



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno: Leandro Souza Pozzer

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Albergaria Barbosa

TCC 440

Ano de Conclusão do Curso: 2008

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Leandro Souza Pozzer

CISTOS ODONTOGÊNICOS EM CRIANÇAS.

ANÁLISE DA DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA EM DOIS CASOS

Monografia apresentada ao curso de
Odontologia da Faculdade de Odontologia
De Piracicaba – UNICAMP, para obtenção
Do diploma de cirurgião – dentista.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Albergaria-Barbosa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Piracicaba

(2008)

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada
.....
Vol. Ex.
Tombo BC/

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

P879c Pozzer, Leandro Souza.
Cistos odontogênicos em crianças: análise da
descompressão cirúrgica em dois casos. / Leandro Souza
Pozzer. – Piracicaba, SP: [s.n.], 2008.
18f.

Orientador: José Ricardo de Albergaria-Barbosa.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Tratamento cirúrgico. I. Albergaria-Barbosa, José
Ricardo de. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico este trabalho a DEUS e minha família.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. José Ricardo Albergaria-Barbosa
,
pela habilidade com que orientou
nosso trabalho.

Ao aluno de Doutorado Sergio Olate pela
e dedicação com que auxiliou
nosso trabalho.

Ao aluno de Doutorado Miguel Jaimes
pela
colaboração prestada para elaboração
deste trabalho.

Aos meus amigos que sempre me ajudaram e
me apoiaram para seguir em frente
com meus objetivos.

Aos meus pais e minha irmã que
são tudo de maior valor em minha vida.

Sumário

Lista de ilustrações.....	01
Lista de siglas e abreviações.....	05
Resumo.....	06
Abstract.....	07
Introdução.....	08
Discussão.....	11
Referências Bibliográficas.....	13

Lista de ilustrações

Fig. 1: Presença de imagem radiolúcida delimitada, associada ao colo do dente 45, que se apresenta deslocado inferiormente. Oclusão classe I, com alteração na simetria eruptiva do pré-molar inferior. A exodontia do dente decíduo tinha sido realizada há 3 semanas.

Pág. 6

Fig. 2: Pós-operatório de 14 meses. Observa-se erupção do dente 45 com formação óssea adequada e simetria dentaria e tecido gengival com gengiva inserida adequados.

Pág. 7

Fig. 3: Imagem clínica e radiográfica apresentando área radiolúcida associada ao dente decíduo envolvendo região coronária e radicular do dente 45 que se encontra deslocado e com angulação pouco favorável para erupção espontânea. Na radiografia periapical se observa uma angulação mais favorável para a erupção do dente.

Pág. 8

Fig. 4: Imagem clínica e radiográfica pós-operatória de 60 dias, evidenciando erupção e estabilização do tecido gengival. O Tracionamento não foi necessário, pois o dente apresenta movimentação e mudança na angulação o que favorece a erupção dentária.

Pág. 9

Lista de siglas e abreviações

CD = cistos dentigeros

CR = cistos radiculares

RESUMO

Os cistos odontogênicos apresentam-se associados com uma variedade de situações clínicas que devem ser consideradas durante o plano de tratamento. Patologias odontogênicas apresentam baixa incidência em crianças, sendo a relação com elemento dentário permanente um fator decisivo na propedêutica. Cistos dentígeros (CD) associados ao germe permanente e cistos radiculares (CR) são pouco prevalentes. O tratamento de escolha geralmente é o cirúrgico, visando à integridade do elemento permanente. Nestas condições a marsupialização apresenta-se como uma opção terapêutica. Uma revisão dos aspectos relevantes no tratamento é descrita exemplificando através de dois casos clínicos.

Palavra Chave: cisto dentígero, cistos odontogênicos, tratamento

ABSTRACT

Odontogenic cists appeared generally associated with several clinical situations that have to be considered during treatment planning. Odontogenic pathologies have low rate incidence in children. Association with permanent teeth is a major signing for treatment planning. Dentigerous cysts (CD) associated to permanent teeth and radicular ones (CR) have low prevalence. The treatment choice is generally surgical, looking for permanent teeth integrality. On the condition cited above the marsupialization appear as a treatment choice. A review of relevant treatment aspects and two clinical cases are described.

Key words: dentigerous cyst, odontogenic cyst, treatment.

INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos se originam dos componentes epiteliais do aparato odontogênico ou dos seus remanescentes que são capturados dentro do osso ou dos tecidos gengivais periféricos, sendo classificados em desenvolvimento (I) ou inflamatórios (II) (Ochsenius 2007). O diagnóstico diferencial é através de análise histopatológica, principalmente pelo fato das características clínicas e radiográficas serem bastante semelhantes. O diagnóstico diferencial com estas lesões são o ameloblastoma unicístico, tumor odontogênico adenomatóide, cisto odontogênico de calcificação (Shand 2004).

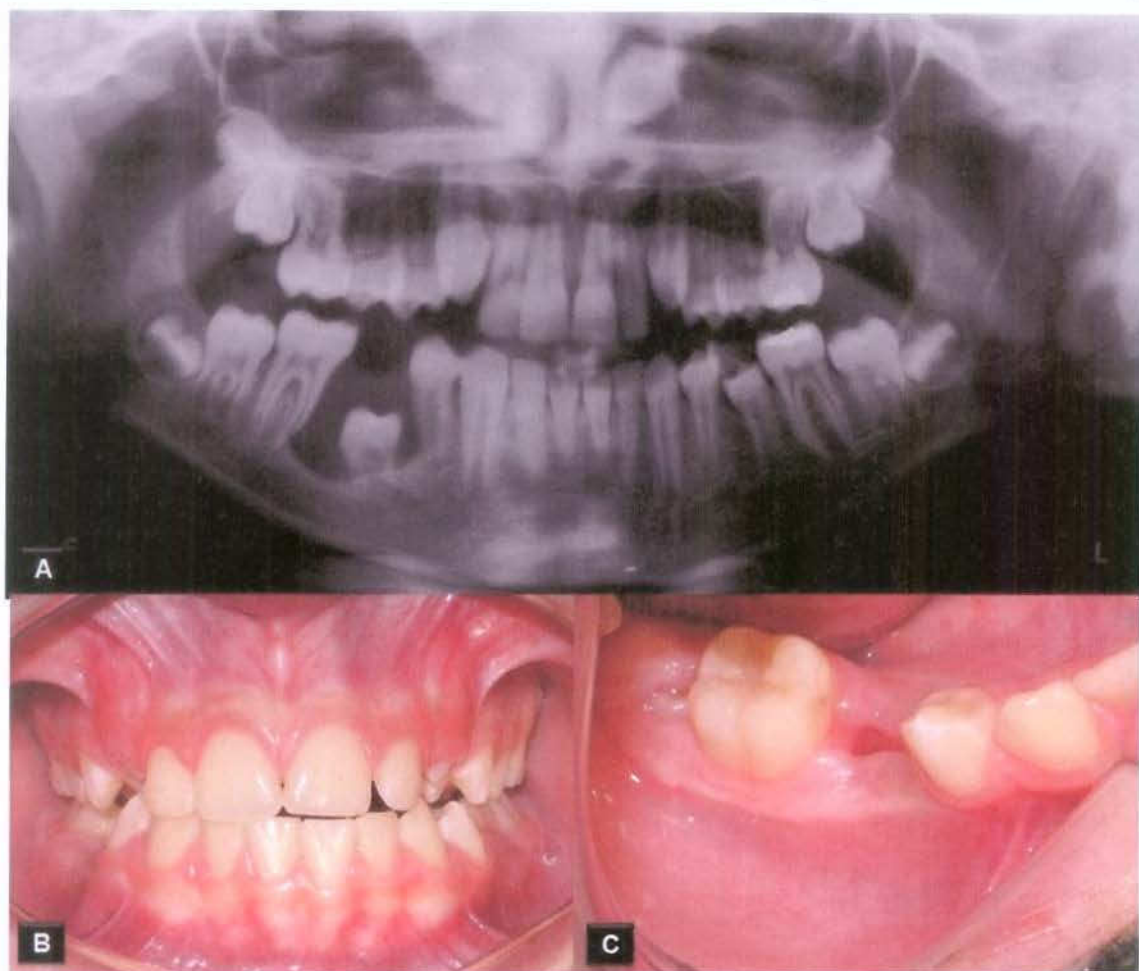
Os cistos odontogênicos são compostos por cistos dentígeros (14%), queratocistos (27%) e cistos radiculares (59%) principalmente (Banu 2004). A distribuição espacial mais freqüente dos cistos radiculares é na região anterior da maxila, enquanto os cistos dentígeros apresentam uma incidência superior na mandíbula e os queratocistos apresentam-se prevalentes em região de ângulo e ramo da mandíbula.

Os cistos de desenvolvimento são normalmente assintomáticos, apresentando grande potencial de crescimento podendo, em alguns casos, expandirem através da cortical óssea. Radiograficamente os cistos dentígero e radicular apresentam um aspecto radiolúcido unilocular circunscrito, com características osteolíticas (Shibata 2004). A grande diferença radiográfica entre eles é a localização em relação ao dente associado, pois o cisto dentígero fica envolto da coroa anatômica do dente e o radicular fica em posição apical em relação ao elemento dentário (Mosqueda 2002).

O presente trabalho apresenta considerações no planejamento e a conduta cirúrgica em dois casos de cistos associados ao dente decíduo com deslocamento do dente permanente.

Caso 1

Paciente sexo masculino, 10 anos de idade, compareceu à Área de Cirurgia encaminhada pelo ortodontista, devido a presença de uma imagem radiolúcida de 1,5 cm de diâmetro observado na radiografia panorâmica após a exodontia do dente 85. A extração foi inicialmente indicada por apresentar assimetria na seqüência de erupção dentaria e alteração na cronologia de erupção dos dentes permanentes (Figura 1).

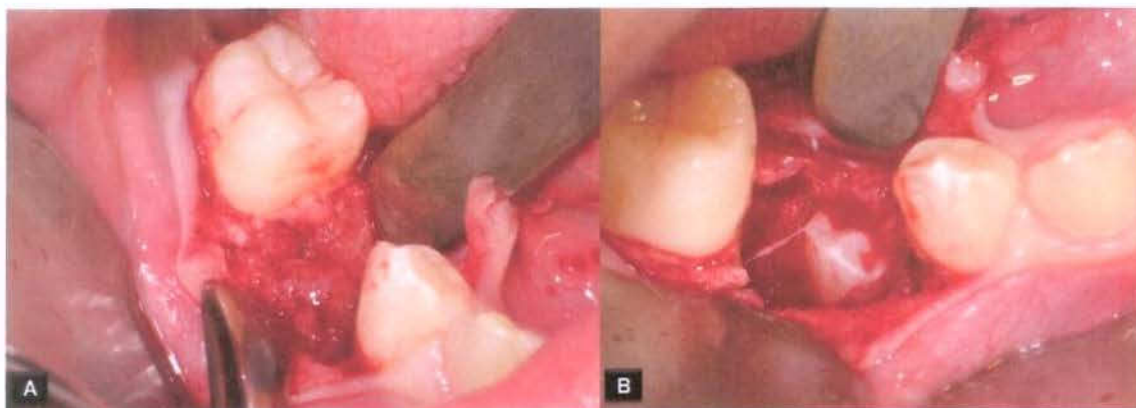


O paciente apresentava-se assintomático. Na radiografia panorâmica observou-se uma região radiolúcida bem delimitada ao redor da coroa do dente 45 de aproximadamente 1,5 cm de diâmetro. O dente encontrava-se deslocado apicalmente, em direção da base da mandíbula.

Após avaliação do dente permanente, foi instaurado o tratamento cirúrgico com a marsupialização do cisto e exposição do dente permanente associado, com objetivo de permitir a sua formação radicular e erupção espontânea do dente, visto que seu ápice permanecia aberto.

Sob anestesia local (lidocaina 2% 1:100.000) se realizou uma incisão linear e intra-sulcular, sem relaxante, envolvendo os dentes adjacentes na sua região

vestibular. Posteriormente foi identificada uma área de decolamento que permitiu a remoção da cápsula cística na sua região superior e a exposição do dente permanente. No trans-cirúrgico o dente observou-se com mobilidade aumentada, então havendo suporte ósseo para assegurar sua manutenção. Finalmente foi realizada sutura com fio cat-gut 3-0. A análise histopatológica diagnosticou cisto dentígero. Foi prescrito irrigações diárias com soro fisiológico (0,9%) visando remoção mecânica de resíduos até o momento em que foi possível evidenciar a presença da coroa do dente permanente. Após preservação de 14 meses foi possível observar a erupção do dente permanente com integridade dos tecidos moles e ósseo, garantindo a manutenção da função dentária (Figura 2).



O diagnóstico histopatológico foi cisto dentígero.

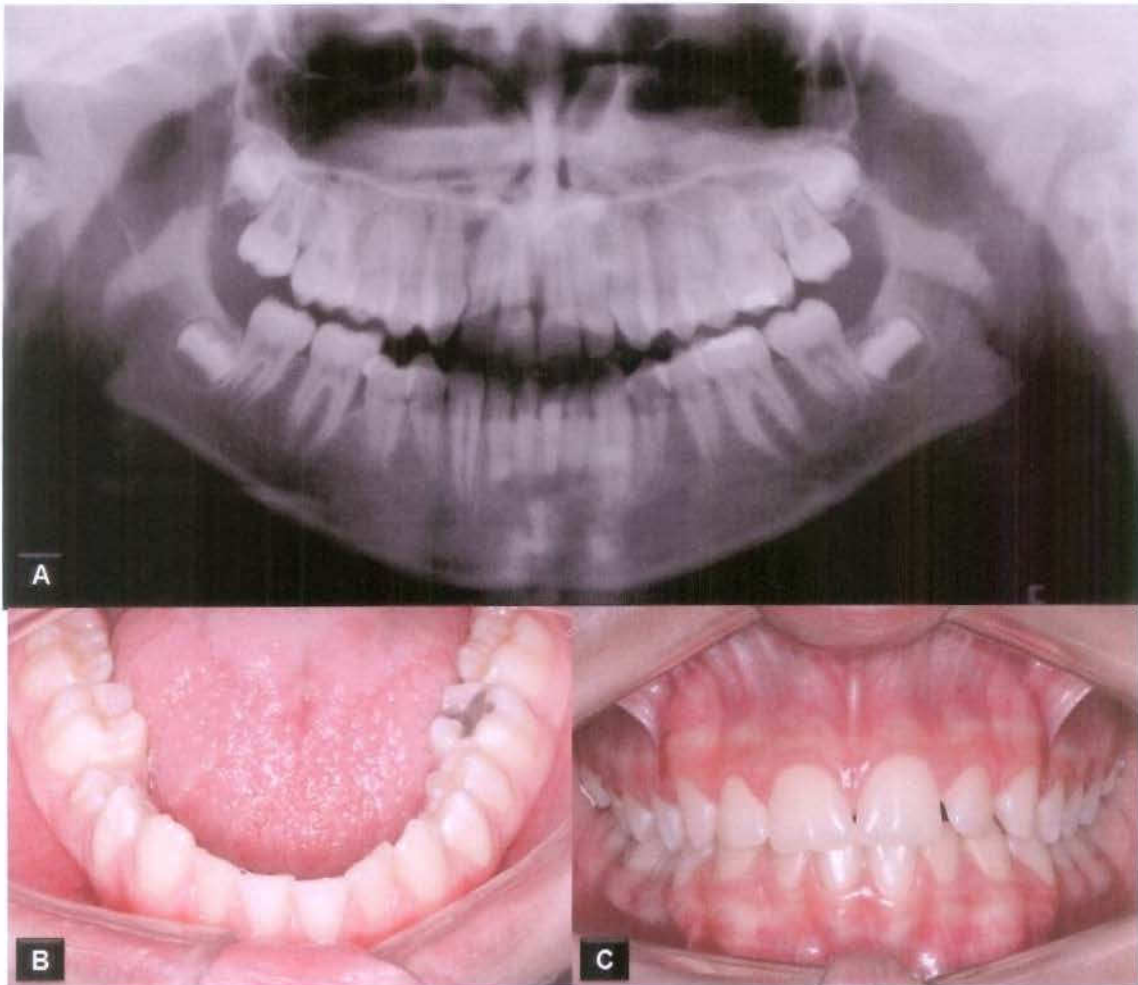
Caso 2

Paciente com 10 anos do sexo masculino compareceu à Área de Cirurgia encaminhado por cirurgião-dentista devido a presença de uma imagem cística em radiografia panorâmica. O paciente apresentava-se assintomático. Ao exame clínico observou-se dente 85 com cárie extensa e restauração inadequada. Não apresentava aumento de volume nem irregularidades ao exame

clínico

(Figura

3).



Na avaliação radiográfica (radiografia panorâmica) observou-se uma imagem radiolúcida bem delimitada associada a região apical do dente decíduo e a coroa do dente permanente, apresentando deslocamento do pré-molar em direção ínfero-mesial. O tratamento cirúrgico consistiu na exodontia do dente decíduo e a eliminação da parede superior do cisto. A conduta pós-cirúrgica foi semelhante à descrita no caso nº1. Após dois meses de acompanhamento foi possível observar o trajeto eruptivo de dente permanente com neoformação ossea assim como a mudança na angulação do dente, o que permitiu a correta erupção dentária(figura4).



O diagnóstico histopatológico foi cisto radicular, orientado principalmente pela imagem radiográfica com as características da lesão e a estrutura dentária envolvida.

DISCUSSÃO

Cisto dentígeros são freqüentes na cavidade oral, porém sua associação com dentes decíduos é escassa. O diagnóstico deve ser feito em associação com radiografia panorâmica e periapical (avaliação da extensão e relações anatômicas da lesão), punção aspirativa e biopsia incisiva ou excisional para análise histopatológica. (Boyczuk 1995).

Algumas pesquisas apontam em que a formação de cistos dentígeros associa-se com a acumulação de fluido entre o epitélio reduzido do esmalte ou entre as capas do órgão do esmalte; esta acumulação pode resultar da pressão exercida pelo potencial de erupção do dente no folículo, o que poderia obstruir a drenagem venosa e induzir á transudação de liquido a traves dos capilares da parede (Benn e Altini 1996). No entanto outras situações podem ser associadas na formação do cisto, como uma resposta inflamatória associada á patologia apical do dente decíduo (Bando 1993). Na mesma pesquisa, Benn e Altini (1996) estabeleceram relação entre o desenvolvimento do dente decíduo cariado, posições mais ou menos deslocadas do dente permanente e a formação de cistos na primeira dentição. Com isso, a inflamação periapical do decíduo não vital poderia afetar o folículo que recobre o permanente.

Associações entre o cisto dentígero em dentição decídua e o dente permanente na literatura é rara. Martínez-Perez (2001) apresentou 3 casos em região de pré-molar mandibular e um caso em região de canino maxilar sendo todos tratados através da descompressão. Kozelj (1999) apresentou quatro casos de cisto dentígero com deslocamento de dente permanente em região de pré-molar mandibular tratados com descompressão erupção do permanente. Delbem (2006) apresentou 2 casos sendo um tratado com enucleação e outro com descompressão. Esses autores concluíram que a marsupialização como conduta cirúrgica foi adequada nos casos avaliados.

Em crianças, o tratamento dos cistos pode ser feito por remoção cirúrgica total ou marsupialização (Shand 2004). Nestes casos, a opção de manter o dente permanente a oportunidade de erupção do mesmo enquanto este não apresenta formação radicular completa. Por outra parte, quando a opção é a excisão total, o defeito ósseo deixado pelo cisto pode ser completamente recuperado em um prazo de dois anos (Benn Altini, 1996)

Sendo assim, o tratamento de escolha poderia ser definido em função do tamanho da lesão (Martínez-Pérez 2001). Em lesões maiores a extração do decíduo e a descompressão do cisto podem ser feita; no entanto, principalmente a escolha deve se orientar na tentativa de permitir a erupção do dente permanente. Sendo este o objetivo, a escolha pela descompressão cística deve ser considerada.

Para o sucesso da erupção do dente, deve se avaliar a formação radicular e a posição do dente. Quando a raiz tem menos que 50%, em posição vertical e não angulada em relação ao eixo vertical do dente adjacente, existe uma situação favorável que permitiria a erupção espontânea. Em 75% dos casos, bons indicativos da erupção ocorreram no 109º dia; desde modo torna-se importante reconhecer o 100º dia pois este apresenta uma relação com a necessidade de realizar ou não tracionamento do dente permanente (Hyomoto 2003).

Deste modo, com os resultados dos casos apresentados, a marsupialização de cisto dentígero associada à dentição mista é uma opção que pode ajudar a erupção do dente permanente sem complicações.

REFERÊNCIAS

Benn A, Altini M. Dentigerous cysts of inflammatory origin. A clinic pathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1996; 81: 203-9.

Bando Y, Nagayama M. Odontogenic cysts induction by periapical infection in rats. *J Oral Pathol Med.* 1993; 22: 323-6.

Boyczuk MP, Berger JR. Identifying a deciduous dentigerous Cyst. *JADA.* 1995; 126: 643-4.

Delbem AC, Cunha RF, Afonso RL, Bianco KG, Idem AP. Dentigerous cysts in primary dentition: report of 2 cases. *Pediatr Dent.* 2006; 28: 269-272.

Hyomoto M, Kawakami M, Inoue M, Kirita T. Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. *AJO – DO.* 2003; 124: 515 – 20.

Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci.* 2004; 46: 253–7.

Kozelj V, Sotosek B. Inflammatory dentigerous cysts of children treated by tooth extraction and decompression — report of four cases. *Br Dent J.* 1999; 187: 587–90.

Martínez-Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: a report of 4 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59: 331 – 4,

Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2002; 7: 89-96.

Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 12: E85-91.

Shibata Y, Asaumi J, Yanagi Y, et al. Radiographic examination of dentigerous cysts in the transitional dentition. *Dentomaxillofac Radiol.* 2004; 33: 17 – 20.

Shand J, Heggie A. Cysts of the jaws and advances in the diagnosis and management of nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am.* 2005; 17: 403 – 14.