

Cisto Dentífero em Pacientes Geriátricos: Relatos de Dois Casos Clínicos com acompanhamento de 5 Anos

Joanes Silva Santos *, Maria de Fátima Batista de Melo **, Júlio Leonardo Oliveira Lima ***

Resumo: O cisto dentífero é o segundo tipo mais comum de cisto odontogénico do complexo maxilofacial, perdendo apenas para o radicular. São mais frequentes na segunda e terceira décadas de vida, sendo raramente observados em geriátricos, perfazendo em sua casuística 4,85% em pessoas com idade entre 60 e 79 anos. Radiograficamente, nota-se uma área radiolúcida solitária que geralmente envolve um dente incluso a partir da junção amelocementária, fazendo diagnóstico diferencial principalmente com ceratocisto odontogénico e ameloblastoma unicístico. A histogénese exacta continua obscura, no entanto, a maior parte da literatura considera sua origem a partir do folículo dentário. Em geral são tratados por enucleação, contudo em situações particulares podem ser submetidos à marsupialização ou terapia irrigacional. Este trabalho tem por objectivo fazer uma revisão da literatura e apresentar dois casos clínicos em indivíduos geriátricos tratados por via intra-oral e através da enucleação com acompanhamento clínico e radiográfico por cinco anos, evidenciando completa reparação óssea.

Palavras-Chave: Cisto Dentífero; Odontologia Geriátrica

Abstract: The dentigerous cyst is the second most common type of odontogenic cyst from the maxillofacial complex, and it appears with the highest frequency, after the radicular cyst. It is more common to happen in the second and third decades of life and is rarely observed in geriatric patients, appearing in a percentage of 4,85% in people between 60 and 79 years old. In radiographies, it is seen as a solitary radiolucent area which usually involves a submerged tooth from the cemento-enamel junction, making differential diagnosis mainly with odontogenic keratocyst and unicystic ameloblastoma. The exact histogenesis continues obscure, although the majority of the literature considers its origin from the dental follicle. Generally, it is treated with enucleation, even though in some particular situations a marsupialization or irrigational therapy can be done. This work aims at making a literature review and presenting two clinic cases on geriatric individuals treated intraorally and through enucleation with a clinic and radiographic follow-up for five years, evidencing complete bone repair.

Key-words: Dentigerous Cyst; Geriatric Dentistry

(Santos JS, Melo MFB, Lima JLO. Cisto Dentífero em Pacientes Geriátricos: Relatos de Dois Casos Clínicos com acompanhamento de 5 Anos. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2006;47:163-167)

* Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - UFRJ

Professor Voluntário da Disciplina de Diagnóstico Oral da UFS

** Mestre em clínica odontológica pela USP-SP

Doutora em diagnóstico oral - radiologia pela USP-SP

*** Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Sergipe

INTRODUÇÃO

O cisto dentígero é uma entidade patológica que se forma a partir de um dente não erupcionado e origina-se da proliferação do epitélio reduzido do esmalte. Na maioria dos casos, acomete adultos jovens, sendo raro nos idosos⁽¹⁾. Depois do radicular, os dentígeros são os mais frequentes cistos odontogénicos diagnosticados, perfazendo 20% de todos os cistos mandibulares. Usualmente, esta lesão está associada a um terceiro molar impactado na mandíbula e não apresenta sintomatologia, sendo geralmente encontrada nos exames radiográficos de rotina. Em casos, onde o cisto atinge grandes dimensões, pode ser observada expansão da cortical óssea e dor⁽²⁾.

Os dois principais métodos de tratar o cisto dentígero são a enucleação e a marsupialização. A excisão é indicada quando não há possibilidade de lesionar estruturas anatómicas próximas como ápices de dentes vitais, seio maxilar e nervo alveolar inferior. Já a marsupialização, permite preservar o dente no seu local e promover a sua erupção quando viável⁽³⁾, ou tratar pacientes idosos, sob anestesia geral, com comprometimento médico que inviabilize remoção total do processo patológico⁽⁴⁾. No entanto, tem como maior desvantagem, deixar material na loca sem avaliação histopatológica, com possibilidade de existir uma lesão mais agressiva neste tecido residual⁽⁵⁾.

Serão apresentados dois casos clínicos de cisto dentígero, associados a terceiro molar impactado, em pacientes geriátricos.

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 67 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, procurou a clínica de cirurgia oral e maxilofacial, com queixa de dor e tumefação moderada no lado direito da mandíbula. Excepto pela assimetria facial os demais exames, físico e laboratorial estavam dentro dos limites de normalidade. Ao exame extra-oral revelou tumefação de consistência amolecida na região do masseter. Já no exame intra-oral, observou-se uma massa exofítica palpável, nas superfícies lateral e medial do ramo ascendente da mandíbula. O exame radiográfico revelou a unidade dentária 48 impactada associada a uma área

radiolúcida de aproximadamente 4 x 3 cm, localizada no ramo ascendente da mandíbula direita (Figura 1) e grande expansão das corticais medial e lateral vista no exame postero-anterior (Figura 2). Observar controle radiográfico actual cinco anos após enucleação com completa reparação (Figura 3).



Figura 1 - Dente 48 impactado e associado a uma área radiolúcida de aproximadamente 4 x 3 cm, localizada no ramo ascendente da mandíbula.



Figura 2 - Grande expansão das corticais medial e lateral vista no exame postero-anterior da mandíbula direita.



Figura 3 - Controle radiográfico actual cinco anos após enucleação com completa reparação.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 62 anos de idade, sexo masculino, leucoderma, foi encaminhada à clínica de cirurgia oral e maxilofacial para avaliar área radiolúcida associada à coroa da

unidade dentária 38. Os exames intra e extra-oral não evidenciaram alterações relevantes associadas com a entidade patológica. As avaliações médica e laboratorial estavam dentro dos padrões de normalidade. O exame radiográfico mostrou lesão osteolítica, medindo cerca de 4,5 x 2,0 cm, na região de corpo e ramo ascendente da mandíbula esquerda, associada à unidade 38 que se encontrava deslocada (Figura 4). No controle radiográfico, sete meses após a enucleação, observou-se regressão acentuada da área radiolúcida, excepto na região apical da unidade 37. Os exames clínico e radiográfico feitos 11 meses após a cirurgia mostraram perda de suporte periodontal na mesma unidade acima referida, constatado através de sondagem periodontal e persistência da área radiolúcida (Figura 5). Foi realizado a extracção do dente mencionado, permitindo regeneração óssea (Figura 6). Doze meses após a extracção, foi instalado um implante osseointegrado na região. No controle clínico e radiográfico actual, observa-se boa reparação tecidual (Figura 7).



Figura 4 - Lesão osteolítica, medindo cerca de 4,5 x 2,0 cm, na região de corpo e ramo ascendente da mandíbula esquerda, associada ao dente 38, que se encontrava mal posicionado.



Figura 5 - Os exames clínico e radiográfico feitos 11 meses após a cirurgia mostraram perda de suporte periodontal do 37.

ACESSO CIRÚRGICO

Os acessos intraoral vs extraoral e concomitantes com-



Figura 6 - Extracção do 37, permitindo regeneração óssea



Figura 7 - No controle clínico e radiográfico actual, observar boa reparação tecidual na região peri-implantar.

plicações de cada um foram revistos e discutidos, sendo o intraoral a nossa escolha e concordado por ambos pacientes. Sob anestesia geral, após incisão intraoral suficiente para expor toda área envolvida, realizou-se dissecação subperiosteal expondo toda lesão. Foi feito enucleação e curetagem, seguido de extracção das referidas unidades dentárias envolvidas, expondo todo osso remanescente, aparentemente livre de processo patológico. Espécimes de ambos os casos foram enviados para análise histopatológica, dando como laudo o diagnóstico de cisto dentígero.

DISCUSSÃO

O cisto dentígero afecta mais comumente paciente com idade entre 10 e 30 anos, havendo declínio gradual da ocorrência desta entidade patológica nas décadas subsequentes⁽³⁾. Para Shear⁽¹⁾ esta lesão é de rara ocorrência em pacientes geriátricos, perfazendo em sua casuística 4,85 % em pessoas com idade entre 60 e 79 anos.

Ao exame radiográfico, os cistos dentígeros aparecem como uma imagem radiolúcida unilocular de tamanho variado, com bordos escleróticos bem definidos e asso-

ciados a um dente não erupcionado⁽⁶⁾. Para Ko *et al*⁽⁷⁾, espaço folicular de mais de 5,0 mm visto radiograficamente pode ser suscitado de cisto dentígero. Já Stafne e Gibilisco⁽⁸⁾ observaram que um espaço que alcança 2,5 mm em largura representa cisto em 80% dos casos. Em algumas situações, aparecem cistos dentígeros múltiplos, podendo ser associados à síndrome do carcinoma basocelular ou a disostose cleidocraniana⁽⁹⁾. Das lesões que fazem diagnóstico diferencial com o cisto dentígero devem ser levantadas hipóteses diagnósticas principalmente de ceratocisto odontogénico e ameloblastoma unilocular. O diagnóstico final só será obtido através de biópsia e análise histopatológica da peça operatória^(6,10).

Pacientes idosos, mais velhos que 65 anos de idade, têm uma taxa maior de morbidade e mortalidade na população de adultos submetidos à cirurgia. A avaliação clínica pré-operatória para descobrir riscos de complicações trans-operatórias, pós-operatórias e efeitos adversos à anestesia é extremamente importante na minimização das ocorrências indesejáveis⁽¹¹⁾. Roy⁽¹²⁾ enfatizou que é altamente recomendado, quando possível, o uso de anestesia local em pacientes idosos. No entanto, nos dois casos relatados, foi realizada anestesia geral, tendo em vista que ambos não tinham antecedentes mórbidos relevantes, apresentavam exames laboratoriais dentro do padrão de

normalidade e foram liberados pelo serviço de cardiologia e anestesiologia para o tratamento proposto.

O acesso intraoral é o mais utilizado para abordagem dos cistos odontogénicos associados a dentes impactados, tendo como maior desvantagens campo limitado e maior possibilidade de lesão ao nervo alveolar inferior. Mintz *et al*.⁽¹³⁾ ressaltaram a necessidade de utilizar a via extraoral para alguns casos de cisto dentígero em função da localização do dente, extensão da lesão e facilidade de estabilização óssea com placas e parafusos, quando indicada para prevenção de fractura mandibular. Nos dois casos relatados, apesar da extensão da lesão, foi realizado acesso intraoral, sem necessidade de estabilização óssea. Esta via tem a vantagem de não deixar cicatriz na pele e não comprometer o nervo facial.

Nishide *et al*.⁽⁴⁾ realizaram, com sucesso, terapia irrigacional de um cisto dentígero em paciente geriátrico, e outros autores^(3,14) também recomendam a marsupialização para cistos dentígeros maiores. Contudo a enucleação cirúrgica é usualmente a modalidade de tratamento preferida pela grande maioria dos cirurgiões^(3,15,16). Nos dois casos apresentados, apesar da idade, optou-se pela enucleação cirúrgica, em função da condição médica favorável e por ser a técnica de eleição quando não existe recomendação de manter o dente envolvido na lesão.

BIBLIOGRAFIA

1. Shear M. Cysts of the oral regions, 3rd ed. Oxford: Wright, 1992.
2. Aziz SR, Pulse C, Dourmas MA, Roser SM. Inferior alveolar nerve paresthesia associated with a mandibular dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60:457-459.
3. Ertas U, Yavuz MS. Interesting eruption of 4 teeth associated a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61:728-730.
4. Nishide N, Hitomi G, Miyoshi N. Irrigational therapy of a dentigerous cyst in a geriatric patient: a case report. *Spec Care Dentist* 2003; 23:70-72.
5. Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea, 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
6. Miller CS, Bean LR. Pericoronary radiolucencies with and without radiopacities. *Dental Clin North Am* 1994; 38:51-61.
7. Ko Ks, Dover DG, Jordan RC. Bilateral dentigerous cysts - report of an unusual case and review of the literature. *J Can Dent Assoc* 1999; 65: 49-51.
8. Stafne EC, Gibilisco JA. Oral Roentgenographic Diagnosis, 4th ed. Philadelphia: Saunders, 1975.
9. Gorlin RJ, Goldman HM. Oral Pathology, 6 th ed. Mosby, 1980, 489-493.
10. Thosaporn W, Iamaroon A, Pongsiriwet S, Ng KH. A comparative study of epithelial cell proliferation between the odontogénic keratocyst, orthokeratinized odontogenic cyst, dentigerous cyst, and ameloblastoma. *Oral Dis* 2004; 10:22-26.

11. Jin F, Chung F. Minimizing perioperative adverse events in the elderly. *Br J Anaesth* 2001; 87:608-624.
12. Roy RC. Choosing general versus regional anesthesia for the elderly. *Anesthesiol Clin North Am* 2000; 18:91-104.
13. Mintz S, Allard M, Nour R. Extraoral removal of mandibular odontogenic dentigerous cysts: a report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59:1094-1096.
14. Martinez-Perez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: a report of 4 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59:331-333.
15. 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 Dentofacial Orthop*. 2003;124:515-20.
16. Takagi S, Koyama S. Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. *J Oral Maxillofac Surg*. 1998;56:237-9.

