



ÉRICA PASSOS DE MEDEIROS LACERDA

**CISTO DENTIGERO EM REGIÃO POSTERIOR DA MAXILA ASSOCIADO A
MOLAR DECÍDUO INCLUSO**

RECIFE

2016

ÉRICA PASSOS DE MEDEIROS LACERDA

**CISTO DENTIGERO EM REGIÃO POSTERIOR DA MAXILA ASSOCIADO A
MOLAR DECÍDUO INCLUSO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização da Facsete/Ciodonto, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Área de Concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli

RECIFE

2016

FACULDADE CIODONTO

Monografia intitulada **“CISTO DENTIGERO EM REGIÃO POSTERIOR DA MAXILA ASSOCIADO A MOLAR DECÍDUO INCLUSO”** de autoria da aluna Érica Passos de Medeiros Lacerda, aprovada pela banca examinadora constituída pelo seguinte professor:



Prof. Dr. Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli
CPO

Recife, 30 de Setembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me iluminar e me inspirar diariamente, guiando minhas condutas sempre no caminho da fé, sabedoria e da ética.

Ao meu mestre, padrinho, amigo e orientador Prof. Dr. Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli, por dividir comigo suas experiências, me ensinar com perfeição a sabedoria das teorias, técnicas e práticas, por me preparar desde a graduação para a vida profissional e, sobretudo, por me conceder o privilégio de compartilhar momentos profissionais e familiares com ele.

Ao meu amigo e mestre Rômulo Valente, por sempre acreditar nas minhas habilidades cirúrgicas, pelo companheirismo de sempre e por ter contribuído significativamente na formação da minha identidade cirúrgica.

Aos meu pais amados, aos quais devo e dedico tudo em minha vida, Jorge Passos de Medeiros e Silvia Cavalcanti Passos de Medeiros, por emanarem amor diariamente, por sempre me conduzirem por caminhos sábios e corretos, por serem exemplos de honestidade, dignidade e simplicidade e por serem sempre meu porto seguro.

Ao meu esposo, amigo, companheiro, confidente, o amor da minha vida, Pedro Augusto de Souza Lacerda, por sua eterna paciência comigo, por ser exemplo de bondade, ética e seriedade. Obrigada pelo seu amor, incentivo, cuidado, e por compartilhar dos meus ideais, os alimentando sempre.

Aos Meus colegas de especialização, por dividirem comigo sucessos e fracassos e, por juntos, termos vivido 03 anos de muito aprendizado, grandes cirurgias e muitas conquistas.

A Prof. Dra. Jurema de Castro Lisboa, por toda boa vontade e ajuda na confecção de parte do trabalho.

Resumo

Cisto dentígero é o segundo cisto odontogênico maxilar de desenvolvimento mais comum, depois do cisto radicular. É uma lesão radiolúcida, bem definida, unilocular, sem sintomatologia e frequentemente apontada como um achado acidental em radiografias de rotina. O conteúdo cístico é derivado de remanescentes epiteliais do órgão formador dentário e os dentes mais comumente afetados são terceiros molares inferiores impactados e caninos superiores permanentes. Embora o cisto dentígero não seja incomum, o seu desenvolvimento como resultado de um dente decíduo impactado é raro. Este artigo teve por objetivo realizar uma breve revisão da literatura e relatar um caso de cisto dentígero associado a um molar decíduo incluso na região posterior da maxila com íntima relação com o seio maxilar direito.

Palavras chaves: Cirurgia bucal, Cisto dentígero, Cisto odontogênico, Dente decíduo

Abstract

Dentigerous cyst is the second most common developmental odontogenic cyst of the jaws, after radicular cyst. An unilocular well-defined radiolucency lesion without symptoms is frequently noted as an incidental finding on routine radiographs. Cystic lining is derived from the epithelial remnants of tooth forming organ and the most common teeth affected are impacted mandibular third molars and permanent maxillary canines. While the dentigerous cyst is not uncommon, its development as a result of an impacted deciduous tooth is rare. The aim of this article was to make a briefly literature review and report a case of dentigerous cysts associated with an impacted molar deciduous in posterior maxilla with the involvement of right maxillary sinus.

Keywords: Bucal surgery, Dentigerous cyst, Odontogenic cyst, Deciduous teeth

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia panorâmica inicial	Pág.17
Figura 2 – Radiografia panorâmica (visão aproximada da lesão).....	Pág.17
Figura 3 – Tomografia computadorizada.....	Pág.18
Figura 4 – Incisão em região de maxila direita.....	Pág.18
Figura 5 – Descolamento mucoperiosteal e exposição da cortical vestibular...	Pág.19
Figura 6 – Identificação e remoção da cápsula cística.....	Pág.20
Figura 7 – Remoção do dente decíduo incluso.....	Pág.21
Figura 8 – Evidência de perfuração do seio maxilar direito.....	Pág.21
Figura 9 – Peças operatórias.....	Pág.22
Figura 10 – Exérese do molar decíduo.....	Pág.22
Figura 11 – Reparo da parede anterior do seio com Surgicel™	Pág.23
Figura 12 – Proteção do seio maxilar direito e preenchimento da cavidade cirúrgica com Gelfoan™	Pág.24
Figura 13 – Completo preenchimento da cavidade óssea e manutenção da integridade da parede sinusal.	Pág.24
Figura 14 – Sutura em pontos isolados com fios de poligalactina 910 (Vicryl™ 3-0)	Pág.25
Figura 15 – Pós-operatório com 30 dias.....	Pág.26
Figura 16 – Radiografia panorâmica pós-operatória.....	Pág.26
Figura 17 – Radiografia waters demonstra normalidade dos seios maxilares..	Pág.27
Figura 18 – Diagnóstico histopatológico.....	Pág.28
Figura 19 – Fotomicrografia da lesão.....	Pág.28

SUMÁRIO

1. Introdução	08
2. Revisão de Literatura	10
2.1 Classificação	10
2.2 Etiologia	10
2.3 Incidência	11
2.4 Diagnóstico	11
2.5 Tratamento	13
3. Proposição	14
4. Relato de Caso	15
5. Discussão	28
6. Conclusão	30
Referências Bibliográficas	31
Anexo	34

1. Introdução

Dentre os cistos de desenvolvimento da região maxilo facial, o cisto dentígero é o segundo cisto odontogênico mais comum, após o cisto radicular (MAMATHA et al., 2014, ZAKIRULLA et al., 2012, NARSAPUR et al., 2012). O termo dentígero significa "conter um dente", e esta é a descrição característica deste cisto (HASAN et al., 2014). O conteúdo cístico é derivado de remanescentes epiteliais do órgão formador dentário e os dentes mais comumente afetados são terceiros molares inferiores impactados e caninos superiores permanentes, pré-molares mandibulares, seguidos de dentes supranumerários e incisivo central, em ordem decrescente de frequência de envolvimento (JOHN et al., 2010, BHAT et al., 2001, SHIBATA et al., 2004). Mesiodentes são ocasionalmente relatados, em torno de 5% de todos os cistos dentígeros (DINKAR et al., 2007). Entretanto, a ocorrência de cisto dentígero associado a dente decíduo é um raro fenômeno (YAMANAKA et al., 1977, MICHAEL et al., 1995, AGRAWAL et al., 2011, KISHIMOTO et al., 1988, KUSUKAWA et al., 1992, ROSENLICHT et al., 1979).

Pacientes com cisto dentígero, em sua maioria, não apresentam sintomatologia dolorosa, a menos que haja uma exacerbação inflamatória. Geralmente são identificados por exames radiográficos de rotina (BHARATH et al., 2011, PUACZ et al., 2013).

Radiograficamente, o cisto dentígero se mostra como uma lesão radiolúcida, bem definida, circundando a coroa de um dente impactado, e não raramente possuem borda esclerótica (BHARATH et al., 2011).

Existem dois tipos de cisto dentígero: o tipo de desenvolvimento, que é geralmente encontrado em tardias primeira e segundas décadas de vida. Isto ocorre em dentes maduros, geralmente sem inflamação e o do tipo inflamatório, que é encontrado nas primeiras e segundas décadas de vida. É comum ocorrer em dentes decíduos não-vitais imaturos ou outra fonte de propagação que envolve o folículo dentário (YU-HSUAN et al., 2011).

O tratamento indicado para cisto dentígeros é dependente do tamanho da lesão. Independente da localização, cistos dentígeros são frequentemente tratados cirurgicamente, seja por enucleação ou marsupialização (AMIN et al., 2008).

Dentes decíduos por ventura associados com cistos dentígeros são incomuns. Esse artigo reporta um caso de cisto dentífero acometendo um paciente de 17 anos de idade, associado a molar decíduo em região posterior de maxila em íntima relação anatômica com o seio maxilar direito.

2. Revisão de Literatura

2.1 Classificação

O cisto dentífero envolve a coroa do dente irrompido e está unido ao dente na junção cimento-esmalte. O fluxo venoso, que é obstruído devido à pressão exercida pela potencial erupção dos dentes no folículo impactado, induz a rápida transudação de líquido através das paredes capilares. O aumento da pressão hidrostática do fluido agrupado separa o folículo da coroa com ou sem o epitélio reduzido do esmalte (RAMAKRISHNA et al., 2013)

2.1 Etiologia

Segundo Benn e Altini (1996), há 3 factíveis mecanismos para a histogênese do cisto dentífero. O desenvolvimento do cisto dentífero resulta do folículo dental, que torna-se inflamado secundariamente, pelo dente não-vital. O segundo tipo é notado quando um dente permanente imaturo enfrenta um cisto radicular proveniente de um dente decíduo não-vital (SHIBATA et al., 2004). Como alguns dentes permanentes erupcionam dentro de cistos radiculares, isto resulta em cisto dentífero de origem extra-folicular. O terceiro tipo se desenvolve em conjunto com exsudados inflamatórios, geralmente de inflamação periapical devido a dente decíduo não vital ou outra origem (BHARATH et al., 2011, BENN et al., 1996).

Três tipos de cistos dentíferos foram descritos radiograficamente: (a) uma variedade central, na qual a coroa do elemento dentário é inclusa e envolvida pela radiolucência, e a coroa projeta-se no lúmen cístico. (b) uma variedade lateral na qual o cisto ocorre lateralmente a raiz dentária, deste modo, parcialmente envolvendo a coroa. (c) uma variedade circunferencial existe quando o cisto não só cerca a coroa, mas também se estende ao longo da superfície radicular, promovendo a assim, a impressão dos dentes estar dentro do cisto (HASAN et al., 2014).

2.3 Incidência

Segundo estudo apresentado por Shibata et al. (2004), a idade de descobrimento do cisto dentígero varia entre 9-11 anos de idade, que corresponde ao intervalo que a coroa do dente sucessor permanente se revela inteiramente e começa a erupcionar.

Alguns autores defendem que a idade média de diagnóstico dos cistos dentígeros é entre a segunda e terceiras décadas de vida, acometendo mais o sexo masculino e população branca (AMIN et al., 2008, RAMAKRISHNA et al., 2013).

Cistos dentígeros ocorrem mais comumente em homens, população branca e grupo etário entre trinta e quarenta décadas. Majoritariamente, há uma prevalência dos cistos mandibulares duas vezes maior que os cistos maxilares (YU-HSUAN et al., 2011, AMIN et al., 2008). Há o acometimento não raro de elementos permanentes, dentre eles, terceiros molares, caninos, seguidos de pré-molares e supranumerários (AMIN et al., 2008, RAMAKRISHNA et al., 2013).

2.4 Diagnóstico

O diagnóstico de cisto dentígero pode ser feito por uma cuidadosa investigação clínica, radiológica e histológica (ONOTAI et al., 2013).

Radiografias panorâmicas e oclusais superiores são recomendáveis como ferramenta de primeira linha de diagnóstico e adicionais avaliações da lesão são examinadas mediante a tomografia computadorizada (RAMAKRISHNA et al., 2013).

Geralmente é assintomático, a menos que infectado, e em sua maioria silencioso até que haja o seu aumento suficiente para produzir expansão dos ossos maxilares. Portanto, eles geralmente são descobertos acidentalmente em exames radiológicos de rotina. No entanto, radiograficamente, há uma certa dificuldade em se distinguir cistos dentígeros de outros cistos que acometem os maxilares, uma vez que a maior parte se apresentam circunscritos, radiolúcidos e envolvem a coroa de dentes irrompidos (YU-HSUAN et al., 2011, AMIN et al., 2008, ONOTAI et al., 2013).

Radiograficamente, como o conteúdo epitelial é derivado do epitélio reduzido do esmalte, essa radiolucência, tipicamente e caracteristicamente circunda a coroa do dente. Um cisto dentígero grande pode, por vezes, se assemelhar a um processo multilocular, e o osso trabecular pode ser visto dentro da radiolucência. Entretanto, a

maioria dos cistos dentígeros são grosseiramente e histopatologicamente processos uniloculares e provavelmente, nunca, verdadeiras lesões multiloculares. (SHEAR et al., 2007).

O diagnóstico diferencial do cisto dentígero inclui ameloblastoma, ceratocisto, fibroma odontogênico, mixoma, cementoma e tumor de Pindborg. A breve descoberta desta entidade e sua pronta remoção são necessárias, tendo em vista que há um risco potencial de desenvolvimento de outras patologias, como tumores malignos, dentre eles, carcinoma de células escamosas e carcinoma mucoepidermóide (NGAMDU et al., 2012).

Os dentes localizados nos ossos maxilares ou em regiões outras que não sejam em arcos alveolares são ditos como sendo ectópicos. Isto pode ser relacionado a irregularidade na migração do germe dentário nas fases iniciais da embriogênese, ou é o resultado do deslocamento do dente em consequência a fatores locais, genéticos e incompatibilidades volumétricas entre o dente e o arco dentário. Isto prolonga a retenção de dentes decíduos, presença de fissuras, anquiloses, cistos, lesões neoplásicas e traumas, todos podem ser fatores envolvidos (RAMAKRISHNA et al., 2013, GONDIM et al., 2008).

Pacientes jovens com dentes irrompidos ou impactados, têm uma predileção maior para cistos dentígeros (BHAT et al., 2001). Estes, associados com dentes anteriores, resultam na falha de erupção do dente, evoluindo, portanto, em problemas estéticos e ortodônticos (KALASKAR et al., 2007). O seu precoce diagnóstico e tratamento dos cistos dentígeros é imperativo para prevenção de demais proliferações importantes, de deformidades ósseas e grandes destruições, uma vez que eles podem alargar e se estenderem posteriormente envolvendo raízes e dentes adjacentes e se expandirem para o antro maxilar deslocando os dentes envolvidos posteriormente ou em direção ao assoalho de órbita (ZAKIRULLA et al., 2012).

Histologicamente, o cisto dentígero consiste de uma parede fibrosa revestida por epitélio escamoso estratificado não queratinizado, consistindo em tecido mixóide, remanescentes odontogênicos e, raramente, células sebáceas. (KALASKAR et al., 2007)

2.5 Tratamento

Pequenas lesões devem ser enucleadas cirurgicamente, evitando danos ao dente permanente envolvido. Cistos grandes podem ser tratados mediante marsupialização. O prognóstico é excelente e recorrências são raramente observadas após sua completa remoção (YAMANAKA et al., 1997; KISHIMOTO et al., 1988, KUSUKAWA et al., 1992, ROSENLICHT et al., 1979, AMIN et al., 2008).

Yu-Hsuan et al. (2011) consideram que a desvantagem da marsupialização é deixar in situ o tecido patológico do cisto, tendo em vista que ameloblastoma, carcinoma de células escamosas ou carcinoma mucoepidermoide intraósseo, podem se desenvolver das células císticas do folículo do cisto dentígero. Em contrapartida, para Petterson et al. (2000), é necessário realizar a descompressão de grandes cistos próximos a estruturas nobres com o intuito de preservação destas, podendo-se realizar subsequente enucleação. Contudo, Yu-Hsuan et al. (2011) relatam que o tratamento de escolha para os cistos mandibulares seria somente a enucleação da lesão e atestam que recorrências de cisto dentígero, são raramente encontradas, principalmente quando completamente enucleados ou erupcionados os dentes associados.

Damante et al. (2002), defende que as pequenas cavidades remanescentes da enucleação dos cistos, podem ser fechadas espontaneamente pelos mecanismos normais de neoformação óssea, enquanto em defeitos ósseos grandes, pode-se optar pela utilização de biomateriais ósseos, embora haja muitas controvérsias no manejo das cavidades ósseas residuais. Ele concorda ainda, que enxertos ósseos podem ser utilizados para reduzir os riscos de fragilidade óssea e encurtar o período de recuperação óssea pós enucleação.

Possíveis complicações incluem permanentes deformidades ósseas, ou fraturas patológicas devido à expansiva destruição óssea, perda da dentição permanente e essencial ou sua inervação ou o desenvolvimento de ameloblastoma ou carcinoma epidermoide derivado do revestimento epitelial cístico (BHARATH et al., 2011). Pacientes com cisto dentígero nos ossos ou seios maxilares podem apresentar tumefação facial, rinorréia purulenta, obstrução nasal, deformidade nasal externa e epífora (ONOTAI et al., 2013).

3. Proposição

O presente estudo tem como objetivo relatar um caso raro de cisto dentígero em região posterior da maxila associado a molar decíduo incluso em paciente de 17 anos de idade.

4. Relato de Caso

Paciente do gênero masculino, leucoderma, 17 anos, procurou tratamento na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Central de Saúde Bucal do Serviço de Assistência ao Servidor do Estado de Pernambuco – SASSEPE – IRH Governo do Estado de Pernambuco, Brasil, encaminhado por seu ortodontista para tratamento de lesão em região posterior da maxila esquerda, descoberta acidentalmente por exame radiográfico de rotina.

Na anamnese, o paciente não referiu queixas de sintomatologia dolorosa na região afetada ou qualquer outro tipo de desconforto. Nenhum episódio de trauma na região foi relatado.

Ao exame físico, o paciente apresentava faces simétricas, ausência de engurgitamentos ganglionares na cadeia cervico-facial, mucosas normocoradas. Não foi observado nenhum aumento de volume extra-oral ou expansão intra bucal na região envolvida. Intraoralmente, teste pulpar confirmou que os elementos relacionados a lesão estavam todos vitais. Além disso, não houve sintomatologia dolorosa a percussão, tampouco, sinais de mobilidade patológica.

O exame radiográfico (radiografia panorâmica dos maxilares encaminhada pelo seu ortodontista) (Fig. 1) revelava o segundo molar superior direito decíduo impactado associado a uma lesão radiolúcida, medindo aproximadamente 2,0 x 1,5 cm. Foi notado também que as raízes do dente 14 e 15 eram divergentes. A lesão se estendia entre as raízes dos elementos maxilares permanentes (segundo pré-molar superior direito, 15 e o primeiro molar superior direito, 16, e superiormente ao seio maxilar direito). (Fig. 2)

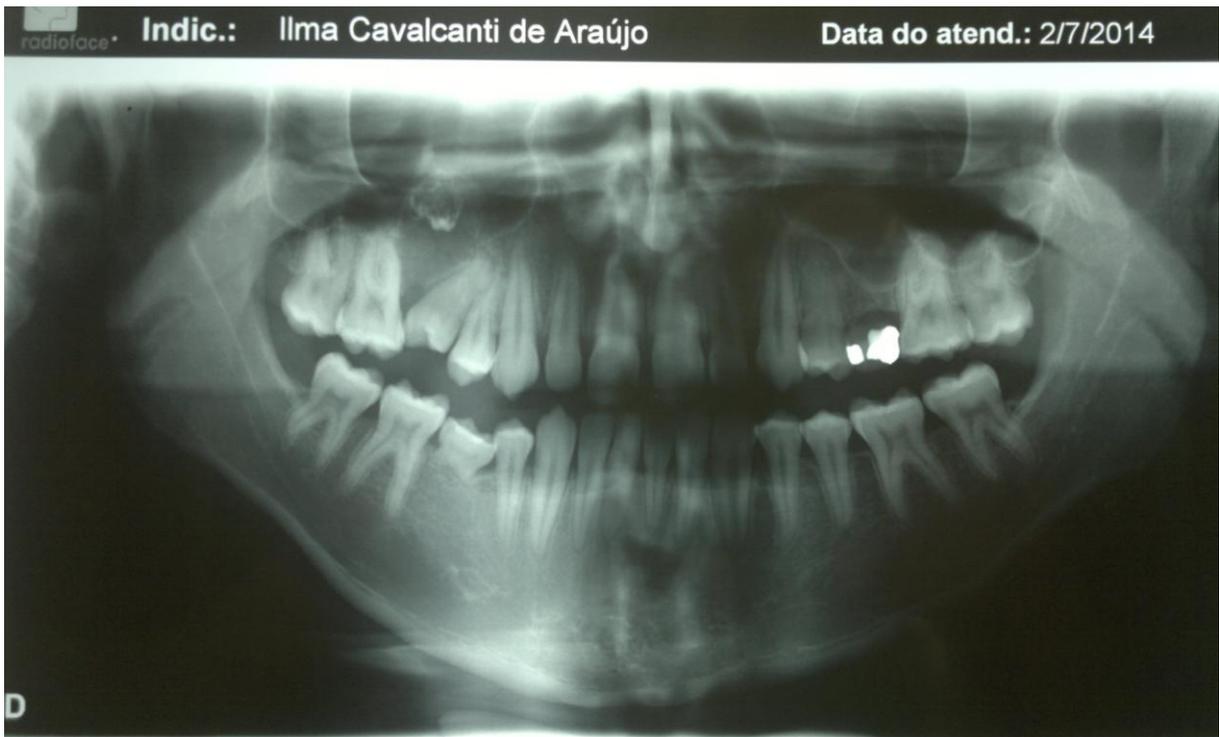


Fig. 1 – Radiografia panorâmica Inicial



Fig. 2 – Radiografia panorâmica (visão aproximada da lesão)

A tomografia computadorizada evidenciou uma lesão que se estendia ao seio maxilar, sem sinais evidentes de comprometimento deste, pela falta de sintomatologia por parte do paciente. Demais extensões do antro sem indícios de velamento (Fig. 3).

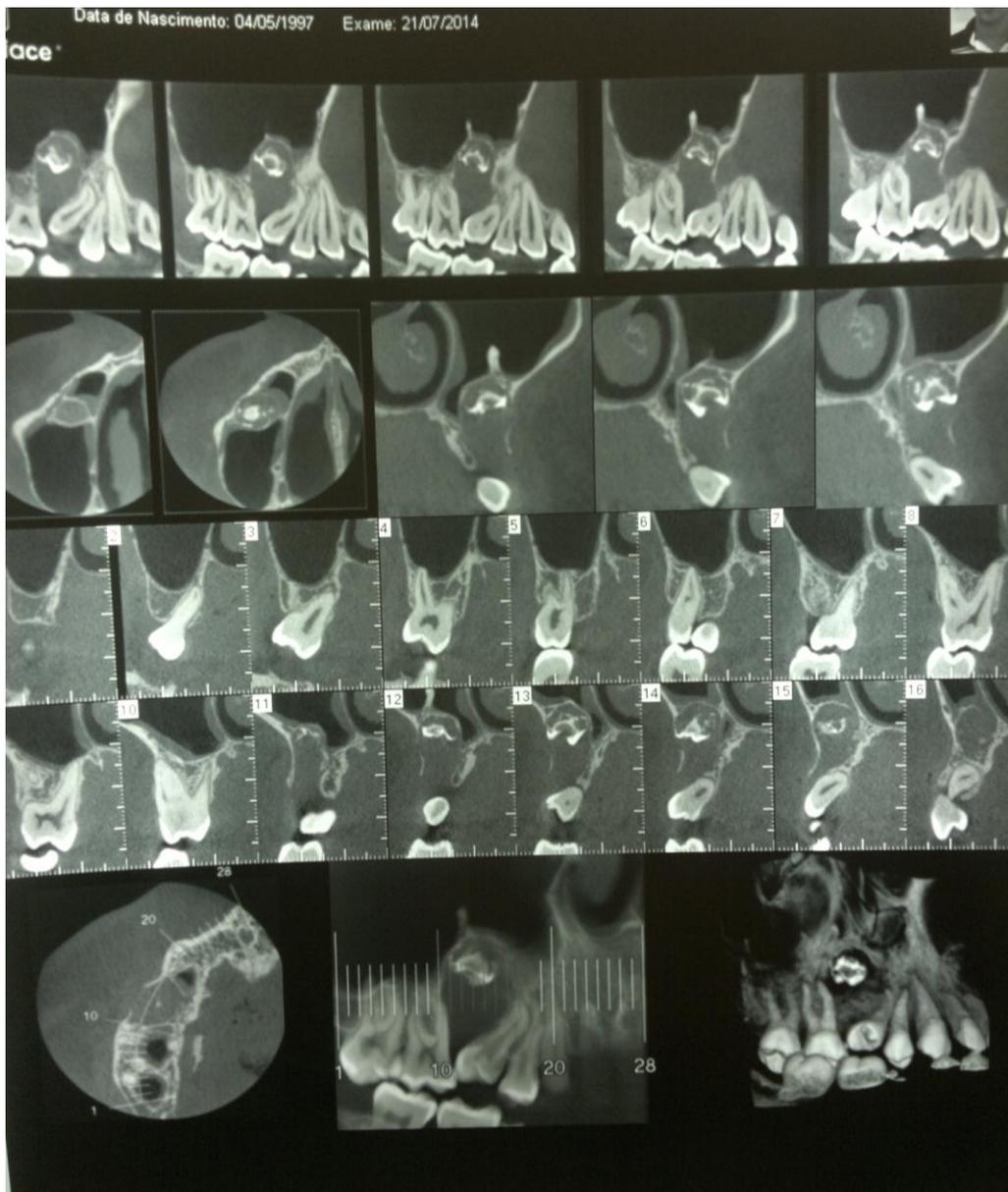


Fig. 3 – Tomografia Computadorizada

Após exames clínicos e radiológicos, a hipótese diagnóstica foi de cisto dentígero relacionado ao elemento dentário decíduo impactado. Foram solicitados, assim, exames pré-operatórios de rotina para cirurgia sob anestesia geral, cujos

resultados se encontravam dentro dos padrões de normalidade. A cirurgia proposta foi, portanto, a excisão cirúrgica pela enucleação da lesão.

Sob anestesia geral e intubação nasotraqueal esquerda, foi realizada a antisepsia da região facial e cervical as expensas de solução de clorexidine a 2% e da cavidade bucal com igual solução na concentração de 0,12%. O campo operatório foi aposicionado e, após o tamponamento oro-faríngeo, uma infiltração subperiosteal periférica com solução de bupivacaina 0,5% com epinefrina foi realizada. Em seguida, foi empreendida incisão intrassucular mediante emprego da lâmina 15 em região de maxila direita, que se estendia desde o elemento dentário 12 até a região do elemento 16, onde foi realizado em sua distal, divertículo relaxante, com angulação de 45°(Fig. 4).



Fig. 4 – Incisão em região de maxila direita

Utilizando-se de elevador periosteal, foi realizado o descolamento mucoperiosteal da região incisada, expondo todo o osso cortical vestibular (Fig. 5). Após esta etapa e o afastamento do mucoperiostium, constatou-se que a placa cortical vestibular exposta era muito fina e parcialmente perfurada na região do molar retido. A cápsula cística foi identificada após a remoção do fino osso da

cortical vestibular. Cuidadosamente a cápsula cística foi separada do osso subjacente junto com o dente retido (Fig. 6).



Fig. 5 – Descolamento mucoperiosteal e exposição da cortical vestibular

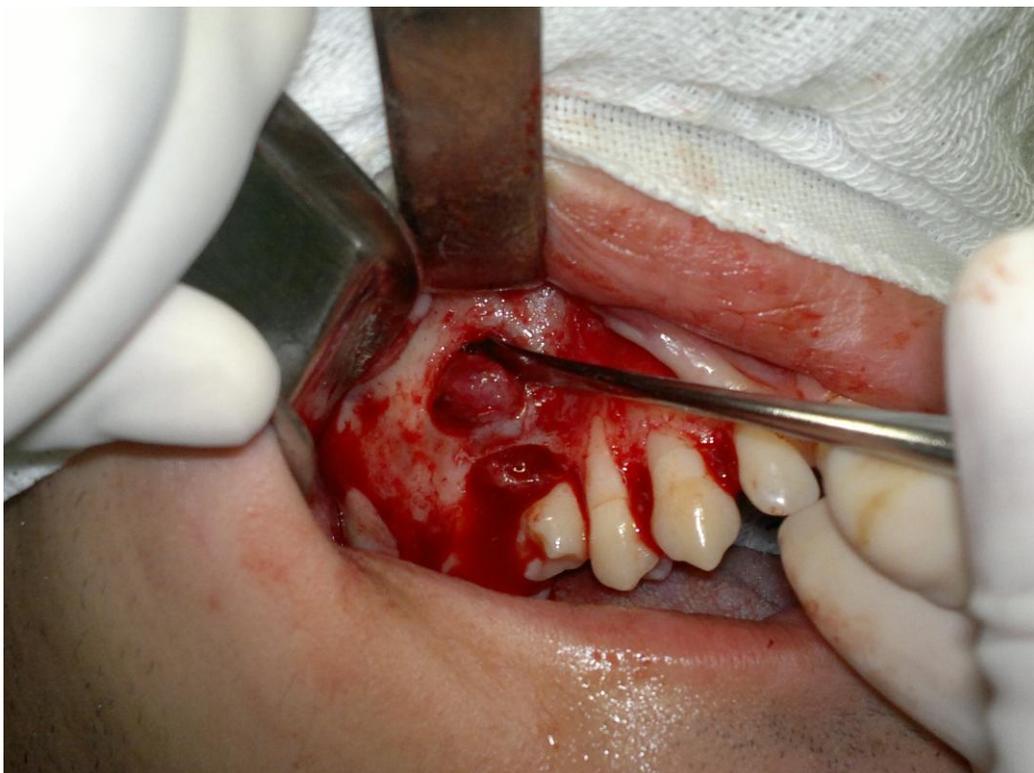


Fig. 6 – Identificação e remoção da cápsula cística

A lesão foi identificada medindo 2,0 x 1,5 cm, envolvendo a parede anterior do seio maxilar direito. Após a completa enucleação da lesão e remoção simultânea do elemento decíduo retido (Fig. 7), a perfuração da parede anterior do seio foi inevitável (Fig. 8), (Fig. 9), (Fig. 10).



Fig. 7 – Remoção do dente decíduo incluído



Fig. 8 – Evidência de perfuração do seio maxilar direito



Fig. 9 – Peças operatórias



Fig. 10 – Exérese do decídua removido

Após a regularização da osteotomias com brocas para acabamento ósseo, realizou-se a toilette da ferida, irrigação/aspiração do antro maxilar, sendo reparada a parede anterior do seio maxilar e a deformidade óssea pós enucleação com a utilização de material hemostático absorvível estéril Surgicel™, nas apresentações de tela e esponja de fibrina (Fig. 11) Gelfoan™, respectivamente, cujo objetivo era a proteção do seio maxilar direito exposto trans-cirurgicamente (Fig. 12) e (Fig. 13). Na sequência, foi realizada sutura oclusiva e estanque da mucosa com fios de poligalactina 910 (Vicryl™ 3-0) (Fig. 14).

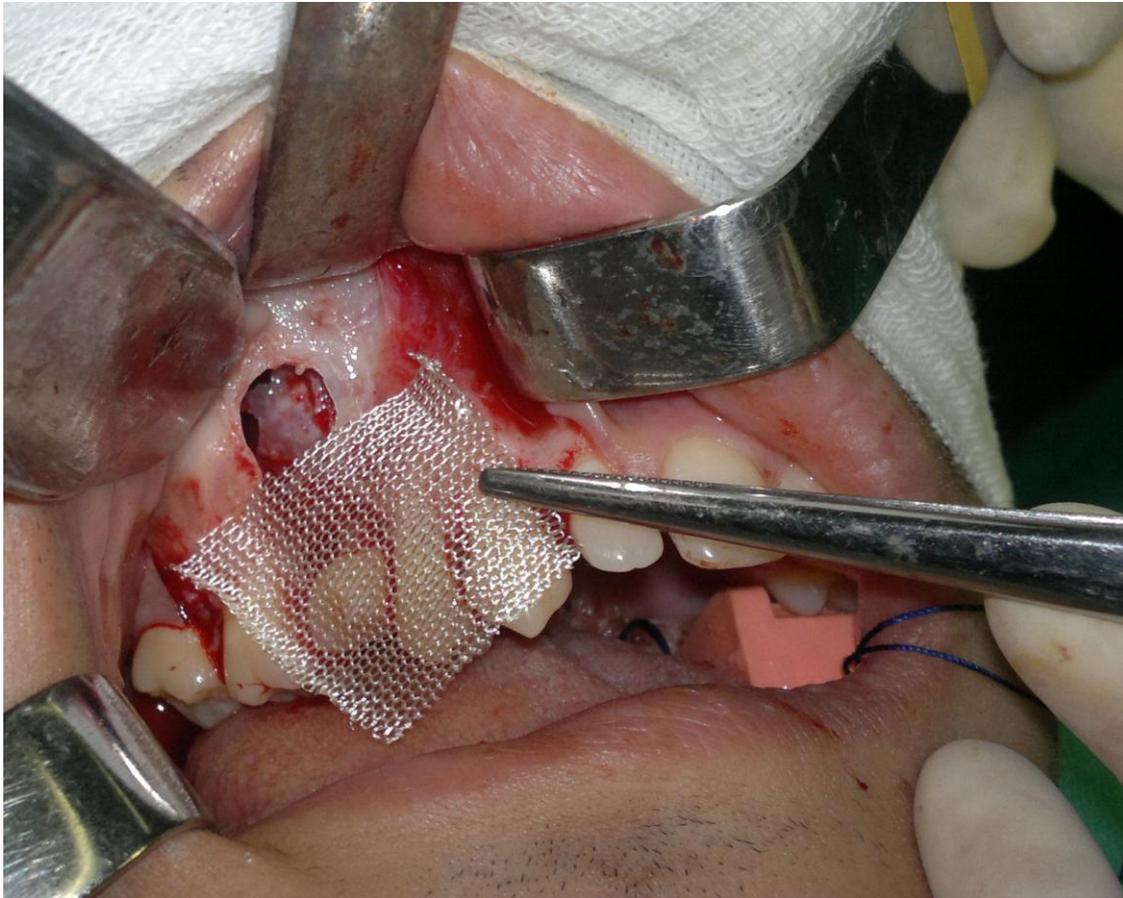


Fig. 11 – Reparo da parede anterior do seio com Surgicel™



Fig. 12 – Proteção do seio maxilar direito e preenchimento da cavidade cirúrgica com Gelfoan[™]



Fig. 13 – Completo preenchimento da cavidade óssea e manutenção da integridade da parede sinusal.



Fig. 14 – Sutura em pontos isolados com fios de poligalactina 910 (Vicryl™ 3-0)

Prescreveu-se medicação antibiótica (Cefadroxila 500mg – 12/12 horas durante 07 dias) / Anti-inflamatória (Nimesulida 100mg – 12/12 horas durante 06 dias) / Analgésica (Dipirona 500mg – 06/06 hrs durante 03 dias) para o pós-operatório, que transcorreu sem qualquer anormalidade (Fig. 15). A recuperação do paciente aconteceu sem intercorrências. A sutura foi removida no 10º dia do pós-operatório e checada a Radiografia Panorâmica de controle pós-operatório, que identificou excelente remodelação óssea, com quase completa neoformação óssea no sítio cirúrgico (Fig. 16). A radiografia Waters, não demonstrou anormalidades, estando ambos os seios maxilares sem nenhum comprometimento ou velamento (Fig. 17).



Fig. 15 – Pós-operatório com 30 dias



Fig. 16 – Radiografia panorâmica pós-operatória



Fig. 17 – Radiografia Waters demonstra normalidade dos seios maxilares

Exame histológico do espécime confirmou o diagnóstico de Cisto dentífero. O paciente foi acompanhado no pós-cirúrgico de 6 meses, sem nenhuma complicação relatada, havendo a completa neoformação óssea da região operada (Fig. 18 e Fig. 19).

Número Biopsia	B 07.917/14	Idade	17 anos	Sexo	Masculino
Médico Requisitante	Dra Erika Passos	Número Requisição			
Convênio	SASSEPE	Data Entrada	25/11/2014		
Material Recebido	LESÃO MAXILAR D.				

HISTOPATOLÓGICO

EXAME MACROSCÓPICO:
Recebido em formalina, vários fragmentos teciduais irregulares, elásticos, pardo-acastanhados, medindo o maior 1,4 x 0,4 x 0,3cm.

DIAGNÓSTICO:
Cisto dentigero associado a intenso processo inflamatório crônico ativo..

Recife, 03 de dezembro de 2014

Adriana
Dra. Adriana Gomes Ferreira - CRM 11.160
Especialista em Patologia Cirúrgica e Citologia - UNICAMP / SP
Patologia Gastrointestinal e Hepática - CINCINNATI / USA

Fig. 18 – Diagnóstico histopatológico

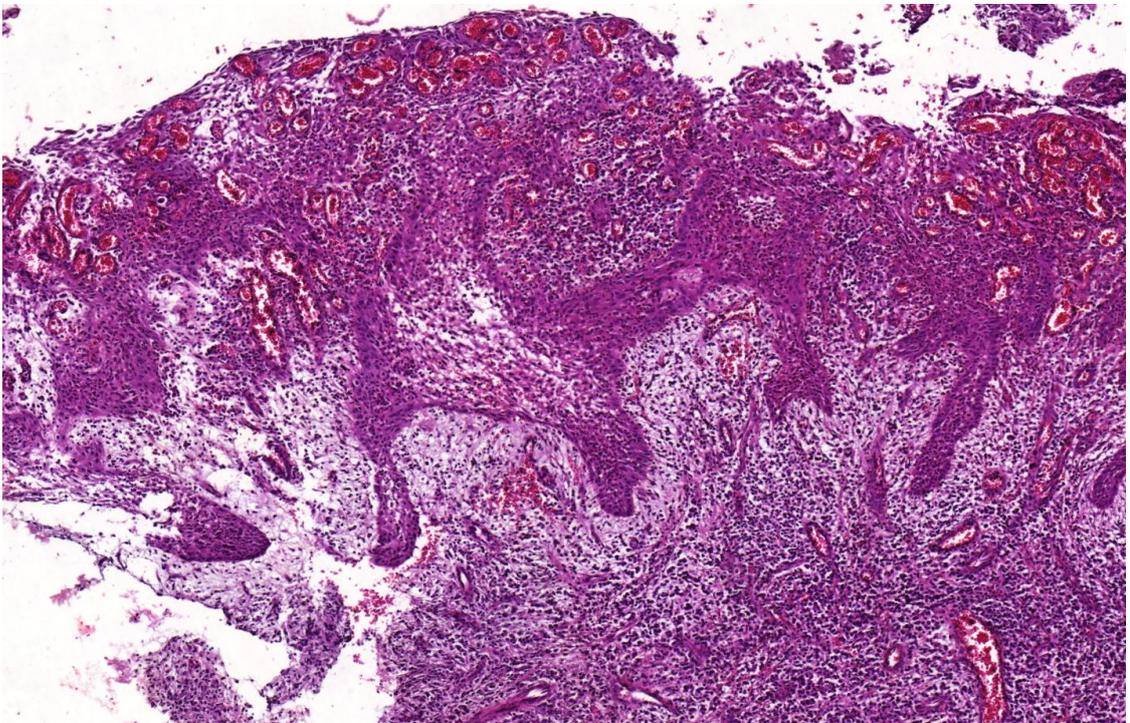


Fig. 19 – Fotomicrografia da lesão

5. Discussão

O desenvolvimento de cisto dentígero em associação com dentes retidos permanentes não é incomum, entretanto, o seu desenvolvimento como resultado da não erupção de dentes decíduos, é sim raro (YAMANAKA ET AL., (1977), KISHIMOTO et al., 1988, KUSUKAWA et al., 1992, ROSENLICHT et al., 1979, BHARATH et al., 2011). Isto coincide com este relato e o de Michael et al. (1995), que reportou um estudo, adicionalmente ao quarto caso exposto na literatura, semelhante ao nosso, de cisto dentígero que se desenvolveu como lesão radiolúcida associado ao segundo molar decíduo maxilar impactado, o que enaltece a relevância e raridade do presente artigo.

Este relato de caso clínico corrobora com o princípio que a enucleação cística é o tratamento preconizado para os cistos de pequenas proporções, contudo há controvérsias quando se trata de cistos de grandes proporções, que podem ser tratados, segundo Neville et al. (2009), pela endodontia dos dentes envolvidos associada à marsupialização, descompressão ou fenestração.

Diferentemente do estudo em discussão que optou pela enucleação como tratamento de eleição, a marsupialização foi o tratamento de escolha em outros seis trabalhos encontrados na literatura (YAMANAKA et al., 1977, KISHIMOTO et al., 1988, YU-HSUAN HU et al., 2011, TÜZÜM et al., 1997, KUSUKAWA et al., 1992, ROSENLICHT et al., 1979), para a preservação do dente permanente envolvido com a lesão, baseando-se na idade do paciente e na função estratégica do dente envolvido, cuja erupção ocorreu com o acompanhamento do paciente, em discordância uma vez mais com o relato aqui exposto, tendo em vista que no presente caso não haveria possibilidade de erupção dentária do elemento incluso, por se tratar de um dente decíduo, sem força eruptiva aos 17 anos do paciente e pelo fato dele estar impactado entre as raízes do segundo pré-molar e primeiro molar direitos.

Damante et al. (2002), defende a utilização de biomateriais ósseos no manejo das cavidades ósseas residuais e para reduzir os riscos de fragilidade óssea e encurtar o período de recuperação óssea pós enucleação. Este entendimento

coincide com o artigo apresentado, visto que foram utilizados, biomateriais (esponja de fibrina e celulose oxidada) como meio para promover o fechamento primário da loja óssea e manutenção da integridade da parede sinusal.

Neste relato de caso, houve redução do tamanho da cavidade residual e gradual aumento da densidade óssea, que foi identificada na radiografia de controle pós-operatório de 6 meses, similarmente aos trabalhos de Zakirulla et al. (2012) e Shokier e Khalifa et al. (2009), cujos pacientes crianças e adolescentes, tiveram neoformação do defeito ósseo pós-cirúrgico boa graças a grande propensão de regeneração óssea que eles possuem.

6. Conclusão

- O desenvolvimento de cistos dentígeros associados a dentes impactados permanentes não é incomum.
- O desenvolvimento de cistos dentígeros associados a dente decíduo é extremamente raro, havendo poucos casos relatados na literatura, como também raros são os relatos de dentes temporários inclusos.
- Os casos de cistos dentígeros não volumosos associados a dentes deciduos inclusos, têm como tratamento de eleição a enucleação da lesão e exérese do dente decíduo envolvido.

Referências Bibliográficas

1. MAMATHA, N. S.; KRISHNAMOORTHY, B.; SAVITHA, J. K.; PANKAJA, B. H. A. Diagnostic CBCT in Dentigerous Cyst with Ectopic Third Molar in the Maxillary Sinus—A Case Report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. India, v. 8, n. 6, p.07-09, Jun, 2014.
2. ZAKIRULLA, M.; YAVAGAL, C. M.; JAYASHANKAR, D. N.; ALLANBAJSH, M. Dentigerous cyst in children: a case report and outline of clinical management for pediatric and general dentists. **Jour. Orofac. Res.**, India, v.2, n.4, p.238-242, Dez, 2012.
3. NARSAPUR, S. A.; CHINNANAVAR, S. N.; CHOUDHARI, S. A. Radicular cyst associated with deciduous molar: A report of a case with an unusual radiographic presentation. **Indian Jour. Dent. Res.**, India, v.23, p.550-3, Jan, 2012.
4. HASAN, S.; AHMED, S. A.; REDDY, L. B. Dentigerous cyst in association with impacted inverted mesiodens: Report of a rare case with a brief review of Literature. **International Journal of Applied and Basic Medical Research**, India, v.4, n.1, Maio, 2014.
5. JOHN, T.; SHEKHAR, M. G.; KOSHY, M. Dentigerous cyst associated with supernumerary teeth: A report of three cases. **Jour. Clin. Diagn. Res.**, India, v.4, n.3, p. 2601-6, Jun, 2010.
6. BHAT, S. Sa.; VIDHYA, M. B.; SARGOD, S. C. Radicular cyst associated with endodontically treated deciduous tooth: A case report. **Jour. Indian Soc. Pedo. Prev. Dent.**, India, Kamataka, v.19, p.21-23, Jul, 2001.
7. SHIBATA Y.; ASAUMI, J.; YANAGI, Y.; KAWAI, N.; HISATOMI, M.; MATSUZAKI, H.; KONOUCHE, H.; NAGATSUKA, H.; KISHI, K. Radiographic examination of dentigerous cysts in the transitional dentition. **Dentomaxillofacial Radiology**, Inglaterra, v.33, p.17–20, Jan. 2004.
8. DINKAR, A. D.; DAWASAZ, A. A.; SHENOY, S. Dentigerous cyst associated with multiple mesiodens: A case report. **Jour. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.**, India, v.25, p. 56-59, Mar, 2007.
9. YAMANAKA, T.; SAWAKUMA, Y.; WAKAE, H.; TOYOSHIMA, S.; TOMIOKA, T. A case of follicular cyst probably due to a deciduous tooth. **Jpn. J. Oral Surg.**, Japao, v.23, n.3, p.370-4, Jun, 1977.
10. MICHAEL, P.; BERGER, J. Identifying a deciduous dentigerous cyst. **JADA**, NY, v.126, Maio, 1995.
11. AGRAWAL, M.; RAGHAVENDRA, P. D. S.; SINGH, B.; AGRAWAL, N. Multiple teeth in a single dentigerous cyst follicle: A perplexity. **Annals of Maxillofacial Surgery**, India, v.1, n.2, Dez, 2011.

12. KISHIMOTO, H.; HARADA, T.; YOSHIMURA, Y. Follicular cyst originated from deciduous molar in a 5-month-old infant: report of a case. **Jpn. Jour. Oral Surg.**, Japão, v.34, p.1394-8, Julho, 1988.
13. KUSUKAWA, J.; LIE, K.; MORIMATSU, M.; KOYANAGI, S.; KAMEYAMA, T. Dentigerous cyst associated with a deciduous tooth. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, Taiwan, v. 73, n. 4, p. 415-8, Abril, 1992.
14. ROSENLICHT, J.; MUROHV, JB.; MALONEV, PL. Fetal alcohol svndrome. **Oral Med. Oral Patol.**, Taiwan, v.47, n.1, p.8-10, Jan, 1979.
15. BHARATH, K. P.; REVATHY, V.; POORNIMA, S.; SUBBA REDDY, V. V. Dentigerous cyst in an uncommon site: A rare entity. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, India , v.29, n.2, Dez, 2011.
16. PUACZ, P.; KOCZOROWSKI, M.; KACZMAREK, I.; OSMOLA, K. dentigerous cyst associated with maxillary canine as a reason of occlusion defect " case report of 7 year old boy. **Dev. Period. Med.**, Bukowska, v.12, n.1, p.72-76, Jan, 2013.
17. YU-HSUAN HU.; CHANG, YL.; TSAI, A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, Taiwan, v.112, n.6, p.e5-e7, Março, 2011.
18. AMIN, Z. A.; AMRAN, M.; KHAIRUDIN, A. Removal of extensive maxillary dentigerous cyst via a Caldwell-Luc procedure. **Arch. Orofac. Sci.**, Malaysia, v.3, n.2, p. 48-51, Set, 2008.
19. RAMAKRISHNA, A.; LAMBADE, P. Dentigerous Cyst Associated with Ectopic Canine and a Supernumerary Tooth: A Rare Occurrence. **Journal of Surgical Technique and Case Report.**, India, v. 5, n. 2, p. 85-88, Jul-Dec, 2013.
20. BENN, A.; ALTINI, M.; MDENT, B. Dentigerous cysts of inflammatory origin. A clinicopathologic study. **Oral. Surg. Oral. Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, Africa do Sul, v. 81, n.2, p.203-9, Fev, 1996.
21. ONOTAI, L. O.; DA LILLY-TARIAH, O. B. Dentigerous cyst associated with ectopic tooth at the roof of maxillary sinus. **Int. J. Med. Med. Sci.**, Nigéria, v.3, n.4, p.407-10, Abril, 2013.
22. SHEAR, M.; SPEIGHT, P. Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions. 4th ed. **Oxford Blackwell Publishing Ltd**, Inglaterra, p. 5978, Set, 2007.
23. NGAMDU, Y. B.; KODIYA, A. M.; SANDABE, M. B.; GARANDAWA, H. I.; ISA, A. Dentigerous cyst associated with ectopic supernumerary canine in the maxillary sinus. **J. C. R.**, Nigéria, v.2, p.27-30, Out, 2012.
24. GONDIM, J. O.; NETO, J. J.; NOGUEIRA, R. L.; EM, G. Conservative management of a dentigerous cyst secondary to primary tooth trauma. **Dent. Traumatol.**, v.24, p.676-9, 2008.

25. KALASKAR, R. R.; TIKU, A.; DAMLE, S. G. Dentigerous cysts of anterior maxilla in a young child: A case report. **J. Indian Soc. Pedod. Prevent. Dent.**, India, Dez, 2007.
26. MILORO, M.; GHALI, G. E.; LARSEN, P. E.; WAITE, P. D. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial. 2 Volumes, Ed. Santos, 2ª Ed., p.1502, 2008.
27. DAMANTE, J. H.; GUERRA, E. N. S.; FERREIRA O. JR. Spontaneous resolution of simple bone cysts. **Dentomaxillofacial Radiol.** V.31, p.182-186, Fev, 2002.
28. NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEM, C. M.; BOUQUOT, J. E.; Patologia Oral e Maxilofacial. Edição: 3ª, Páginas: 992, 2009.
29. SHOKIER, H. M.; KHALIFA, G. A. Assessment of bone healing in large bony defects after enucleation of jaw cysts without using any graft material using direct digital radiography and CT scan. **Cairo Dental Journal**, Cairo, v.25, n.1, p.35-42, Jan, 2009.
30. TÜZÜM, M. S. Marsupialization of a cyst lesion to allow tooth eruption: a case report. **Quintessence Int.**, Turquia, v.28, n.4, p.283-28, Abril, 1997.

REVISÃO DE ORTOGRAFIA DE NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Declaro pra os devidos fins, que realizei a revisão ortográfica e de normalização bibliográfica do trabalho de monografia intitulado "**CISTO DENTIGERO EM REGIÃO POSTERIOR DA MAXILA ASSOCIADO A MOLAR DECÍDUO INCLUSO**", apresentada por Érica Passos de Medeiros Lacerda.



Silvia Cavalcanti P. de Medeiros

OAB/PE 15707

Recife, 10 de Outubro de 2015.