoma de células escamosa ou carcinoma mucoepidermóide intraósseo. Sendo assim, é utilizado a marsupialização associada a enucleação buscando diminuir as chances de desenvolvimento das células mucosas do revestimento cístico[9].

CONSLUSÃO

O cisto dentígero é o cisto odontogênico de desenvolvimento mais comum nos ossos gnáticos, e geralmente associado a um elemento não irrompido. É de suma importância o diagnóstico precoce durante a identificação de alterações patológicas, sendo necessário conhecimento aprofundado das características clínico-radiográficas dessa lesão, o que possibilita uma abordagem terapêutica mais adequada para cada paciente. Conclui-se que o cirurgião-dentista deve realizar a intervenção de forma eficiente e precoce, evitando a progressão da lesão e o envolvimento de estruturas anatômicas nobres, que podem prejudicar a saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

1. 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 and meta-analysis. **BMC Oral Health**. 2021 Apr 7;21(1).

2. Caliento R, Mannarino FS, Hochuli-Vieira E. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. **Rev Odontol UNESP**. 2013 Dec 1;42:458–62.

3. Rajae EG, Karima EH. Dentigerous cyst: enucleation or marsupialization? (a case report). **Pan Afr Med J**. 2021;40:149.

4. Passos É, de B, Fernando. Dentigerous cyst in the maxillary posterior region associated with an impacted deciduous molar. **Rev Gaúch Odontol**. 2018 Jun 1;66(2):194–8.

5. Pinto GN de S, Figueira JA, Gonçales ES, Sant'ana E, Tolentino E de S. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **RFO UPF**. 2015 Dec 1;20(3):361–6.

6. Bergamini ML, Sanches GT, Pina PSS, D'Avila RP, Canto AM do, Ogawa CM, et al. Unusual multiple dentigerous cysts evaluated by cone beam computed tomography: a case report on a non-syndromic patient. **Braz J Otorhinolaryngol**. 2021;87(1):110–3.

7. Vasconcelos MG, Oliveira DHIP, Avelar WV, Barboza CA, Queiroz LMG, Vasconcelos RG. Localização incomum de cisto dentígero -relato de caso. **Odonto Clín-Cient** 2017; 16(4):315-8.

8. Marina C, Rafaelly F, Guimarães EP, De N, Pereira, Costa A. Tratamento cirúrgico conservador e ortodôntico em paciente jovem com cisto dentígero. **Rev Odontol UNESP**. 2013 Oct;42:389–92.

9. Bassetti MA, Kuttenberger J, Novak J, Bassetti RG. The dentigerous cyst: two different treatment options illustrated by two cases. **Swiss dental journal**. 2019 Nov;129(3):193–203.