

AMANDA DAMAZIO MARANGON

**CISTO DENTÍGERO ACOMETENDO TERCEIRO MOLAR
INFERIOR INCLUSO EM POSIÇÃO ATÍPICA:
*RELATO DE CASO CLÍNICO***

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2022**

Amanda Damazio Marangon

**CISTO DENTÍGERO ACOMETENDO TERCEIRO MOLAR
INFERIOR INCLUSO EM POSIÇÃO ATÍPICA: *RELATO DE
CASO CLÍNICO***

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Drumond Naves

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Morato

Belo Horizonte

2022

Ficha Catalográfica

M311c Marangon, Amanda Damazio.
2022 Cisto dentígero acometendo terceiro molar inferior
MP incluso em posição atípica: relato de caso clínico / Amanda
Damazio Marangon. -- 2022.

31 f. : il.

Orientador: Marcelo Drumond Naves.

Coorientador: Eduardo Morato.

Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Cisto dentígero. 2. Cirurgia bucal. 3. Mandíbula. I.
Naves, Marcelo Drumond. II. Morato, Eduardo. III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D72



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ATA COMISSÃO EXAMINADORA PARA JULGAMENTO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

Ata da Comissão Examinadora para julgamento de Monografia da aluna **AMANDA DAMAZIO MARANGON**, do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, realizado no período de 25/02/2019 a 25/03/2022.

Aos 21 dias do mês de março de 2022, às 11:00 horas, por meio da Plataforma virtual Microsoft Teams®, reuniu-se a Comissão Examinadora, composta pelos professores PROF. DR. MARCELO DRUMMOND NAVES (orientador), PROF. DR. CARLOS JOSÉ DE PAULA SILVA e PROF. EDUARDO MORATO DE OLIVEIRA. Em sessão pública foram iniciados os trabalhos relativos à Apresentação da Monografia intitulada “CISTO DENTIGERO, RELATO DE CASO CLÍNICO”. Terminadas as arguições, passou-se à apuração final. A nota obtida pela aluna foi 100,0 (Cem) pontos, e a Comissão Examinadora decidiu pela sua **aprovação**. Para constar, eu, PROF. DR. MARCELO DRUMMOND NAVES, Presidente da Comissão, lavrei a presente ata que assino, juntamente com os outros membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 21 de março de 2022.

Prof. Dr. MARCELO DRUMMOND NAVES
Orientador

Prof. Dr. CARLOS JOSÉ DE PAULA SILVA

Prof. EDUARDO MORATO DE OLIVEIRA



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Drummond Naves, Professor do Magistério Superior**, em 26/04/2022, às 15:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Morato de Oliveira, Usuário Externo**, em 26/04/2022, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Jose de Paula Silva, Professor do Magistério Superior**, em 26/04/2022, às 18:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1409750** e o código CRC **61F64B58**.

Dedico esta monografia a Deus por me dar forças para vencer mais uma etapa da minha vida profissional, ao meu esposo, amigo e companheiro Angelo por sempre acreditar e confiar em mim e aos meus pais por serem meus maiores insentivadores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por estar sempre ao meu lado nessa longa caminhada, por me proteger e ajudar enfrentar a pandemia durante este período da especialização. Sem Ele nada disso seria possível.

Aos coordenadores do curso Professor Evandro Guimarães Aguiar, Marcelo Drummond Naves e Cláudio Rômulo Comunian pela dedicação e empenhoem transmitir seus conhecimentos científicos.

Aos colegas de curso, que juntos adquirimos conhecimentos profissionais e pessoais. Aos residentes I, em especial a Letícia, Gabi e Caio que se tornaram amigos e padrinhos do meu casamento, sigam firme que breve iremos operar juntos como Bucomaxilofaciais.

Aos profissionais, funcionários, amigos e preceptores do Hospital MetropolitanoOdilon Behrens, sempre presentes quando precisávamos. Aos pacientes pela confiança em nossas mãos.

Ao professor Dr. Marcelo Naves por se dispor ser o orientador desta monografia e mostrar como ser um profissional exemplar, buscando sempre o melhor atendimento para os pacientes.

Aos meus familiares, em especial a tia Míriam e a vóvis Cidinha, que de longe sempre torceram por mim e me colocaram em suas orações, muito obrigada.

E todas as demais pessoas do meu convívio que de uma forma ou de outra contribuíram para essa realização.

“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante.”

Paulo Coelho

RESUMO

Lesão cística é definida como uma cavidade patológica revestida por epitélio que apresenta em seu interior material fluido ou semifluido. Quando o epitélio odontogênico está associado à coroa de um dente não erupcionado e ocorre a separação do folículo ao redor deste dente, origina-se um cisto odontogênico denominado cisto dentífero. É uma lesão benigna, que acomete mais os terceiros molares inferiores e os caninos superiores, ocorrendo principalmente nas três primeiras décadas de vida, tendo um crescimento lento e assintomático. Pode atingir dimensões consideráveis, causando deformidade facial, deslocamento e impactação de dentes e/ou estruturas adjacentes. Apresenta características radiográficas não específicas, podendo fazer diagnóstico diferencial com ceratocisto e ameloblastoma unicístico. A remoção do dente associado e a enucleação cuidadosa do folículo é o tratamento definitivo para a maioria dos casos. Neste trabalho, relatamos um caso clínico de cisto dentífero em mandíbula, o qual foi tratado em bloco cirúrgico sob anestesia geral, devido a possibilidade de fratura patológica, realizado no Hospital Metropolitano Odilon Behrens pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Minas Gerais. O caso encontra-se em controle radiográfico pós-operatório.

Palavras-chave: Cisto dentífero. Cirurgia. Mandíbula.

ABSTRACT

Dentigerous cyst affecting lower third molar included in atypical position: report of a clinical case

Cystic lesion is defined as a pathological cavity lined by epithelium that has fluid or semi-fluid material inside. When the odontogenic epithelium is associated with the crown of an unerupted tooth and separation of the follicle around this tooth occurs, an odontogenic cyst called dentigerous cyst. It is a benign lesion that affects more the lower third molars and the upper canines, occurring mainly in the first three decades of life, with a slow and asymptomatic growth. It can reach considerable dimensions, causing facial deformity, displacement, and impaction of teeth and/or adjacent structures. It presents non-specific radiographic features, being able to make a differential diagnosis with keratocyst and unicystic ameloblastoma. Removal of the associated tooth and careful enucleation of the follicle is the definitive treatment for most cases. In this work, we report a clinical case of a dentigerous cyst in the mandible, which was treated in the operating room under general anesthesia, due to the possibility of pathological fracture, performed at the Hospital Metropolitan Odilon Behrens by the Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology of the Universidade Federal de Minas Gerais. The case is under postoperative radiographic control.

Keywords: Dentigerous Cyst. Surgery. Jaw.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Aspecto radiográfico inicial da lesão cística
- Figura 2 – Tomografia computadorizada mostrando os limites da lesão, o íntimo contato com o canal mandibular e abaulamento da cortical vestibular
- Figura 3, 4 – Punção aspirativa com a saída de líquido amarelo citrino
- Figura 5 – Acesso à lesão e instalação de um dispositivo de descompressão
- Figura 6 – Resultado do exame anatomopatológico
- Figura 7 – Exposição da lesão cística por vestibular
- Figura 8 – Punção aspirativa com saída de líquido amarelo citrino
- Figura 9 – Membrana da lesão cística
- Figura 10 – Exposição da coroa do elemento 38 incluso e impactado
- Figura 11 – Odontosecção do dente 38
- Figura 12 – Cavidade após remoção do dente 38
- Figura 13 – Inserção das esponjas de fibrina
- Figura 14 – Radiografia panorâmica com 4 meses de pós-operatório
- Figura 15 – Radiografia panorâmica com 8 meses de pós-operatório

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	13
	2.1. Geral	13
	2.2. Específicos.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
	4.1. Etiologia e diagnóstico.....	15
	4.2. Tratamento.....	16
5	CASO CLINICO.....	17
6	DISCUSSÃO.....	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	ANEXOS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Os cistos são definidos como cavidades patológicas com conteúdo fluído, semifluído ou gasoso, o qual não seja acúmulo de pús (KRAMER, 1974). A separação do folículo da coroa de um dente incluso culmina com uma formação cística denominada, cisto dentífero.

O cisto dentífero é o cisto odontogênico não inflamatório mais comum (KASABOGLU; BASAL; USUBUTUN, 2006; REGEZI; SCIUBBA, 1993).

Frequentemente, acomete indivíduos entre a segunda e a terceira década de vida (SHEAR, 1989). Apesar de poder 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.*, 2004). A ocorrência na dentição decídua é extremamente rara (SHEAR, 1989).

Clinicamente, os cistos dentíferos são, na maioria das vezes, assintomáticos. Entretanto, têm o potencial de se tornarem extremamente grandes e causarem expansão e erosão da cortical, podendo causar deformidades faciais, impactações de dentes e estruturas adjacentes e parestesia do nervo alveolar inferior quando envolvem a mandíbula (HYOMOTO *et al.*, 2003).

Radiograficamente, na maioria das vezes, o CDT se apresenta como uma cavidade unilocular radiotransparente com margem esclerótica bem definida, envolvendo a coroa de um dente não erupcionado, partindo da junção cimento-esmalte, embora aspectos multiloculares possam também ocorrer nas grandes lesões (THOSAPORN *et al.*, 2004). O diagnóstico diferencial da lesão é feito com o tumor odontogênico queratocístico (queratocisto odontogênico) e o ameloblastoma unicístico (FREITAS, 2000; LIMA, 2006; NEVILLE *et al.*, 1998; TAMI-MAURY *et al.*, 2000; ZUKOVSKI, 2006).

Histologicamente, o CDT é constituído por uma parede de tecido conjuntivo de 2 a 3 camadas de células epiteliais planas ou cúbicas. Normalmente não apresentam queratina, mas alguns podem ter essa função, que é frequentemente um sinal de transformação para outros mais agressivos, tais como tumores odontogênicos queratocísticos. Outros podem mostrar restos epiteliais na luz cística indicando que há o desenvolvimento de uma neoplasia

benigna, porém agressiva, como o ameloblastoma. (DALEY e WYSOCKI, 1995; TAMI-MAURY, 2000).

A marsupialização e a enucleação são as técnicas clássicas para o tratamento do CDT, podendo estar associadas. A marsupialização é a forma de tratamento para as grandes lesões, pois promove a diminuição da pressão intracística de forma a permitir o preenchimento ósseo da cavidade evitando dessa forma lesões a estruturas adjacentes à cavidade cística. A enucleação é a forma mais radical de tratamento, sendo usada quando o dente envolvido não traria problema à oclusão se perdido, a exemplo os terceiros molares e os dentes supranumerários (MURAKAMI *et al.*, 1995).

Este trabalho objetiva apresentar um caso clínico de cisto dentígero em mandíbula o qual foi tratado em nível hospitalar, devido sua extensão e a possibilidade de fratura patológica.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Relatar um caso de um paciente portador de cisto dentígero, o qual foi tratado em bloco cirúrgico devido a extensão e possibilidade de fratura patológica na mandíbula.

2.2 Específicos:

Mostrar conduta clínica e cirúrgica para remoção do cisto dentígero.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso sobre uma lesão cística, cisto dentífero, atendido no Hospital Metropolitano Odilon Behrens de Belo Horizonte, Minas Gerais, pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFMG. As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, tratamento aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

Foram selecionados artigos potencialmente relevantes desde 1987, a partir das seguintes bases de dados: MEDLINE, SCIELO, LILACS e PUBMED. As palavras-chave usadas na pesquisa bibliográfica foram: *cisto dentífero*, *treatment of dentigerous cyst*; *odontogenic cysts*, *surgical management of dentigerous cyst* e *diagnosis dentigerous cyst*.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Etiologia e diagnóstico

O cisto dentífero é o segundo mais frequente entre todos que ocorrem nos maxilares, representando cerca de 20% de todos os cistos revestidos por epitélio (NEVILLE *et al.*, 2004).

Os terceiros molares inferiores, seguidos dos caninos superiores, ocasionalmente dentes supranumerários e odontomas, podem estar envolvidos com a formação do cisto dentífero, porém, sua etiopatogenia ainda não é totalmente conhecida. Acredita-se que a proliferação epitelial em torno de uma cavidade preenchida por líquido, cresça continuamente por pressão osmótica durante um extenso período de tempo, enquanto o dente não irromper (NEVILLE *et al.*, 2004). Caso esta pressão seja eliminada e o dente irrompa, o cisto dentífero deixa de ser uma entidade patológica.

Geralmente é unilocular e de maior ocorrência na mandíbula e no sexo masculino (USTNER *et al.*, 2005). Seu crescimento ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, lento e assintomático. Este cisto é descoberto, usualmente, em exames radiográficos realizados com outra finalidade, especialmente ao se investigar o não irrompimento de um dente permanente. Alguns casos, o CDT pode atingir dimensões consideráveis, causando deformação facial, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes, necessitando de intervenção cirúrgica para o diagnóstico e tratamento desta lesão (AZIZ *et al.*, 2002).

Radiograficamente, o cisto dentífero apresenta-se como uma área radiolúcida bem circunscrita, unilocular e assimétrica, circundando a coroa de um dente não-erupcionado (DALEY e WYSOCKI, 1995; TAMI-MAURY, 2000). Em função do mesmo apresentar características radiográficas semelhantes a outras lesões, sabe-se que o cisto dentífero pode fazer diagnóstico diferencial com o ameloblastoma unilocular e ceratocisto odontogênico.

O diagnóstico de cisto dentífero deve estar correlacionado ao exame clínico, radiográfico e histopatológico. O índice de recidiva é baixo (3,7%), assim

possui um prognóstico favorável (NEVILLE *et al.*, 2004).

4.2 Tratamento

O tratamento de escolha descrito na literatura, revisada neste estudo, é a descompressão seguida de enucleação. O tamanho do cisto, a idade do paciente, os dentes envolvidos e o envolvimento de outras estruturas anatômicas, são critérios básicos que devem ser considerados e utilizados na escolha da modalidade de tratamento para cada caso (MOTAMEDI *et al.*, 2005).

A descompressão/marsupialização possuem a mesma finalidade, porém apresentam pequenas diferenças técnicas. De qualquer forma, a remoção de uma área do cisto, além de levar à eliminação da pressão interna, fornece material para exame histopatológico (biópsia incisional). Além disso, em lesões maiores, que estão levando à crepitação, deformação facial, deslocamento de dentes, ou casos em que a enucleação pode ameaçar estruturas anatômicas e a vitalidade pulpar dos dentes, estas manobras são de primeira escolha para o tratamento do cisto dentífero (MINTZ *et al.*, 2001).

A enucleação do cisto e extração do dente não irrompido é empregada em cerca de 85% dos casos. Nestes pacientes, o dente não irrompido é considerado sem maior utilidade à função mastigatória/estética ou por falta de espaço no arco para irrompimento (MARTINEZ *et al.* 2001; MOTAMEDI *et al.*, 2005).

Nos CDTs oriundos de terceiros molares mandibulares inclusos, quanto maior o tamanho do cisto, maior será o risco de injúria neurossensorial 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 (MONTEYECCHI *et al.*, 2012; ZICCARDI *et al.*, 1997;).

5 CASO CLINICO

Paciente de 28 anos de idade, gênero masculino, feoderma, encaminhado ao ambulatório da Disciplina de oral menor do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, para avaliação de exodontia de terceiros molares. Apresentava-se assintomático, sem parestesias, hipoestésias e com queixa de leve aumento de volume próximo aos dentes 36 e 37. Realizada a anamnese, o paciente relatou ausência de comorbidades, alergias ou uso de medicamentos. Paciente relatou que tinha sido incluso onde o dentista que o atendeu na época sugeriu acompanhá-lo radiograficamente, porém ele havia se descuidado e retornou somente quando percebeu este aumento de volume intraoral.

Ao exame clínico extraoral, foi observado aspecto de normalidade. Ao exame físico intraoral, notou-se leve abaulamento da cortical óssea em região da linha oblíqua externa esquerda, adjacente aos dentes 35, 36 e 37, sem alteração cromática em mucosa oral.

A radiografia panorâmica evidenciou uma imagem radiolúcida unilocular, delimitada, homogênea, que circundava a coroa dentária do dente 38 incluso, estendendo-se até a região do dente 35 (FIGURA 1).

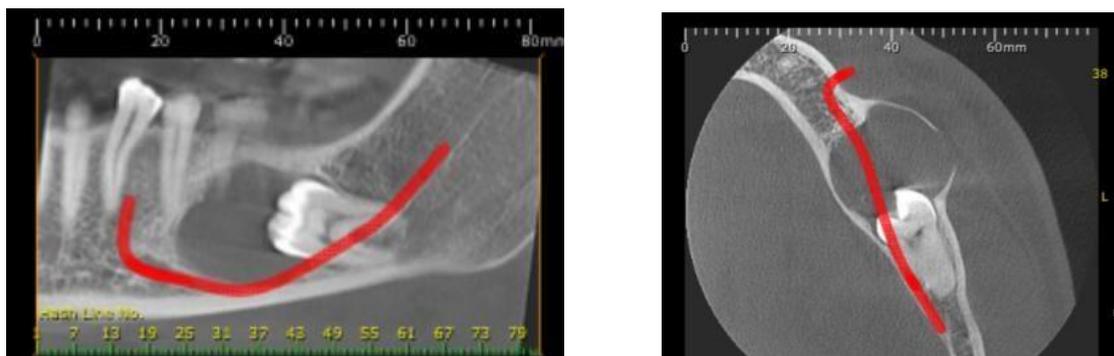
Figura 1 – Aspecto radiográfico inicial da lesão



Fonte: Arquivos e prontuário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Na tomografia computadorizada em cortes sagital e axial, observa-se que a lesão estava em íntimo contato com o canal mandibular e havia abaulamento cortical (FIGURA 2).

Figura 2 – Tomografia computadorizada mostrando os limites da lesão, o íntimo contato com o canal mandibular e abaulamento da cortical vestibular

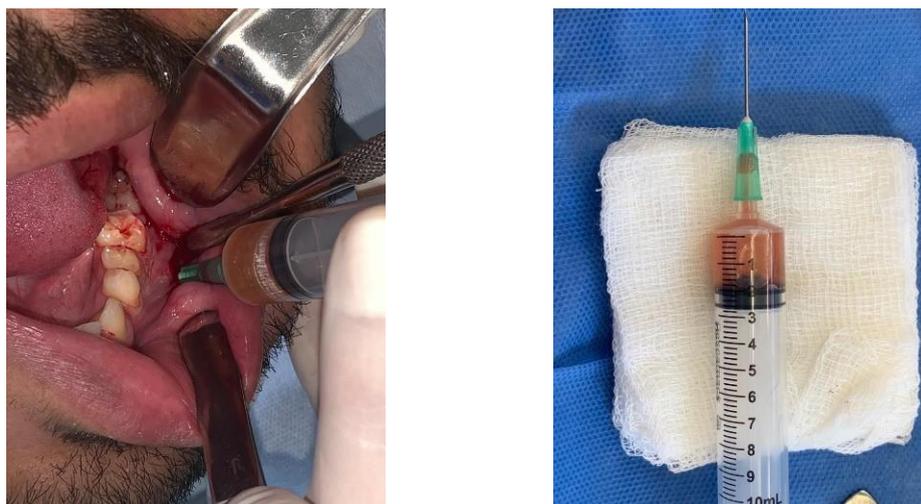


Fonte: Arquivos e prontuário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Como hipóteses diagnósticas iniciais, foram levantadas as possibilidades de tumor odontogênico queratocístico, ameloblastoma unicístico e cisto dentífero.

Em Setembro de 2019, o paciente foi agendado na clínica de cirurgia oral menor da Faculdade de Odontologia da UFMG, onde foi realizada punção aspirativa, com saída de líquido amarelo claro, na quantidade de aproximadamente 2mL, confirmando a natureza cística da lesão (FIGURAS 3 e 4).

Figura 3 e 4 – Realização da punção aspirativa com a saída de líquido amarelo citrino



Fonte: Arquivos e prontuário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Posteriormente, foi realizada biópsia incisional e instalação imediata de um dispositivo de descompressão sob anestesia local (FIGURA 5).

Figura 5 – Acesso à lesão e instalação de um dispositivo de descompressão



Fonte: Arquivos e prontuário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Nos cuidados pós-operatórios, o paciente foi instruído a manter uma rigorosa higienização bucal e irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%, com auxílio de uma seringa, no interior da lesão, na frequência de três vezes ao dia.

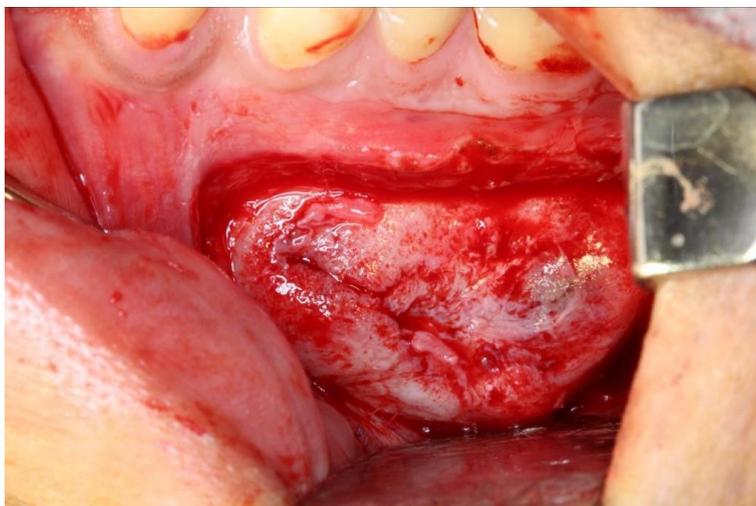
O material obtido através da abertura da janela óssea da cavidade cística foi enviado para o exame histopatológico, tendo sido observada presença de epitélio escamoso estratificado variando de 2-4 células de espessura, com polaridade nuclear normal e interface plana com o tecido conjuntivo frouxo e colagenizado, com áreas focais de hemorragia e infiltrado inflamatório crônico. Observa-se ainda áreas focais de acantose associadas a inflamação do tecido conjuntivo subjacente. A cápsula apresenta-se densamente colagenizada e entremeada por áreas hemorrágicas e um infiltrado mononuclear difuso. Estes achados confirmaram o diagnóstico de cisto dentígero (ANEXO A - FIGURA 6).

O planejamento do caso seria operar o paciente assim que houvesse uma neoformação óssea considerável na região, para que o risco de fratura patológica da

mandíbula fosse menor. Porém no decorrer do tratamento, veio a pandemia do Coronavírus que paralizou as cirurgias eletivas nos blocos cirúrgicos do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, fazendo com que a cirurgia fosse adiada por tempo indeterminado. Durante este período, foi feito o acompanhamento do paciente e a realização de tratamento endodôntico dos elementos 35 e 36, onde a lesão cística se estendia e os memos apresentavam teste de vitalidade negativo.

No dia 02 de dezembro de 2020, devido a extensão da lesão, a parestesia na região e a não regressão da mesma, o caso foi levado para o bloco cirúrgico do Hospital Metropolitano Odilon Behrens pela possibilidade de fratura patológica, tornando-se um caso de urgência. Foi feita anestesia geral pelo médico anestesista, montagem dos campos operatórios estéreis, assepsia extra e intra-oral com clorexidina 0,12%, secagem da mucosa e aplicação de anestesia local, Lidocaína 1% com adrenalina 1.100:000. Foi realizado o acesso vestibular mandibular com lâmina de bisturi nº15 inserida no cabo de bisturi nº3, com a incisão estendendo da distal do elemento 33 até distal do elemento 37. Com o descolamento cuidadoso dos tecidos, a lesão cística foi completamente exposta, onde verificou que a cortical óssea vestibular não estava íntegra (FIGURA 7).

Figura 7 – Exposição da lesão cística por vestibular

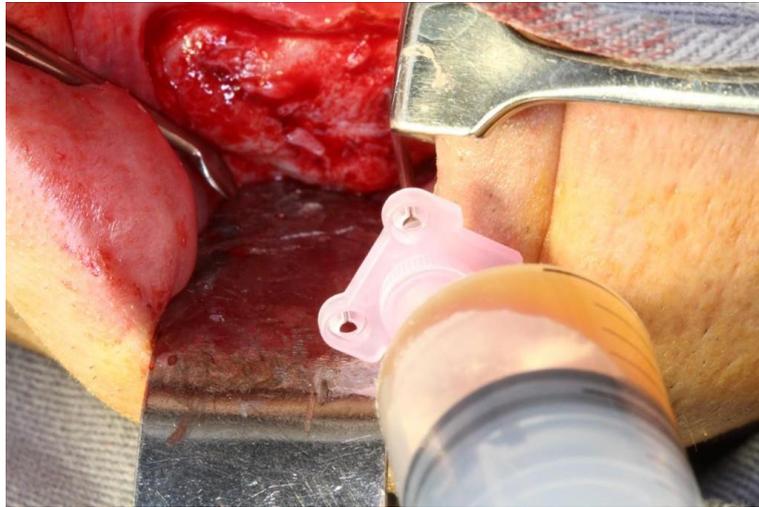


Fonte: Arquivos e prontuário Hospital Metropolitano Odion Behrens / Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

No momento da localização da lesão, foi realizada a punção aspirativa para verificar o conteúdo no seu interior, saindo líquido amarelo citrino, confirmando mais

uma vez o diagnóstico de cisto dentígero (FIGURA 8).

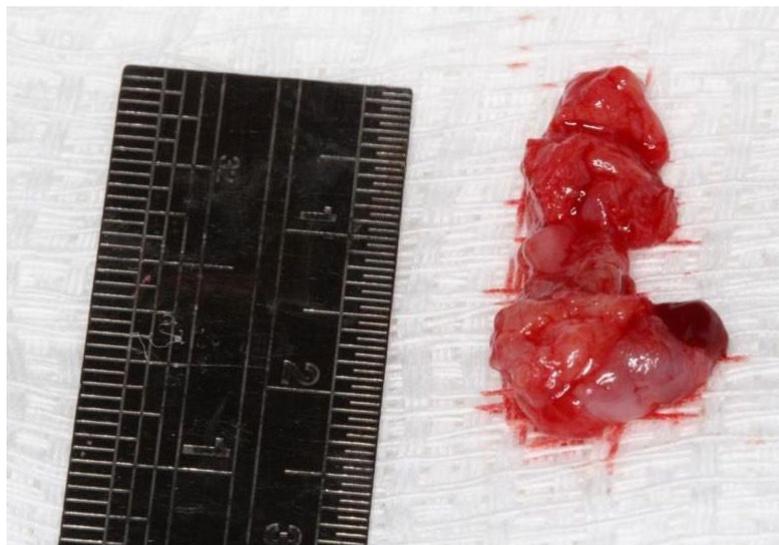
Figura 8 – Punção aspirativa com saída de líquido amarelo citrino



Fonte: Arquivos e prontuário Hospital Metropolitano Odion Behrens / Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Após esvaziamento da lesão, foi feita a curetagem com o auxílio da cureta de Lucas e remoção da membrana cística com a pinça Kelly (FIGURA 9).

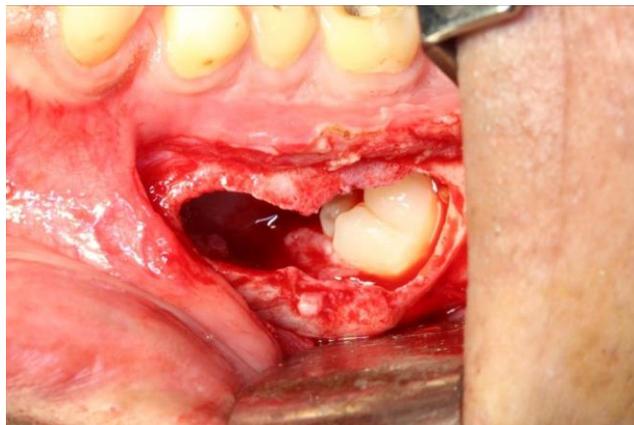
Figura 9 – Membrana da lesão cística



Fonte: Arquivos e prontuário Hospital Metropolitano Odion Behrens / Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Com a remoção da membrana cística, a coroa do elemento 38 incluso e impactado ficou exposta (FIGURA 10).

Figura 10 – Exposição da coroa do elemento 38 incluído e impactado



Fonte: Arquivos e prontuário Hospital Metropolitano Odion Behrens / Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Após a exposição da coroa do elemento 38, foi realizada a odontosecção e remoção por completo do dente (FIGURAS 11 e 12).

Figura 11 – Odontosecção do dente 38



Figura 12 – Cavidade após remoção do elemento 38



Fonte: Arquivos e prontuário Hospital Metropolitano Odion Behrens / Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Foram removidas espículas ósseas e feito o acerto ósseo com broca diamantada esférica sob irrigação. O toailete da cavidade foi feito com soro fisiológico 0,9% em abundância, e inserido esponjas de fibrina no local com finalidade de hemostasia (FIGURA 13).

Figura 13 – Inserção das esponjas de fibrina



Fonte: Arquivos e prontuário Hospital Metropolitano Odion Behrens / Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Foram realizadas suturas por planos com fio absorvível Vicryl 4.0. Como medicação pós-operatória a nível hospitalar foram receitados: Clindamicina 600mg de 6/6 horas E.V; Tramal 100mg/2ml de 8/8 horas, E.V, se necessário; Dipirona 500mg/mL de 6/6 horas E.V. A medicação: Clindamicina 300mg de 6/6 horas por 07 dias, Nimesulida 100mg de 12/12 horas por 05 dias e Dipirona 500mg de 6/6 horas em caso de dor.

O paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte com retorno programado ao hospital sete dias após, para reavaliação. No seu retorno, o paciente não apresentou edema, as suturas absorvíveis permaneciam em posição e processo de cicatrização dentro do padrão.

O paciente realizou radiografias panorâmicas de controle em abril e agosto de 2021, as quais mostram a neoformação óssea na região em que se encontrava a lesão (FIGURAS 14 e 15).

Figura 14 – Radiografia panorâmica com 4 meses de pós operatório



Fonte: Arquivos e prontuário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2021.

Figura 15 – Radiografia panorâmica com 8 meses de pós operatório



Fonte: Arquivos e prontuário da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2021.

6 DISCUSSÃO

Cisto dentífero (CD) é caracterizado como um cisto odontogênico associado à coroa de um dente não irrompido, em que a expansão do folículo permite o acúmulo de líquido (CHANG *et al.*, 2017). Clinicamente, e na maioria das vezes, são assintomáticos entretanto, apresentam potencial de se tornarem grandes e causarem expansão e erosão da cortical (MIRHAIDARI *et al.*, 2017). Radiograficamente caracteriza-se na maioria dos casos como uma radiolucência unilocular bem definida e assintomática, sendo descoberta pelos exames radiográficos (BHARDWAJ *et al.*, 2016).

Ustuner *et al.*, (2005) relatou que o cisto dentífero é um cisto odontogênico associado à coroa de um dente permanente não irrompido, tendo maior ocorrência na mandíbula e no gênero masculino e ocorre geralmente nas três primeiras décadas de vida. O presente caso clínico envolveu um paciente do sexo masculino que apresentou uma lesão que acometeu a região posterior da mandíbula, relacionado ao seu terceiro molar incluso, corroborando com os achados de Ustuner *et al.*, (2005).

A literatura ressalta que pacientes que possuem cistos dentíferos podem apresentar complicações clínicas como tumefação e expansão da cortical óssea que provoca edema facial, alteração no eixo de erupção dental, deslocamento dos dentes envolvidos, impactação dentária, movimentação dentária, má-oclusão, entre outras (TAYSI *et al.*, 2016; YAO *et al.*, 2015). No presente caso o paciente apresentou expansão da cortical óssea, caracterizada pelo abaulamento na região de fundo de saco de vestibulo na região do elemento 36 e 37. A patologia alterou o eixo de erupção do dente 38, resultando na impactação dentária e perda óssea ao redor.

A punção aspirativa 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 (EDAMATSU *et al.*, 2005; KHANDEPARKER *et al.*, 2018; NEVILLE *et al.*, 2004). O atual relato trata-se de um cisto único e o diagnóstico definitivo atribuído foi de CD, o qual só foi confirmado pelo líquido cístico aspirado (citopatologia) e pela análise histopatológica realizada, revelando a importância de ambos os exames complementares para o diagnóstico definitivo.

Existem várias formas de tratamento que se pode lançar mão tais como a

marsupialização, a descompressão ou a enucleação. O que irá ditar o tratamento a ser adotado é o tamanho da lesão, ou seja, as lesões menores podem, sem dificuldades, ser removidas cirurgicamente. As lesões maiores podem ser tratadas com a colocação de um dreno ou com a marsupialização (FERREIRA, 2007).

Em função da proximidade da lesão com o feixe neurovascular alveolar inferior, as raízes dos dentes adjacentes, o tamanho da lesão e a possibilidade de fratura patológica, optou-se pela manobra de descompressão seguida de enucleação e exodontia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente relato, pode-se concluir que o CDT é uma lesão comumente encontrada na prática odontológica. Apesar de ser uma patologia pouco agressiva e sem sintomatologia clínica, apresenta potencial para atingir grandes proporções, causando deslocamentos dentários importantes, expansão da cortical óssea e possibilidade de fraturas patológicas.

A abordagem em tempo hábil previne sequelas graves que a evolução da lesão cística pode acarretar, sendo de caráter de urgência a intervenção naqueles casos onde já existem sintomas dolorosos, parestesia e comprometimento da região, que podem evoluir para uma fratura, sendo necessário uma abordagem em nível hospitalar.

O acompanhamento radiográfico pós-operatório é de extrema relevância, devendo solicitar radiografias panorâmicas periódicas afim de constatar ausência de qualquer sinal de recidiva da lesão.

REFERÊNCIAS

Jones TA, Perry RJ, Wake MJ. Marsupialization of a large unilateral mandibular dentigerous cyst in a 6-year-old boy – a case report. *Dent Update*. 2003;30(10):557-61.

Chapelle KOM, Stoelinga PJ, de Wilde PC, Brouns JJ, Voorsmit RA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2004;42(5):381-90.

Sampaio RK, Prado R. Cirurgia dos cistos odontogênicos. In: Prado R, Salim M. *Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento*. Belo Horizonte: Medsi; 2004. p. 365-407.

Ustuner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003; 95(5):632-35.

Tsukamoto G, Sasaki A, Akyama T, Ishikawa T, Kishimoto K, Nishiyama A et al. A radiologic analysis of dentigerous cyst and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001;91(6):743-47.

Daley TD, Wysocki GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995;79(1):77-81.

Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.

Aziz SR, Pulse C, Dourmas MA, Roser SM. et al. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002;60(4):457-59.

Hyomoto M, Kawakami M, Inoue M, Kirita T. Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2003;124(5):515-20.

Thosaporn W, Iamaroon A, Pongsiriwet S, Ng KH. A comparative study of epithelial cell proliferation between the odontogenic keratocyst, orthokeratinized odontogenic cyst, dentigerous cyst, and ameloblastoma. *Oral Dis.* 2004;10(1):22-6.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral & Maxilofacial.* 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

Bajaj MS, Mahindrakar A, Pushker N. Dentigerous cyst in the maxillary sinus: a rare cause of nasolacrimal obstruction. *Orbit.* 2003;22(4):289-92.

Kawamura JY, de Magalhães RP, Sousa SC, Magalhães MH. Management of a large dentigerous cyst occurring in a six-year-old boy. *J Clin Pediatr Dent.* 2004;28(4):355-57.

Motamedi MH, Talesh KT. Management of extensive dentigerous cysts. *Br Dent J.* 2005;198(4):203-6.

Ertas U, Yavuz S. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(6):728-32.

Mirhaidari S, Murthy A. Management of a Dentigerous Cyst in a Child with Robin Sequence. *Arch Plast Surg* 2017; 44: 434-438.

Kim SG, Yang BE, Oh SH, Min SK, Hong SP, Choi JY. The differential expression pattern of BMP-4 between the dentigerous cyst and the odontogenic keratocyst. *J Oral Pathol Med.* 2005;34(3):178-83.

Benn A, Altine M. Dentigerous cyst of inflammatory origin: a clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;81(2):203-9.

Dunsche A, Babendererde O, Luttges J, Springer IN. Dentigerous cyst versus unicystic ameloblastoma – differential diagnosis in routine histology. *J Oral Pathol Med.* 2003;32(8):486-91.

Fortin T, Coudert JL, Francois B, Huet A, Niogret F, Jourlin M et al. Marsupialization of dentigerous cyst associated with foreign body using 3D CT images: a case report. *J Clin Pediatr Dent.* 1997;22(1):29-33.

Chang CH, Wu YC, Wu YH, Sun A, Cheng SJ, Chen HM. Significant association of high grade inflammation and thick lining epithelium with the increased number of Langerhans cells in dentigerous cysts. *J Formos Med Assoc* 2017; 116: 837-843.

Martínez-Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: report of four cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59(3):331-34.

Vaz LGM, Rodrigues MTV, Ferreira Júnior O. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. *RGO.* 2010;58(1):127-30

Monteyecchi M, Checchi V, Bonetti GA. Management of a deeply impacted mandibular third molar and associated large dentigerous cyst to avoid nerve injury and improve periodontal healing: case report. *J Can Dent Assoc.* 2012.

Ziccardi VB, Eggleston TI, Schneider RE. Using fenestration technique to treat a large dentigerous cyst. *J Am Dent Assoc.* 1997 Feb;128(2):201-5.

AZIZ, S.R. et al. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular dentigerous cyst. *J. Oral Maxillofac. Surg., Philadelphia,* v.60, n.4, p.457-459,

Bhardwaj B, Sharma S, Chitlangia P, Agarwal P, Bhamboo A, Rastogi K Mandibular Dentigerous Cyst in a 10-Year-Old Child. *Int J Clin Pediatr Dent* 2016 9: 281-284.

Yao L, Xu X, Ren M, Liu D, Ni Z, Lin F. Inflammatory dentigerous cyst of mandibular first premolar associated with endodontically treated primary first molar: a rare case report. *Eur J Paediatr Dent* 2015; 16: 201-204.

Taysi M, Ozden C, Cankaya AB, Yildirim S, Bilgic L. Conservative approach to a large dentigerous cyst in an 11-year-old patient. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2016; 50: 51-56.

Khandeparker RV, Khandeparker PV, Virginkar A, Savant K. Bilateral Maxillary Dentigerous Cysts in a Nonsyndromic Child: A Rare Presentation and Review of the Literature. *Case Rep Dent* 2018; 15: 1-6.

Edamatsu M, Kumamoto H, Ooya K, Echigo S. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with

impacted third molars of the mandible. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99: 17-23.

ANEXO A - Resultado do exame anatomopatológico

Figura 6 - Resultado anatomopatológico realizado pela FO-UFMG


 UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
 Av. Antônio Carlos, 6627, Sala 3202 - Pampulha
 Belo Horizonte-MG 31270-901
 Fone: (31) 3409-2479 E-mail: odonto-patobucal@ufmg.br

RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO

CÓDIGO: 39066
 Paciente: [REDACTED]
 Data de nascimento 17/07/1991 Idade: 28 anos
 Endereço: [REDACTED]
 Fone: [REDACTED]
 Profissional: Patologia e Semiologia/FOUFMG: Amanda/Eduardo Morato

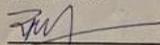
Tipo de Material:
 Tipo de Lesão: Cística
 Localização: ao redor do elemento 37, estendendo até mesial do 36
 Diagnóstico Clínico: cisto dentígero, ceratocisto, ameloblastoma

MACROSCOPIA:
 O material recebido para exame consta de 02 fragmentos de tecido mole, formato e superfície irregulares, coloração acastanhada, consistência fibrosa, medindo juntos 14x12x05mm. 03 fragmentos foram enviados para inclusão.

MICROSCOPIA:
 Os cortes histológicos mostram fragmento de lesão cística caracterizada pela presença de epitélio escamoso estratificado variando de 2-4 células de espessura, com polaridade nuclear normal e interface plana com o tecido conjuntivo subjacente. Na porção intraluminal observa-se a presença de cordões epiteliais delimitando tecido conjuntivo frouxo e colagenizado, com áreas focais de hemorragia e infiltrado inflamatório crônico. Observam-se, ainda, áreas focais de acantose associadas a inflamação do tecido conjuntivo subjacente. A cápsula apresenta-se densamente colagenizada e entremeada por áreas hemorrágicas e um infiltrado mononuclear difuso.

DIAGNÓSTICO: Cisto dentígero

Belo Horizonte, 18 de setembro de 2019

Dra. Maria Cássia Ferreira de Aguiar CRO-MG 13.052  Dr. Ricardo Alves de Mesquita CRO-MG 21.189 Dr. Felipe Paiva Fonseca CRO-MG 48.333	Dr. Ricardo Santiago Gomez CRO-MG 15.331 Dra. Patrícia Carlos Caldeira CRO-MG 35.414	Dra. Tarcília Aparecida da Silva CRO-MG 20.690 Dra. Sílvia Ferreira de Sousa CRO-MG 36.519
---	---	---

Fonte: Arquivos de patologia da Faculdade Federal de Odontologia da UFMG