

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANANDA KVITKO OLIVEIRA

THERESA CRISTINA MONTEIRO DE CARVALHO

CISTO DENTÍGERO: REVISÃO DE LITERATURA

VOLTA REDONDA

2020

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CISTO DENTÍGERO: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunas: Ananda Kvitko Oliveira
Theresa Cristina Monteiro de
Carvalho

Orientadora: Marcela Ventura Soares
Coorientador: Dagoberto M. de Oliveira

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

O48c Oliveira, Ananda Kvitko.
Cisto dentífero: revisão de literatura. / Ananda Kvitko Oliveira;
Theresa Cristina Monteiro de Carvalho. – Volta Redonda: UniFOA,
2020.

33 p. II

Orientador (a): Marcela Ventura Soares

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Cisto odontogênico. 3. Cisto dentífero. I. Soares, Marcela Ventura. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado Cisto Dentífero: Revisão de Literatura.

Elaborado por: Ananda Kvitko Oliveira

Theresa Cristina Monteiro de Carvalho

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovado em 24 de junho de 2020

Banca Avaliadora:

.....
Prof.^a Mestra Marcela Ventura Soares

.....
Prof^o Mestre Dagoberto Martins de Oliveira

.....
Prof^o Especialista Wesley Luiz Rodrigues Pereira

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente aos meus queridos pais, ao meu irmão Alfredo e minha cunhada que não mediram esforços para que esse sonho fosse realizado. Ao meu sobrinho Danilo, que com seu sorriso encantador sempre trouxe alegria para meus dias. A todos meus familiares, padrinhos e amigos por todas as palavras de incentivo durante essa trajetória. As minhas colegas de turma que sempre estavam do meu lado nas alegrias e tristezas, onde cada uma com seu jeito especial sempre estiveram ao meu lado me apoiando e dando força nessa caminhada. Em especial para duas pessoas, minha amiga (irmã) Nayara que sempre esteve comigo nos momentos difíceis e nos felizes desde a infância me colocando sempre pra cima. E ao meu querido e amado irmão José Danilo (in memoriam), que gostaria de ter tido a felicidade de tê-lo conhecido, mas que sei que espiritualmente sempre esteve ao meu lado. Dedico também a minha querida orientadora DR^a Marcela Ventura por ter acreditado no nosso potencial e capacidade de concluir esse trabalho. Enfim, dedico a todos que me ajudaram e me incentivaram com seu amor e carinho, acreditando que esse meu sonho fosse possível.

Theresa Cristina Monteiro de Carvalho

À professora Dr^a Marcela Ventura pela sua atenção, dedicação e apoio não só durante o desenvolvimento desse projeto, mas durante toda a jornada da faculdade. À minha bisavó Ângela (in memoriam), que com seu otimismo e sabedoria me ensinou lições de grande valor, além de ter despertado em mim meu amor por livros. Às minhas amigas, cuja paciência e incentivo foi essencial para a conclusão desse trabalho.

Ananda Kvitko Oliveira

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus por ter me sustentado e me abençoado durante essa caminhada longa e difícil, onde várias vezes pensei que não conseguiria chegar até o final. Aos meus queridos e amados pais por nunca terem me deixado desistir desse sonho nos momentos de dificuldade e por sempre terem me incentivado. A todas as pessoas que me ajudaram durante esses anos, seja com uma palavra amiga, uma dica, matérias e até mesmo que me deram carona para vir para a faculdade. Sou muito grata por todas as amizades que eu fiz e quero levar por toda vida, principalmente a minha dupla Ananda Kvitko e minha amiga Camila Paravizo por sempre estarem do meu lado desde o início e por todo apoio que sempre demos umas as outras em todas as situações. À família da Camila por ter me acolhido com tanto carinho em sua casa esse ano. Às amigas Maria Eduarda, Taynah, Laíz e Fernanda que foram muito presentes quando precisei. Aos professores e funcionários que sempre estiveram me incentivando, especialmente minha querida orientadora DR^a Marcela Ventura por sua total dedicação e incentivo durante esse trabalho, por seu carinho e seu jeito alegre. Enfim, agradecer a minha família, aos obstáculos que eu tive que me tornaram uma pessoa mais forte e ate aquelas pessoas que duvidaram que um dia eu realizasse esse sonho.

Theresa Cristina Monteiro de Carvalho

Gostaria de deixar o meu profundo agradecimento, primeiramente a todos os meus amigos que me apoiaram durante essa jornada, especialmente a minha dupla Theresa Cristina, bem como as minhas amigas Carol, Camila, Jullia, Taya, Laíz e a todos que me incentivaram durante tempos difíceis, que sempre me ofereceram um ombro amigo, e com as quais formei as melhores memórias durante esses últimos 5 anos. Ao tio Carvalho (pai da Theresa) por todas as caronas e conselhos. Agradeço também aos professores e funcionários da Foa, em especial a duas pessoas, minha querida orientadora Dr^a Marcela Ventura por todo incentivo e dedicação durante o trabalho e o Miguel por todo o incentivo e ajuda especialmente na clínica. Sou muito grata a todos que não me deixaram desistir, que ajudaram com matérias, tiraram dúvidas, pois não teria chegado até aqui sem eles. Agradeço também Erin Hunter, cujos livros me mantiveram motivada durante essa jornada.

Ananda Kvitko Oliveira

EPÍGRAFE

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

RESUMO

O cisto dentígero é o segundo tipo mais comum dos cistos odontogênicos de desenvolvimento. É frequentemente encontrado nas regiões da maxila e mandíbula. Geralmente está associado aos terceiros molares e caninos superiores, devido ao fato de serem os dentes que se apresentam impactados com grande frequência. É uma lesão benigna, radiolúcida, e que ocorre no geral, nas três primeiras décadas de vida do paciente. É assintomático, de crescimento lento, mas pode causar deformidade facial. O objetivo desse estudo será fazer uma revisão de literatura para discutir sobre etiologia, características clínicas, radiográficas, histopatológicas, diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico.

Palavras-chave: Cisto odontogênico, Cisto dentígero, Dentes impactados.

ABSTRACT

The dentigerous cyst is the second most common type of developmental odontogenic cyst. It's frequently found in the maxilla region and the jaw. It's generally associated with the third molar tooth and superior canine due to them being commonly impacted teeth. It's a benign lesion, radiolucent, and it generally occurs in the first three decades of life. It's asymptomatic and slow growing, but can cause facial deformity if left untreated. The objective of this study is to do a literature review, as well as to discuss the cyst's etiology, clinical characteristics, radiographic characteristics, histopathology, differential diagnosis, treatment, and prognosis.

Keywords: Odontogenic cyst, Dentigerous Cyst, Impacted Teeth, Marsupialization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Espécime macroscópico de cisto dentígero envolvendo um canino superior	14
Figura 2 Cisto dentígero: Aspecto macroscópico da lesão	15
Figura 3 Cisto dentígero envolvendo canino superior	18
Figura 4 Imagem radiográfica mostrando cisto dentígero relacionado a um dente incluído	18
Figura 5 Radiografia evidencia volumosa lesão radiolúcida bem delimitada de aspecto cístico na mandíbula a direita, envolvendo a coroa de elemento molar imaturo	18
Figura 6 Cisto dentígero. Variante central	19
Figura 7 Cisto dentígero. Variante lateral	19
Figura 8 Cisto dentígero. Variante circunferencial	19
Figura 9 Cisto dentígero não inflamado	21
Figura 10 Cisto dentígero inflamado	21
Figura 11 No exame histopatológico do cisto dentígero, encontramos epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

cm	Centímetro
et al.	e colaboradores
mm	Milímetro
%	Porcentagem
TC	Tomografia Computadorizada
RM	Ressonância Magnética

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Etiologia.....	12
2.2 Características Clínicas	13
2.3 Características Radiográficas.....	15
2.4 Características Histológicas.....	20
2.5 Tratamento	22
2.6 Prognóstico.....	25
3 DISCUSSÃO.....	27
4 CONCLUSÃO.....	31
5 REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Um cisto é definido como uma cavidade patológica revestida por tecido epitelial (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013). Os cistos odontogênicos são subclassificados de acordo com a sua origem como de desenvolvimento ou inflamatório, o cisto dentífero é o tipo mais comum de cisto odontogênico de desenvolvimento, totalizando cerca de 20% de todos os cistos com revestimento epitelial nos ossos gnáticos (NEVILLE et al., 2016).

Tem origem pela separação do folículo que circunda a coroa de um dente não erupcionado. A patogênese desse cisto é incerta, entretanto aparentemente se desenvolve a partir do acúmulo de fluido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente (NEVILLE et al., 2016).

Essa patologia pode ser encontrada em pacientes com ampla variação de idade, porém a alta incidência de cistos dentíferos ocorre durante a segunda e terceira décadas, sendo que uma alta incidência em homens tem sido observada (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013).

Radiograficamente, um cisto dentífero apresenta-se como uma radiolucência unilocular bem definida, com margens corticais íntegras em associação a uma coroa de um dente não erupcionado (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013). Um cisto dentífero de grandes proporções pode dar a impressão de aspecto multilocular, por apresentar persistência de trabeculado ósseo dentro da imagem radiolúcida (NEVILLE et al., 2016).

O presente trabalho visa fazer uma revisão da literatura sobre o cisto dentífero, discutindo os aspectos relacionados à etiologia, características clínicas, radiográficas e histopatológicas, opções de tratamento e prognóstico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Etiologia

O cisto dentífero é definido como um cisto que tem origem pela separação do folículo que circunda a coroa de um dente não erupcionado (NEVILLE et al., 2016), ou pela degeneração do retículo estrelado (SCULLY 2009) e está aderido ao dente em sua junção amelocementária (NEVILLE et al., 2016). Este é o tipo mais comum de cisto odontogênico de desenvolvimento, totalizando cerca de 20% de todos os cistos de revestimento epitelial nos ossos gnáticos (NEVILLE et al., 2016). A ocorrência dos cistos dentíferos na população geral é bastante alta; sua incidência é estimada em 1,44 cistos para cada 100 dentes não erupcionados (SPERANDIO; GIUDICE, 2013). Em crianças de 2 a 14 anos de idade, os cistos dentíferos representam cerca de 49% das lesões císticas intraósseas (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013).

A patogênese desse cisto é incerta, entretanto, (NEVILLE et al., 2016) ocorre o extravasamento de exsudato inflamatório com posterior acúmulo entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e o dente incluso (ALMEIDA et al., 2016). A expansão desse cisto intraósseo está associada com um aumento na osmolalidade do líquido do cisto, secundária à migração de células inflamatórias dentro do lúmen do cisto (LALWANI, 2013).

Embora a maioria dos cistos dentíferos seja considerada de desenvolvimento de acordo com a sua origem, existem alguns exemplos de cistos que parecem ter uma patogênese inflamatória. Por exemplo, tem sido sugerido em alguns casos que o cisto dentífero pode se desenvolver em volta da coroa de um dente permanente não erupcionado, como resultado de uma inflamação periapical de um dente decíduo sobrejacente. Outra situação envolve um terceiro molar inferior parcialmente erupcionado, que desenvolve uma lesão cística inflamatória ao longo de sua face distal ou vestibular (NEVILLE et al., 2016).

Outro mecanismo de formação do cisto dentífero tem como estímulo inicial a presença de processo inflamatório no periápice de dentes decíduos. Essa origem de

cisto dentífero é particularmente importante nos casos de lesões associadas a pré-molares inferiores com história de dentes molares decíduos com necrose pulpar (ALMEIDA et al.,2016).

Células inflamatórias presentes na cavidade recém-formada, juntamente com células epiteliais descamadas, levam ao aumento de pressão osmótica, que atrai mais líquido para a cavidade, com crescimento do cisto. Vaz, Rodrigues e Júnior (2010) citam que caso esta pressão seja eliminada e o dente irrompa, o cisto dentífero deixa de ser uma entidade patológica. O epitélio reduzido do órgão do esmalte sofre gradativamente um processo de estratificação e metaplasia escamosa (ALMEIDA et al., 2016), e a liberação de fatores de reabsorção óssea (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013).

2.2 Características Clínicas

Os cistos dentíferos podem ser encontrados em uma ampla faixa etária, eles são descobertos mais comumente nos pacientes entre os 10 e 30 anos de idade. Têm predileção pelo gênero masculino, e prevalência maior em leucodermas do que em melanodermas (REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2013). É mais observado na mandíbula, região do terceiro molar e ramo ascendente (BORAKS, 2011). Pode ocorrer em qualquer dente não erupcionado, os dentes mais frequentemente acometidos são os terceiros molares inferiores, caninos superiores e pré-molares inferiores (NEVILLE et al., 2016), sendo que os molares representam em alguns estudos 75% dos casos (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010). Ocasionalmente dentes supranumerários e odontomas podem estar envolvidos com a formação do cisto dentífero (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010). É raro os cistos dentíferos acometerem os dentes decíduos não erupcionados (NEVILLE et al., 2016).

Cistos dentíferos podem crescer até um tamanho considerável e amplos cistos podem estar associados à expansão óssea dolorosa na região acometida (NEVILLE et al., 2016), mas raramente alcança um tamanho que predispõe o paciente a uma fratura patológica (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013).

Clinicamente estas lesões são na maioria das vezes de crescimento lento e

assintomático. No entanto, podem crescer consideravelmente e quando se tornam lesões extensas podem resultar em expansão da cortical óssea, assimetria facial, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes, parestesia, desconforto (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VEIRA, 2013), produzir edema facial, além de atrapalhar a erupção de dentes vizinhos ou até promover rechaçamento dos mesmos. Em 2002 foi relatada parestesia do nervo alveolar inferior, associada a um cisto dentífero, mas foi apenas o segundo caso relatado na literatura (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010).

Os cistos dentíferos podem estar associados também a algumas síndromes, quando se apresentam de formas múltiplas ou bilaterais, como a Síndrome de Maroteaux-Lamy e a Displasia Cleidocraniana (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI - VIEIRA, 2013).

Grandes cistos dentíferos são incomuns, e a maioria das lesões que são consideradas cistos dentíferos extensos nos exames radiográficos podem, na realidade, tratar-se de queratocisto ou ameloblastoma (NEVILLE et al., 2016).

Geralmente os sintomas são ausentes e o atraso na erupção é a indicação mais comum da formação do cisto dentífero (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013), porém pode haver sintomatologia dolorosa nos casos em que ocorreu contaminação da cavidade, quando eventualmente manifesta secreção purulenta (BORAKS, 2011).

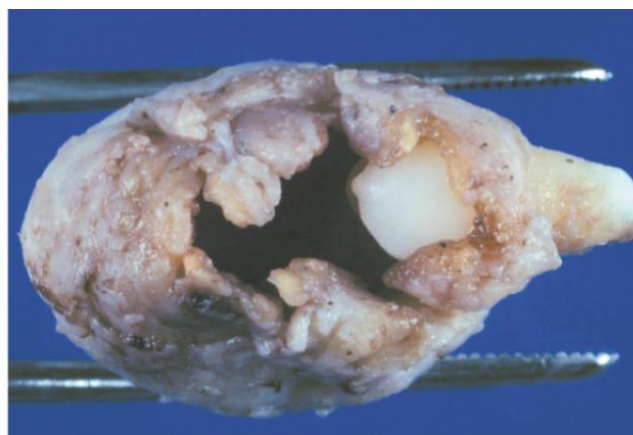


Figura 1: Espécime macroscópico de cisto dentífero envolvendo um canino superior.
Fonte: NEVILLE et al., 2016



Figura 2: Cisto dentígero. Aspecto macroscópico da lesão.
Fonte: KIGNEL, 2013.

2.3 Características Radiográficas

No exame radiográfico, o cisto dentígero mostra área radiolúcida com limites geralmente bem definidos associada com a coroa de um dente impactado (ALMEIDA et al., 2016), por vezes, a área radiotransparente está circundada por uma linha esclerótica fina que representa uma reação óssea (SHAFER; HINE; LEVY, 1987), podendo envolver cavidades naturais existentes, como seios, fossas nasais e órbitas (KIGNEL 2013), também podem ser observados deslocamento de dentes e reabsorção radicular dos dentes adjacentes (ALMEIDA et al.,2016). Essas lesões uniloculares são mais frequentemente associadas aos dentes terceiros molares impactados (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013). As raízes desses dentes não estão envolvidas pelas lesões (GEBRIM; CHAMMAS; GOMES, 2010).

O dente encravado ou não irrompido pode estar envolvido simetricamente pela radiotransparencia, embora a distinção entre um cisto dentígero pequeno e um folículo dentário ou espaço folicular aumentado seja bastante arbitrária, especialmente porque o cisto pequeno e o folículo aumentado seriam histologicamente idênticos (SHAFER; HINE; LEVY, 1987).

Um cisto dentígero de grandes proporções pode dar a impressão de aspecto multilocular por apresentar persistência de trabeculado ósseo dentro da imagem radiolúcida (NEVILLE et al., 2016), devido a isso pode manifestar-se

radiograficamente associado à odontomas, porém com muito menos frequência (BORAKS, 2011).

Em função das lojas nos casos multiloculares e, principalmente, por poder assumir grandes proporções, pode-se de início interpretá-los clínica e radiograficamente como tumor odontogênico queratocístico ou ameloblastoma, associados a dentes não irrompidos (BORAKS, 2011).

A relação cisto-coroa demonstra diversas variações radiográficas (NEVILLE et al., 2016). O tipo central circunscreve a coroa de modo mais ou menos simétrico (TOMMASI, 2014). A variante lateral é em geral associada a um terceiro molar inferior impactado com inclinação mesioangular parcialmente erupcionado (NEVILLE et al., 2016), apresenta somente uma porção da coroa do dente no interior do cisto e está deslocado para mesial ou distal (TOMMASI, 2014). O tipo circunferencial envolve toda a coroa deixando livre sua fase oclusal e, inclusive, permitindo sua erupção (TOMMASI, 2014), estende-se por uma determinada distância ao longo da raiz, com isso, uma parte aparente da raiz se encontra dentro do cisto (NEVILLE et al., 2016). Sua imagem radiográfica revela-o como se fossem dois cistos laterais pela superposição de imagens, sendo útil uma radiografia oclusal que identificará o aspecto circundante radiolúcido (TOMMASI, 2014).

Este cisto quando situado na mandíbula pode provocar o deslocamento do canal mandibular, a reabsorção da parede deste canal, a reabsorção radicular de dentes adjacentes ou até mesmo a fratura patológica mandibular (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI - VIEIRA, 2013).

Para que a lesão seja considerada um cisto dentífero, alguns estudiosos acreditam que o espaço radiolúcido que circunda a coroa de um dente deve ter no mínimo de 3 a 4 mm em diâmetro. Contudo, achados radiográficos não são diagnósticos definitivos para cistos dentíferos, pois queratocistos, ameloblastomas unicísticos e muitos outros tumores odontogênicos e não odontogênicos podem apresentar características radiográficas que são essencialmente idênticas às dos cistos dentíferos (NEVILLE et al., 2016). Gebrim, Chammas e Gomes (2010) relatam ser importante ressaltar que ameloblastomas e carcinomas podem originar-se nas paredes desses cistos.

Infelizmente é impossível, ao exame clínico ou radiográfico, determinar quando o cisto dentígero está evoluindo para ameloblastoma. Por isso, é obrigatório que todo cisto dentígero seja examinado histologicamente, pois é necessário o exame de diversas áreas em busca de uma eventual transformação (TOMMASI, 2014).

Os exames radiográficos, entre eles a tomografia computadorizada, possuem também um papel importante no diagnóstico e planejamento terapêutico. Alguns aspectos radiográficos devem ser cuidadosamente avaliados, como localização, formato, limites, densidade da lesão, expansão, destruição de corticais, rechaçamento e reabsorção dentária, presença de septos ósseos e calcificações intralesionais (CAVALCANTI, 2012).

Na TC de um cisto dentígero é visualizada imagem hiperdensa periférica, com corticais ósseas íntegras circundando a área hipodensa cística com imagem hiperdensa única no seu interior, correspondente a dente não irrompido (CAVALCANTI, 2012).

Na avaliação da densidade da lesão, pode ser mensurado fluido com baixo coeficiente de atenuação, refletindo a sua natureza cística. Em casos extensos, são observadas deformação da anatomia subjacente e invasão de cavidades, como o seio maxilar. Em casos de cistos dentígeros na mandíbula, expansões lingual e vestibular podem ser observadas (CAVALCANTI, 2012).

Na RM os cistos mostram alto sinal em T2 e sinal baixo ou intermediário em T1. A parede do cisto é muito fina, mas pode apresentar realce linear pelo meio de contraste (GEBRIM; CHAMMAS; GOMES, 2010).

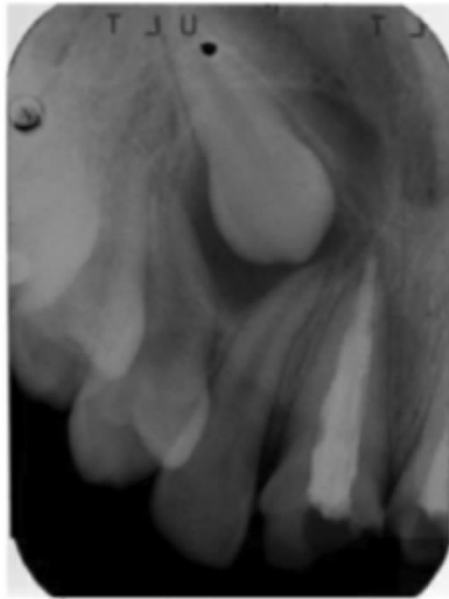


Figura 3: Cisto dentígero envolvendo canino superior.
Fonte: TOMMASI, 2014.

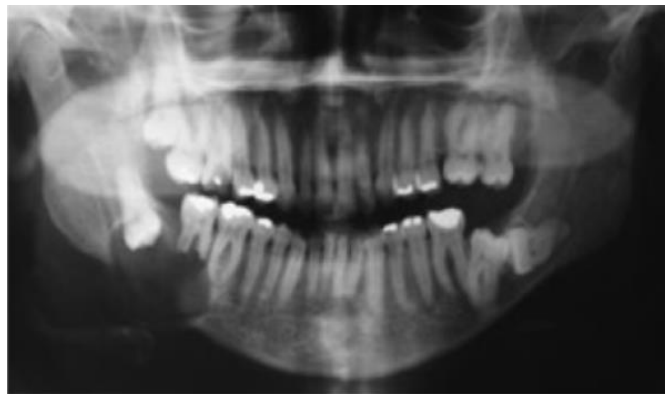


Figura 4: Imagem radiográfica mostrando cisto dentígero relacionado a um dente incluído.
Fonte: ALMEIDA et al., 2016.

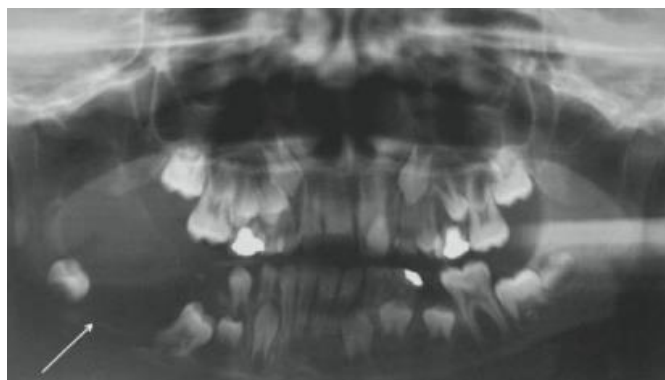


Figura 5: Radiografia evidencia volumosa lesão radiolúcida bem delimitada de aspecto cístico na mandíbula à direita, envolvendo a coroa de elemento molar imaturo.
Fonte: GEBRIM; CHAMMAS; GOMES, 2010.



Figura 6: Cisto dentígero. Variante central.
Fonte: NEVILLE et al., 2016.

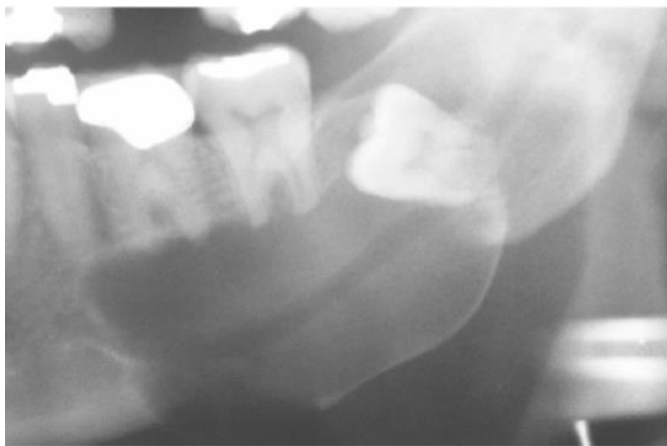


Figura 7: Cisto dentígero. Variante lateral.
Fonte: NEVILLE et al., 2016.

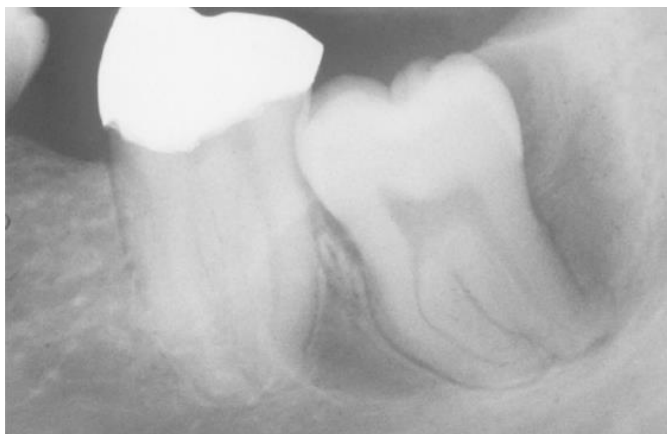


Figura 8: Cisto dentígero. Variante circunferencial.
Fonte: NEVILLE et al., 2016.

2.4 Características Histológicas

As características histopatológicas do cisto dentífero variam, dependendo se o cisto está inflamado ou não. No cisto dentífero não inflamado a cápsula de tecido fibroso se encontra organizado frouxamente, contendo considerável substância fundamental amorfa composta por glicosaminoglicanos (NEVILLE et al., 2016).

O cisto dentífero inflamado é bastante comum, e sua cápsula fibrosa é mais colagenizada, com um infiltrado inflamatório crônico variável. A camada epitelial pode demonstrar quantidade variável de hiperplasia, com o desenvolvimento de cristas epiteliais e características escamosas mais definidas (NEVILLE et al., 2016).

No exame microscópico do cisto dentífero é observada a presença de uma cápsula conjuntiva revestida por epitélio estratificado pavimentoso, de espessura variável, contendo áreas de hiperplasia (ALMEIDA, 2016). Nota-se também a presença de vasos sanguíneos e áreas hemorrágicas (SPERANDIO; GIUDICE, 2013).

A cápsula fibrosa é fina, podendo ser observadas células inflamatórias e pequenas ilhas de epitélio odontogênico, que não devem ser confundidas com proliferação ameloblástica (PRADO; SALIM, 2018). Essa cápsula também pode exibir intenso infiltrado inflamatório crônico, neste caso, o tecido conjuntivo apresenta-se mais colagenizado, e o revestimento epitelial exibe áreas de acantose e formação de arcos e cristas em direção à cápsula (SPERANDIO; GIUDICE, 2013).

Raramente são observadas células mucosas e ciliadas no limitante epitelial (PRADO; SALIM, 2018), acredita-se que essas células mucosas, ciliadas e sebáceas representem a multipotencialidade do revestimento epitelial odontogênico de um cisto dentífero (NEVILLE et al., 2016).

Ocasionalmente, os restos epiteliais podem ser numerosos, de forma que, patologistas não familiarizados com as lesões da boca interpretam erroneamente esse achado como ameloblastoma. O revestimento epitelial consiste de duas a quatro camadas de células achatadas não ceratinizadas, e a interface entre o

epitélio e o tecido conjuntivo são planas (NEVILLE et al., 2016).

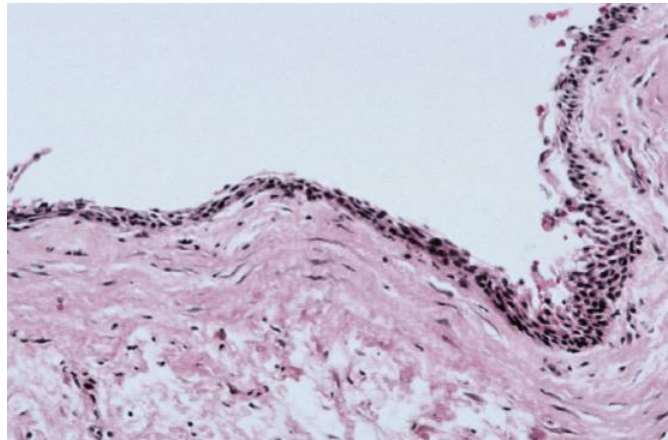


Figura 9: Cisto dentígero não inflamado.
Fonte: NEVILLE et al., 2016.

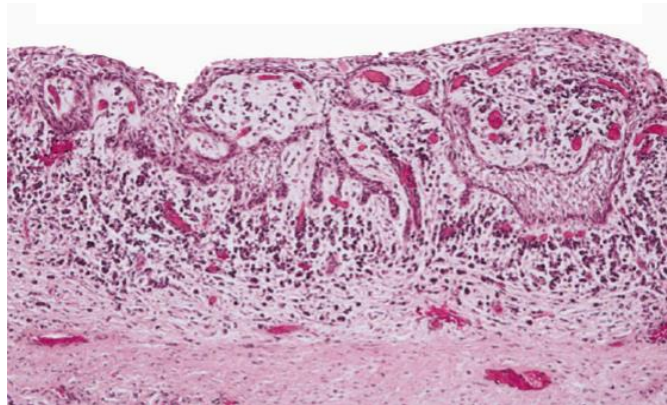


Figura 10: Cisto dentígero inflamado.
Fonte: NEVILLE et al., 2013.

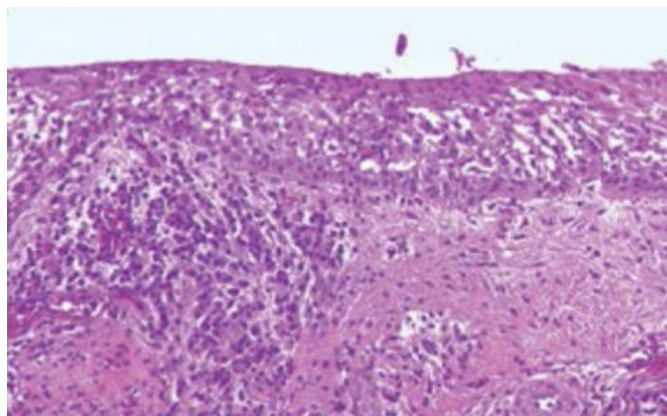


Figura 11: No exame histopatológico do cisto dentígero, encontramos epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado.
Fonte: ALMEIDA et al., 2016.

2.5 Tratamento

O tratamento dos cistos dentígeros é invariavelmente cirúrgico (BORAKS, 2011), e consiste na retirada do agente causador e remoção total do epitélio cístico (KIGNEL, 2013). Como critérios para diagnóstico e tratamento aceitos, devem-se levar em consideração o tamanho do cisto, a idade do paciente, os dentes envolvidos e o envolvimento de outras estruturas anatômicas (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VEIRA, 2013), por marsupialização, permitindo que o dente erupcione, ou por enucleação, com a remoção do dente associado (SCULLY, 2009).

Todos os dentes impactados devem ser removidos, a menos que contraindicações específicas justifiquem deixá-los na posição em que se encontram. Quando o potencial de benefício é maior que o potencial de complicações e riscos, o procedimento deve ser realizado. Similarmente, quando os riscos são maiores que o potencial de benefícios, o procedimento deve ser adiado. Contraindicações para a remoção de terceiros molares envolvem primariamente a condição física do paciente (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2008).

A aspiração da lesão deve ser feita em todos os casos, pois grandes lesões podem ser tumores odontogênicos e não cistos como se espera, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto. Em seguida, uma biópsia incisional antes do tratamento definitivo é feita para fornecer informação diagnóstica comprobatória (LALWANI, 2013) e para diferenciar o tipo de cisto, pois outras lesões, como o tumor odontogênico queratocístico e o ameloblastoma unicístico, podem apresentar características clínico-radiográficas semelhantes (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010).

Quando há envolvimento de grande parte da mandíbula ou de estruturas anatômicas como o nervo alveolar inferior, uma terapêutica prudente indica a marsupialização e o exame histológico da parede da lesão como primeiro estágio terapêutico (KIGNEL, 2013).

Os cistos dentígeros oriundos de terceiros molares mandibulares inclusos,

quanto maior o tamanho do cisto, maior será o risco de injúria neurosensorial e fragilização do ângulo mandibular, causados pela cirurgia. Portanto, nesses casos, a modalidade terapêutica mais adequada será a manobra de descompressão seguida da técnica de enucleação, após redução do tamanho da lesão (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VEIRA, 2013).

A enucleação cística evita que restos do epitélio permaneçam na loja. Muitas vezes o dente envolvido deve ser retirado, para se aumentar às possibilidades de não recidiva, pela margem de segurança (BORAKS, 2011).

O processo pelo qual se remove totalmente uma lesão cística deve ser realizado com cuidado, na tentativa de remover o cisto em uma peça, sem fragmentação, o que reduz as chances de recorrência pelo aumento da possibilidade de remoção completa (PETERSON et al., 2000).

A principal vantagem da enucleação é permitir o exame patológico da lesão por inteiro. Outra vantagem é a biópsia excisional inicial (enucleação), que também proporciona tratamento adequado da lesão. O paciente não tem que cuidar de uma cavidade marsupial com constantes irrigações (PETERSON et al., 2000).

Sobre as desvantagens desse tratamento, cada cisto deve ser avaliado individualmente, e o clínico deve pesar os prós e contras da enucleação *versus* a marsupialização. Por exemplo, pode haver risco para os tecidos normais, pode advir uma fratura de mandíbula, resultar em desvitalização de dentes, ou a remoção de dentes impactados associados que o clínico deseja manter (PETERSON et al., 2000).

Para realizar uma correta enucleação, o clínico deve atentar para considerações especiais. O uso de antibióticos é desnecessário, a menos que o cisto seja muito grande ou as condições de saúde do paciente exijam (PETERSON et al., 2000).

Uma vez que se tenha conseguido acesso ao cisto através do uso de uma janela óssea, o dentista deve começar a enuclear o cisto. Uma cureta de bordos finos é um instrumento muito adequado para destacar a camada de tecido conectivo da parede cística da cavidade óssea (PETERSON et al., 2000).

Após a enucleação, deve-se realizar o fechamento primário impermeável da ferida, com suturas posicionadas apropriadamente. Se o fechamento primário falhar e houver deiscência de ferida, a cavidade óssea deve ser mantida aberta para permitir cicatrização por segunda intenção (PETERSON et al., 2000).

A marsupialização, seguida ou não de enucleação, também é empregada com sucesso nos casos de cistos dentígeros de grandes dimensões (BORAKS, 2011), nos quais as técnicas anteriores seriam extremamente multiladoras (TOMMASI, 2014). Esta técnica permite a descompressão do cisto, que tem como resultado a redução do tamanho do defeito ósseo. O cisto pode ser removido em momento posterior, em um procedimento cirurgico menos extenso. Alguns pacientes podem necessitar de tratamento ortodôntico para auxiliar no processo de erupção do dente (NEVILLE et al., 2016).

Marsupialização, descompressão e cirurgia de Partsch, todas se referem à criação de uma janela cirúrgica na parede do cisto, esvaziando o conteúdo cístico e mantendo a continuidade entre o cisto e a cavidade oral, seio maxilar ou cavidade nasal. A única porção do cisto removida é a porção retirada para produzir a janela, o revestimento cístico remanescente é deixado no local. A marsupialização pode ser usada como terapia única para um cisto, ou como um passo preliminar do tratamento, postergando-se a enucleação (PETERSON et al.,2000).

Os seguintes fatores devem ser considerados antes de decidir se um cisto deve ser removido pela marsupialização, que são a quantidade de injúria dos tecidos, acesso cirúrgico, assistência na erupção de um dente, por exemplo, se um dente não irrompido necessário no arco dental está envolvido com um cisto (no caso, um cisto dentígero), a marsupialização pode permitir sua erupção continuada na cavidade oral, além de outros fatores, como extensão da cirurgia e tamanho do cisto (PETERSON et al., 2000).

A principal vantagem da marsupialização é ser um procedimento de simples realização. Também pode evitar dano às estruturas vitais, caso uma enucleação seja realizada de imediato (PETERSON et al., 2000).

A maior desvantagem da marsupialização é o tecido patológico ser deixado in situ, sem um exame histopatológico completo. Outra desvantagem é o paciente ser

incomodado em muitos aspectos. A cavidade cística precisa ser mantida limpa para prevenir infecção, pela frequente apreensão de resíduos alimentares. Na maioria dos casos isso significa que o paciente deve irrigar a cavidade diversas vezes ao dia com uma seringa (PETERSON et al., 2000).

A marsupialização é raramente utilizada como única forma de tratamento dos cistos. Na maioria das circunstâncias, a marsupialização é seguida da enucleação. No caso de um cisto dentífero, contudo, pode não haver cisto residual para remover após a erupção do cisto no arco dentário. Além disso, caso seja contraindicada a cirurgia complementar devido a problemas médicos concomitantes, a marsupialização pode ser realizada sem futura enucleação (PETERSON et al., 2000).

2.6 Prognóstico

O prognóstico é excelente, porém, em casos raros de um carcinoma de células escamosas, é necessário um tratamento mais agressivo. Considerando estas possibilidades, após a remoção parcial ou total de um cisto dentífero o material obrigatoriamente deve ser submetido a exame histopatológico (PRADO; SALIM, 2018).

A reicidiva é rara após a remoção completa do cisto. Entretanto, diversas complicações potenciais devem ser consideradas, como a possibilidade do revestimento de um cisto dentífero sofrer transformação neoplásica para um ameloblastoma (NEVILLE et al., 2016), ou degeneração carcinomatosa (carcinoma mucoepidermóide e carcinoma epidermóide) (MARCUCCI; JUNIOR, 2020). Apesar da frequência de tal transformação neoplásica ser baixa (NEVILLE et al., 2016), acompanhamento pós-cirúrgico a longo prazo é essencial (ABOUJAOUDE; ZIADE; AOUN, 2020).

Apesar do prognóstico favorável do cisto dentífero independentemente da técnica cirúrgica eleita para sua remoção, alguns fatores importantes devem ser considerados, como o tamanho do cisto, proximidade do mesmo a estruturas anatômicas, a idade do paciente e a possibilidade de salvar o dente envolvido pelo

cisto (ABOUJAOUDE; ZIADE; AOUN, 2020).

3 DISCUSSÃO

O cisto dentígero é definido como um cisto que tem origem pela separação do folículo pericoronário que circunda a coroa de um dente não erupcionado (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; NEVILLE et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016).

Aparentemente se desenvolve a partir do acúmulo de flúido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; TOMMASI, 2014; NEVILLE et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016), porém Almeida et al., 2016 citou que a sua origem deve-se provavelmente a distúrbios hemodinâmicos nos vasos sanguíneos presentes no conectivo de um folículo pericoronário de um dente incluso.

É o tipo mais comum de cisto odontogênico de desenvolvimento na região da maxila e mandíbula (BORAKS, 2011; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; NEVILLE et al., 2016), totalizando cerca de 20% de todos os cistos de revestimento epitelial nos ossos gnáticos (BORAKS, 2011; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; NEVILLE et al., 2016). Alguns autores descreveram esse cisto como o segundo cisto mais comum dos cistos odontogênicos (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; KIGNEL, 2013).

O cisto dentígero pode ser encontrado em uma ampla faixa etária, eles são descobertos mais comumente nas primeiras três décadas de vida, em pacientes entre 10 e 30 anos de idade (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; NEVILLE et al., 2016), no entanto, autores como Regezi; Sciubba; Jordan, 2013 e Tommasi, 2014 descreveram que ocorre em indivíduos jovens entre 20 e 30 anos de idade. O cisto dentígero tem leve predileção pelo gênero masculino e prevalência maior em leucodermas do que em melanodermas segundo Boraks, 2011; Caliento; Manarinno; Hochuli-Vieira, 2013; Neville et al., 2016, os únicos autores que citaram a alta predileção pelo gênero

masculino foram (VAZ, RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013).

Esse cisto é mais observado na mandíbula, região do terceiro molar inferior (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; BORAKS, 2011; KIGNEL, 2013; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; TOMMASI, 2014; NEVILLE et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016), porém Scully, 2009; Vaz; Rodrigues; Júnior, 2010; Caliento; Manarinno; Hochuli-Vieira, 2013; Kignel, 2013; Regezi; Sciubba; Jordan, 2013, Tommasi, 2014 e Neville et al., 2016 relataram ser comum nos dentes superiores, como os caninos, terceiros molares superiores (SCULLY, 2009; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; NEVILLE et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016), pré – molares superiores (ALMEIDA et al., 2016), seguido também dos pré – molares inferiores (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; TOMMASI, 2014; NEVILLE et al., 2016). Ocasionalmente dentes supranumerários ou odontomas podem estar envolvidos com a formação do cisto dentífero (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; NEVILLE et al., 2016).

Clinicamente estas lesões são na maioria das vezes de crescimento lento e assintomático, mas podem crescer até um tamanho considerável e amplos cistos podem estar associados à expansão óssea dolorosa na região acometida (BORAKS, 2011; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; NEVILLE et al., 2016), além de causar assimetria facial, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes, parestesia e desconforto (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; TOMMASI, 2014; NEVILLE et al., 2016).

Segundo os autores Shafer; Hine; Levy, 1987; Caliento; Manarinno; Hochuli-Vieira, 2013; Regezi, Sciubba, Jordan, 2013; Tommasi, 2014 e Neville et al., 2016 no exame radiográfico o cisto dentífero mostra área radiolúcida com limites geralmente bem definidos, associado a coroa de um dente não impactado, podendo ser observado deslocamento de dentes e reabsorção radicular dos dentes adjacentes (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; ALMEIDA et al., 2016; NEVILLE et al., 2016).

Um cisto dentífero de grandes proporções pode dar a impressão de aspecto multilocular, por apresentar persistência de trabeculado ósseo dentro da imagem

radiolúcida como descreveram Vaz; Rodrigues; Júnior, 2010; Boraks, 2011; Caliento; Manarinno; Hochuli-Vieira, 2013; Neville et al., 2016, devido a isso pode manifestar-se radiograficamente associado à odontomas, porém com menos frequência (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; BORAKS, 2011).

O autor Neville et al., 2016 acreditava que para a lesão ser considerada um cisto dentífero o espaço radiolúcido que circunda a coroa de um dente deve ter no mínimo de 3 a 4 mm em diâmetro, entretanto, os autores Caliento; Manarinno; Hochuli- Vieira, 2013 descreveram que esse espaço deve ser maior que 5 mm para poder suspeitar de cisto dentífero. Já Tommasi, 2014 citou que essa área radiolúcida deve ter pelo menos 2,5 mm para que seja um cisto dentífero.

As características histopatológicas do cisto dentífero variam, dependendo se o cisto está inflamado ou não. Se ele não está inflamado, possui uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo e delgado, revestido por células não ceratinizadas (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; SPERANDIO; GIUDICE, 2013; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; NEVILLE et al., 2016), autores como Caliento; Manarinno; Hochuli-Vieira, 2013; Sperandio; Giudice, 2013, por exemplo, afirmaram que são de duas ou três camadas de células, porém Neville et al., 2016 descreveu que é composto por duas ou quatro camadas e Regezi; Sciubba; Jordan, 2013 citou serem de quatro a seis camadas de células.

O cisto dentífero inflamado é bastante comum e sua cápsula fibrosa é mais colagenizada, com um infiltrado inflamatório crônico variável. A camada epitelial pode demonstrar quantidade variável de hiperplasia, com o desenvolvimento de cristas epiteliais e características escamosas mais definidas (CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; NEVILLE et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016).

O tratamento do cisto dentífero é eminentemente cirúrgico, consiste na retirada do agente causador e remoção total do epitélio cístico. Como critérios para diagnóstico e tratamento deve-se levar em consideração o tamanho e localização da lesão, bem como a idade do paciente, os dentes envolvidos, envolvimento de outras estruturas anatômicas e condições gerais do paciente (BORAKS, 2011; KIGNEL, 2013; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; TOMMASI, 2014).

As técnicas clássicas mais usadas para o tratamento do cisto dentífero são a marsupialização e a enucleação, podendo estar associadas (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010; BORAKS, 2011; CALIENTO; MANARINNO; HOCHULI-VIEIRA, 2013; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; TOMMASI, 2014; NEVILLE et al., 2016).

A enucleação é indicada para lesões de pequeno porte e evita que restos do epitélio permaneçam na loja. Muitas vezes o dente envolvido deve ser retirado para se aumentar às possibilidades de não recidiva, pela margem de segurança (BORAKS, 2011; TOMMASI, 2014).

A marsupialização, seguida ou não de enucleação, também é empregada com sucesso nos casos de cistos dentíferos de grandes proporções, nos quais as técnicas anteriores seriam extremamente multiladoras (SHAFER; HINE; LEVY, 1987; BORAKS, 2011; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; KIGNEL, 2013; TOMMASI, 2014). Esta técnica permite a descompressão do cisto, que tem como resultado a redução do tamanho do defeito ósseo. Após a redução do tamanho da lesão pode-se proceder a sua remoção em um procedimento cirurgico menos extenso (SHAFER; HINE; LEVY, 1987; TOMMASI, 2014; NEVILLE et al., 2016).

O prognóstico é excelente para a maior parte dos casos de cisto dentífero, sua recidiva é rara após a remoção completa do cisto (SHAFER; HINE; LEVY, 1987; NEVILLE et al., 2016; PRADO; SALIM, 2018), porém Tommasi, 2014 relatou que há risco de recidiva, já que ele descreveu o cisto dentífero como potencialmente o mais agressivo dos cistos odontogênicos.

4 CONCLUSÃO

Com base nos estudos apresentados, é possível verificar a grande importância de exames clínicos e radiográficos minuciosos para o diagnóstico do cisto dentígero, visto que essa lesão é na maior parte das vezes assintomática. E, apesar de ser uma lesão benigna, cujo prognóstico é excelente, é recomendado que a mesma fosse analisada histologicamente por um patologista, já que o ameloblastoma unicístico e outros tumores odontogênicos e não odontogênicos podem apresentar características clínico-radiográficas semelhantes ao cisto dentígero.

5 REFERÊNCIAS

ABOUJAOUDE, S.; AOUN, G.; ZIADE, M. Five Years Follow-up of a Spontaneous Eruption of an Impacted Mandibular Premolar Associated with a Dentigerous Cyst Treated by Marsupialization. **Cureus**, Beirut, 2020.

ALMEIDA, O.P. **Patologia Oral**. São Paulo: Artes Médicas, p. 103-4, 2016.

BORAKS, S. **Medicina Bucal: Tratamento clínico-cirúrgico das doenças bucomaxilofaciais**. São paulo: Artes Médicas, 2011.

CAVALCANTI, M. **Diagnóstico por imagem da face**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2010.

GEBRIM, E.M.S.; CHAMMAS, M.C.; GOMES, R.L.E. **Radiologia e Diagnóstico por Imagem: Cabeça e pescoço**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

HOCHULI-VIEIRA, E.; CALIENTO, R.; MANNARINO, F.S. Cisto dentífero: modalidades de tratamento. **Rev. Odontol. UNESP.**, São Paulo, nov-dec. 2013.

HUPP, J.R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M.R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

KIGNEL, S. **Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2013.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; ASTER, J.C. **Robbins, Patologia Básica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LALWANI, A.K. **Otorrinolaringologia: Cirurgia de cabeça e pescoço**. 3 ed. Porto Alegre: AMGH Ltda, 2013.

MORAIS, H.H.A.; ARAUJO, F.A.C.; DANTAS, R.M.M.; FEITOSA, J.L.; SILVA, T.F.A. Cisto Dentífero Bilateral em Mandíbula: relato de caso. **Rev Cir. Traumatol. Bucomaxilofac**. Vol.11 no.1, Camaragibe, jan-mar. 2011

MARCUCCI, G.; JUNIOR, O.C. **Fundamentos de odontologia: Estomatologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.154, 2020.

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; CHI, A.C.; DAMM, D.D.; **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PRADO, R.; SALIM, M. **Cirurgia Bucomaxilofacial - Diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PRIMO, B.T.; ANDRADE, M.G.; OLIVEIRA, H.W.; OLIVEIRA, M.G. Dentes retidos: novas perspectivas de localização. **Rev.Facul. Odontol.**, Passa Fundo, v. 16, n. 1, p. 95-9, 2011.

REGEZI, J.; JORDAN, R.; SCIUBBA, J. **Patologia Oral: Correção Clínica Patológica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. **Tratado de Patologia Bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

SPERANDIO, F.F.; GIUDICE, F.S.; **Atlas de Histopatologia Oral Básica**. São Paulo: Santos, 2013.

SCULLY, C. **Medicina oral e Maxilofacial: Bases do diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TOMMASI, M.H.M. **Diagnóstico em patologia bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

VAZ, L.G.M.; FERREIRA JÚNIOR, O.; RODRIGUES, M.T.V. Cisto dentífero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **RGO.**, Porto Alegre, v.58, n.1, p. 127-130, jan. 2010.