



CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**ENUCLEAÇÃO CIRÚRGICA DE CISTO DENTÍGERO DE GRANDES
PROPORÇÕES ASSOCIADO A PRIMEIRO PRÉ-MOLAR INFERIOR INCLUSO:
RELATO DE CASO**

Gabriella Mendes Vieira

Mayara Karla Galvão Diniz Gomes

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carla Mosconi

TRINDADE

2021



**CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**ENUCLEAÇÃO CIRÚRGICA DE CISTO DENTÍGERO DE GRANDES
PROPORÇÕES ASSOCIADO A PRIMEIRO PRÉ-MOLAR INFERIOR INCLUSO:
RELATO DE CASO**

Gabriella Mendes Vieira

Mayara Karla Galvão Diniz Gomes

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes – UNIGY como requisito parcial
à obtenção do título de bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carla Mosconi

TRINDADE

2021

Gabriella Mendes Vieira

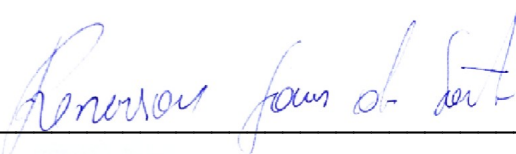
Mayara Karla Galvão Diniz Gomes

**ENUCLEAÇÃO CIRÚRGICA DE CISTO DENTÍGERO DE GRANDES
PROPORÇÕES ASSOCIADO A PRIMEIRO PRÉ-MOLAR INFERIOR INCLUSO:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser
apresentado a Faculdade de
Odontologia do Centro Universitário
Goyazes – UNIGY como requisito
parcial à obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.



Prof^a. Dr^a Carla Mosconi
Centro Universitário Goyazes - UNIGY



Prof. Me. Renerson Gomes dos Santos
Centro Universitário Goyazes - UNIGY



Prof^a. Ma. Leni Verônica de Oliveira Silva
Estudante do Programa de Pós-graduação em Odontologia da
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

TRINDADE

2021

RESUMO

ENUCLEAÇÃO CIRÚRGICA DE CISTO DENTÍGERO DE GRANDES PROPORÇÕES ASSOCIADO A PRIMEIRO PRÉ-MOLAR INFERIOR INCLUSO:

RELATO DE CASO

Gabriella Mendes Vieira¹; Mayara Karla Galvão Diniz Gomes¹; Carla Mosconi².

INTRODUÇÃO: Os cistos odontogênicos são classificados de acordo com a sua origem em dois grupos: cistos de desenvolvimento e cistos inflamatórios. Dentre os cistos de desenvolvimento, destaca-se o cisto dentígero, por ser o segundo cisto odontogênico mais comum nos maxilares. É uma característica intrínseca desta lesão envolver toda a coroa do dente não irrompido acometido e, encontrar-se aderida a este dente pela junção amelo-cementária. Possui origem idiopática e quase sempre são assintomáticas, devido a este último fator os pacientes acometidos por esta patologia muitas vezes são diagnosticados tardiamente. Quando o diagnóstico e tratamento são realizados em estágios precoces da lesão, podem evitar alterações como: movimentação dentária, reabsorção radicular, expansão de corticais e fraturas ósseas. **RELATO DO CASO:** O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente de 34 anos de idade, sexo feminino, que apresentava aumento de volume na região da mandíbula do lado esquerdo, assintomático e com tempo de evolução de aproximadamente 12 meses. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registros fotográficos e exames imaginológicos aos quais a paciente foi submetida. A enucleação cirúrgica foi o método escolhido para a remoção do cisto e do primeiro pré-molar inferior esquerdo incluso associado à lesão. O espécime da lesão foi encaminhado para avaliação anatomopatológica e obteve o diagnóstico definitivo de cisto dentígero. Observou-se regressão considerável da lesão após a enucleação cirúrgica e é possível acompanhar a ósseointegração por exames radiográficos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O tratamento se mostrou resolutivo, no entanto, é importante ressaltar que a escolha do tratamento deve ser criteriosa e cuidadosamente ponderada para diferentes tipos de casos.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Dentígero. Cistos Odontogênicos. Dente Impactado.

ABSTRACT

1 Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Goyazes

2 Orientadora Prof^a. Dr^a da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Goyazes

SURGICAL ENUCLEATION OF DENTIGEROUS CYST OF GREAT PROPORTIONS

ASSOCIATED WITH LOWER FIRST PREMOLAR INCLUDED: CASE REPORT

Gabriella Mendes Vieira; Mayara Karla Galvão Diniz Gomes; Carla Mosconi.

INTRODUCTION: Odontogenic cysts are classified according to their origin in two groups: developmental cysts and inflammatory cysts. Among the developmental cysts, the dentigerous cyst stands out, as it is the second most common odontogenic cyst in the jaws. It is an intrinsic characteristic of this lesion to involve the entire crown of the affected non-erupted tooth and to be adhered to this tooth by the amelocemental junction. It has an idiopathic origin and is almost always asymptomatic, due to this factor, patients affected by this pathology are often diagnosed late. When diagnosis and treatment are performed at an early stage of the lesion, they can avoid changes such as: tooth movement, root resorption, expansion of cortical and bone fractures. **CASE REPORT:** The purpose of this study is to report the clinical case of a 34-yearold female patient, who had an enlarged volume in the left mandible region, asymptomatic and with an evolution time of approximately 12 months. The information was obtained through reviewing the medical record, interviewing the patient, photographic records and imaging tests whose the patient was submitted. Surgical enucleation was the method chosen to remove the cyst and the included lower left first premolar associated with the lesion. The specimen of the lesion was referred for anatomopathological evaluation and obtained the definitive diagnosis of dentigerous cyst. Considerable regression of the lesion is observed after surgical enucleation and it is possible to monitor the osseointegration through radiographic exams. **FINAL CONSIDERATIONS:** The treatment proved to be resolute, however, it is important to emphasize that the choice of treatment should be judicious and carefully weighed for different types of cases.

KEYWORDS: Dentigerous cyst. Odontogenic Cysts. Impacted Tooth.

DEDICATÓRIA

Primeiramente agradecemos à Deus, autor de nossos destinos, nosso guia, socorro presente nas horas de angústia e vitórias.

Dedicamos *in memoriam* aos nossos pais Carlos Silvano Diniz e Marcos Renato de Souza que sempre acreditaram em nossos sonhos até o último suspiro de amor.

Gratidão é o que sentimos uma pela outra, fomos o braço uma da outra diversas vezes durante essa nossa jornada, fomos companheiras durante todo o curso, e nos tornamos amigas para a vida! Muito carinho por toda amizade e cumplicidade dedicada durante todos esses anos.

Gabriella Mendes e Mayara Karla

Em especial dedico e agradeço aos meus pais Érika Mendes e Marcos Renato de Souza (in memoriam), que não mediram esforços para a realização desse sonho, eu nada seria sem o amor e o cuidado dos senhores, donos da minha vida e do meu coração, ofereço todo meu amor e gratidão. Agradeço as minhas irmãs, aos meus avós, ao meu noivo e aos meus afilhados por todo carinho e incentivo desde o início, vocês fazem parte de mim e de toda minha trajetória.

Gabriella Mendes

Dedico e agradeço ao meu esposo Renerson Gomes por ser meu maior colaborador e incentivador. Gratidão por me ajudar a realizar este sonho. A nossa filha Maria Luiza Diniz Gomes, luz da minha vida. Eu amo vocês.

Mayara Karla

AGRADECIMENTOS

Ao **Centro Universitário Goyazes** - na pessoa do Reitor Dr. Carlos Botelho, agradecemos a instituição de ensino UNIGY, que durante todo esse tempo foi nossa casa. Lugar onde os sonhos acontecem! Somos felizes por ser filhas e fazer parte da história grandiosa da UNIGY.

Ao **coordenador do curso de Odontologia** Prof. Me. Renerson Gomes dos Santos, pela amizade e enriquecedora contribuição para nossa formação. Um grande profissional de carácter inestimável. É motivo de orgulho e inspiração para nós seus eternos alunos e filhos.

À nossa querida **orientadora** Prof^a. Dr^a. Carla Mosconi, por todo o suporte e incentivo durante esta jornada. Você foi essencial. Profissional dedicada, transparente e muito exigente. Aqui estão os resultados do seu esforço. Com muita gratidão e admiração.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
JUSTIFICATIVA	14
OBJETIVOS	15
1.1 Objetivo Geral	15
1.2 Objetivos Específicos	15
RELATO DE CASO	16
DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD Cisto Dentígero

CEO Centro de Especialidades Odontológicas

UNIGY Centro Universitário Goyazes

OMS Organização Mundial de Saúde

TCFC Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico

INTRODUÇÃO

Um cisto é definido como uma cavidade patológica, que possui conteúdo fluido, semifluido ou gasoso, e que não é criado pelo acúmulo de pus (KRAMER, 1975). Essa entidade patológica, também é definida como uma cavidade revestida por tecido epitelial que pode estar localizada nos tecidos moles ou em uma localização intraóssea. Diferentemente dos cistos, os pseudocistos não possuem revestimento epitelial (REGEZI, et al., 2017) (Figura 1).

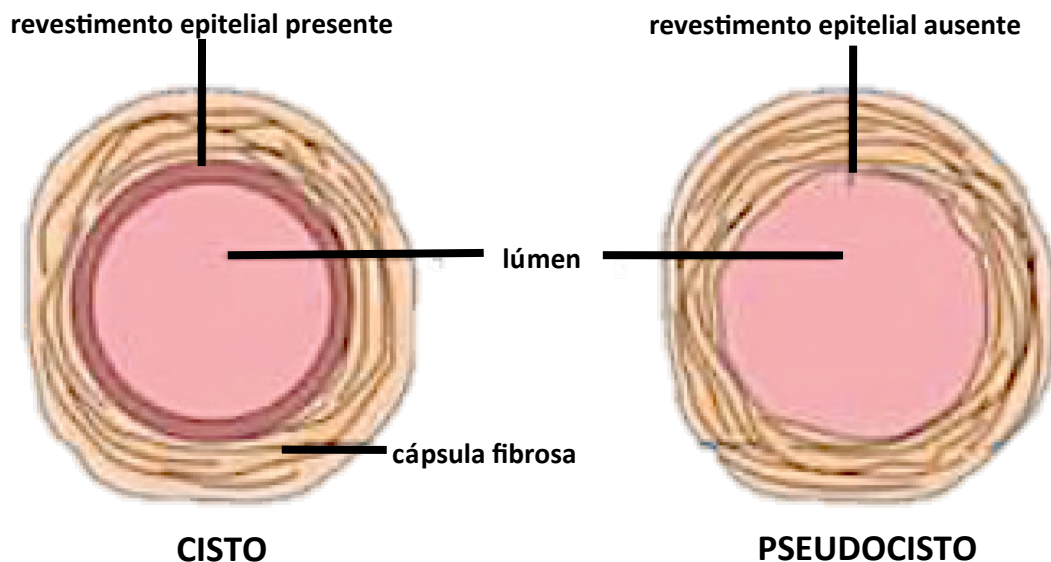


Figura 1. Diferenças morfológicas entre um cisto e pseudocisto. Fonte: Autor.

Os cistos dos maxilares, variam significativamente quanto a sua histogênese e são divididos em não odontogênicos e odontogênicos (REGEZI, et al., 2017).

Os cistos odontogênicos é uma cavidade patológica revestida por um epitélio que se originou dos restos epiteliais da formação dos dentes (NAYYER, 2015). Em 1992 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu e classificou os cistos odontogênicos em dois subgrupos: de origem inflamatória e de desenvolvimento. O cisto odontogênico mais comum é o cisto radicular (origem inflamatória), e o segundo mais frequente é o cisto dentígero (CD), também chamado de cisto folicular

(de desenvolvimento) (EL-NAGGAR, 2017). A frequência de ocorrência de cisto dentígero é de 1,44 para cada 100 dentes não irrompidos (MOURSHED, 1964).

A etiopatogenia do CD ainda é incerta, no entanto, alguns autores vem sustentando algumas teorias. Dentre elas, acredita-se que essas lesões são formadas a partir do acúmulo de fluido no espaço localizado entre o folículo pericoronário e um dente impactado. Isso ocorre provavelmente por causa de distúrbios hemodinâmicos nos vasos sanguíneos que estão presentes no tecido conjuntivo de um folículo pericoronário de um dente impactado, o que leva ao extravasamento de exsudato inflamatório com posterior acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e o dente impactado (ALMEIDA, 2016) (Figura 2).

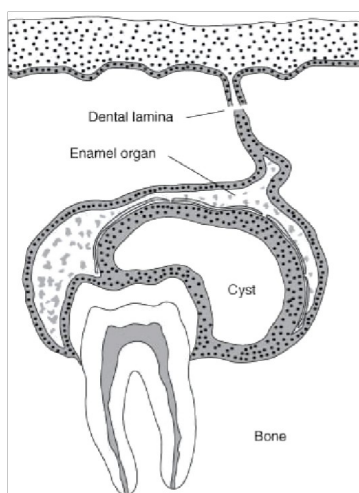


Figura 2. Unidades constituintes de um cisto dentígero. Fonte. LALWANI, 2008.

As células inflamatórias presentes nesta cavidade recém-formada, juntamente com os restos de células epiteliais descamadas, levam ao aumento da pressão osmótica, que atrai mais líquido para esta cavidade formada, causando desta forma, o crescimento do cisto (ALMEIDA, 2016). Outra teoria também aceita, seria a formação do CD pela presença de processo inflamatório no periápice de um dente decíduo. Isto levaria a distúrbios hemodinâmicos e inflamatórios que atingiriam o dente permanente que está se formando naquela região. Devemos destacar que CD raramente são encontrados associados a dentes decíduos (ALMEIDA, 2016).

A primeira teoria acima apresentada, pode explicar o bom resultado alcançado pelo cirurgião-dentista quando são realizados procedimentos conservadores que estabelecem uma comunicação da luz do cisto com a cavidade oral (p.ex., marsupialização ou canulização) (ALMEIDA, 2016).

É importante mencionar que é difícil diferenciar radiograficamente um cisto dentífero pequeno de um folículo pericoronário aumentado que está sobre a coroa de um dente impactado. Alguns autores preconizam que, para a lesão ser considerada um cisto dentífero, o espaço radiolúcido que envolve a coroa do dente incluso deve ser de aproximadamente 3 a 4 mm de diâmetro (LUNG, 2006).

Podemos destacar que, os CD podem ocorrer em associação com qualquer dente impactado, no entanto, tende a ser mais frequente em terceiros molares inferiores e caninos superiores, pois estes são os dentes que apresentam-se com maior frequência impactados. Essas lesões são encontrados mais frequentemente em pacientes entre a 1º e 3º década de vida. Acometem mais homens de cor branca.

Clinicamente, costuma apresentar crescimento lento e indolor, muitas vezes, sendo notados em exames radiográficos solicitados para tratamento ortodôntico, paciente para exodontia com sua queixa principal “dor de dente”, tratamento endodôntico, implantes dentários, dentre outros. Tem a capacidade de alcançar grandes dimensões, o que pode causar a expansão das corticais e provocar destruição óssea considerável, caso isso ocorra, proporcionará ao paciente alterações funcionais e estéticas. Nas manobras transcirúrgicas, ao realizar a punção aspirativa geralmente observa-se que a mesma é positiva para um líquido amarelo-citrino (DOMINGUES, 2007).

Radiograficamente, o cisto dentífero mostra tipicamente uma área radiolúcida unilocular com limites bem definidos que está associada à coroa de um dente impactado. Deslocamento e reabsorção de dentes adjacentes também podem ser observadas. Contudo, os achados radiográficos não são diagnósticos de um cisto dentífero, porque os ceratocistos odontogênicos, os ameloblastomas uniloculares e muitos outros tumores odontogênicos e não odontogênicos podem apresentar características radiográficas que são essencialmente idênticas àquelas dos CDs. A relação cisto-coroa pode mostrar diversas variações radiográficas conforme observado abaixo. (NEVILLE, 2016) (Figura 3).



Figura 3. R elações cisto -coroa dos cistos dentíferos. Fonte: NEVILLE, 2016 .

Quanto as características histopatológicas, os CD apresentam variações, dependendo se o cisto encontra-se inflamado ou não. Em casos onde o cisto não encontra-se inflamado, podemos encontrar um tecido epitelial composto por duas a quatro camadas de células achatadas não ceratinizadas, e a interface entre o epitélio e o tecido conjuntivo é plana. No entanto, é comum encontrar um cisto dentígero inflamado, nestes casos, observa-se um revestimento epitelial com quantidades variáveis de hiperplasia apresentando em alguns casos uma superfície ceratinizada, sendo importante saber diferenciar daquelas encontradas no ceratocisto odontogênico. É importante ressaltar também que pequenas ilhas e cordões de restos epiteliais odontogênicos de aspecto inativo podem estar presentes na cápsula fibrosa. Esses restos podem ser numerosos e, por vezes, um patologista que não esteja familiarizado com as lesões bucais, podem interpretar de forma errônea esse achado como um ameloblastoma (NEVILLE, 2016).

O tratamento dos CD, varia de acordo com o tamanho e localização da lesão. As técnicas cirúrgicas mais comuns são a marsupialização e a enucleação, podendo estas estarem associadas. O objetivo da descompressão é aliviar a pressão intracística o que irá causar a diminuição gradual na cavidade cística, preservando os tecidos orais, manutenção da vitalidade da polpa dentária, prevenção de exodontias e prevenção de danos as estruturas anatômicas adjacentes. Sendo assim, a descompressão é indicada como um tratamento primário dos cistos de origem odontogênica, porém a cirurgia secundária após a descompressão é necessária em lesões císticas agressivas (SILVA, 2015).

O prognóstico dessas lesões costumam ser favoráveis (VAZ, 2010). É de extrema importância a correlação dos achados clínicos microscópicos e imaginológicos que irão auxiliar no diagnóstico definitivo.

O diagnóstico precoce de cistos odontogênicos ainda é um grande desafio para os profissionais da área da odontologia, por se tratar de um grupo de lesões muitas vezes assintomáticas. Diante do exposto, este estudo se propõe a auxiliar, e a esclarecer através de uma revisão da literatura e descrição de um relato de caso, aspectos que possam auxiliar no diagnóstico precoce e tratamento dessas lesões mencionadas.

JUSTIFICATIVA

Atentando para os aspectos mencionados, fundamenta a realização deste caso clínico, visto que as lesões de origem odontogênica apresentam algumas manifestações clínicas e radiográficas semelhantes, necessitando assim de um cuidado maior para o correto diagnóstico dessas lesões. O diagnóstico de lesões de origem odontogênicas é exclusivamente determinados por sua análise anatomopatológica. A razão para iniciar o tratamento imediato das lesões odontogênicas tem como objetivo conservar e preservar as estruturas ósseas e vitalidade dos dentes, já no tratamento tardio, procura-se a conservação das estruturas anatômicas nobres, mesmo observando um contínuo crescimento da lesão que causa a destruição do osso adjacente. Marsupialização e enucleação são as manobras cirúrgicas mais recomendadas neste caso. Perante ao exposto, constata-se que esta proposta de estudo é expressiva e poderá favorecer e colaborar com o desempenho científico.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Relatar um caso clínico de enucleação cirúrgica com associação de dente impactado em paciente com diagnóstico de Cisto Dentífero.

1.2 Objetivos Específicos

- Realizar o diagnóstico diferencial de lesões odontogênicas;
- Avaliar critérios clínicos, radiológicos e histopatológicos da lesão;
- Identificar a melhor conduta para uma segunda cirurgia de exodontia dos elementos dentários envolvidos.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, normosistêmica, exerce atividade de produção de curtume, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Trindade-Goiás apresentando queixa principal de “quero tirar meu dente superior que está mole”. Na anamnese, não foi relatado qualquer tipo de trauma na região que a paciente se queixava. Para realizar o planejamento cirúrgico da exodontia do dente que estava incomodando a paciente, foi solicitado uma radiografia panorâmica. Ao avaliar o exame radiográfico, foi possível observar que havia uma lesão localizada na região de corpo da mandíbula do lado esquerdo, próximo aos pré-molares e molares inferiores.

Naquela ocasião, a paciente optou por não realizar o tratamento da lesão cística e, só voltou novamente ao CEO quando começou a observar um aumento de volume na região onde a lesão se encontrava, o que provocava na paciente uma assimetria facial. No dia 30/01/2020, foi solicitado uma tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) para a equipe planejar a cirurgia de remoção da lesão (Figura 4 e Figura 5).

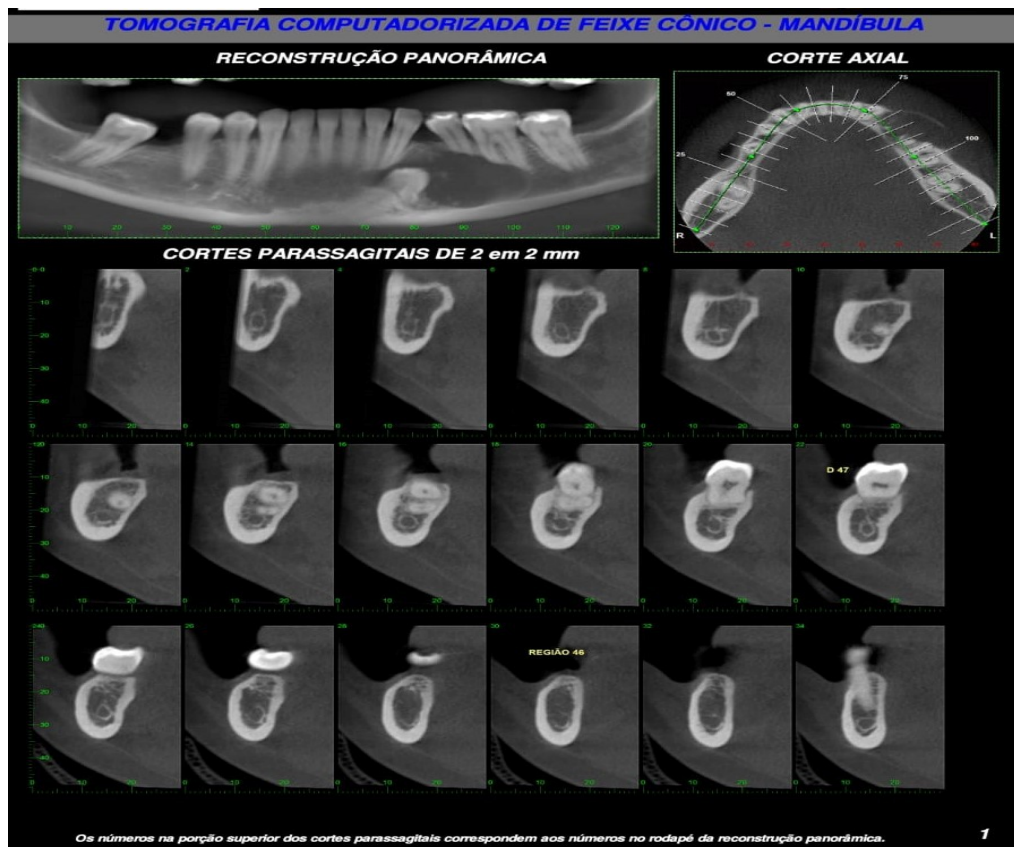


Figura 4. Tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) da mandíbula apresentando uma reconstrução panorâmica e cortes transversais da região da lesão.

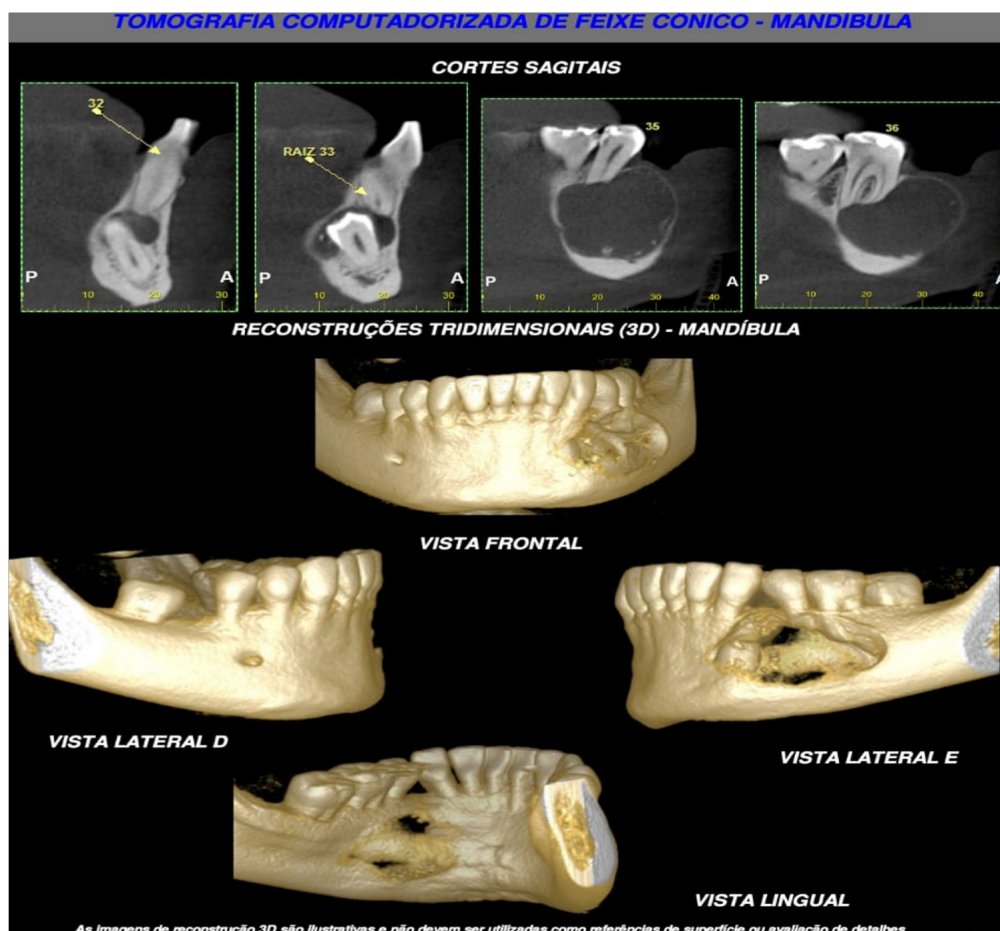


Figura 5. Tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) da mandíbula apresentando uma reconstrução panorâmica e cortes sagitais da região da lesão.

Na tomografia foi possível visualizar uma lesão cística que estava localizada desde a região apical dos dentes 32 estendendo-se até a raiz distal do dente 36. A lesão envolvia toda a coroa do dente 34 que se encontrava impactado, causando reabsorção radicular externa das raízes dos elementos 35 e raiz mesial do dente 36. Em algumas regiões também era possível observar expansão e solução de continuidade na cortical óssea. A correlação dos dados clínicos e imaginológicos possibilitou chegar nas seguintes hipóteses de diagnóstico: cisto dentígero, queratocisto e ameloblastoma.

Para poder fechar o diagnóstico definitivo da lesão, optou-se por realizar a biópsia excisional, ou seja, a técnica cirúrgica de escolha para remoção dessa lesão odontogênica foi a enucleação cirúrgica, juntamente com a remoção do dente associado a lesão.

Inicialmente, manobras de assepsia e antissepsia foram realizadas, logo após, técnica anestésica de bloqueio no nervo alveolar inferior e nervo mentoniano e

infiltrativa local com solução anestésica “Cloridrato de Articaina 4% e Epinefrina 1:100.000” com 3 tubetes. Em seguida, foi feita uma incisão de fundo de vestibulo com bisturi de lâmina número 15c, perpendicular ao tecido, sobre o tecido sadio, evitando estruturas anatômicas nobres, e de extensão suficiente para permitir acesso a lesão sem distender os tecidos. Descolamento realizado com descolador de Molt, usando no início suas extremidades mais finas e, na sequência, a mais larga, mantendo sua parte cortante voltada para o tecido ósseo evitando danos ao periosteio, utilizando o descolador, realizou-se a separação da mucosa bucal com a cápsula da lesão.

Após a incisão foi executada a punção aspirativa com seringa e agulha de alto calibre, onde o resultado foi positivo para a aspiração, obtendo assim um líquido amarelocitrino. Logo, realizada a enucleação cirúrgica do cisto utilizando curetas e descoladores, partindo sempre do tecido ósseo sadio para não perder a referência, após a remoção total da cápsula com auxílio de pinças e gazes, foi realizada a extração dentária do elemento 34 (pré-molar inferior do lado esquerdo) incluso envolvido na lesão, permanecendo os dentes adjacentes com reabsorção radicular, porém sem mobilidade em cavidade bucal, aguardando um segundo momento para avaliação e um novo planejamento cirúrgico, obteve-se êxito mantendo a tábua óssea lingual preservada, e certificando-se que a cavidade encontra-se totalmente livre de lesão através do manejo da loja cirúrgica que é limagem das paredes ósseas para eliminação de espículas, irrigação com soro para remoção de resíduos garantindo a formação de coágulo no local. Sutura realizada com técnica simples, de pontos simples, logo, encaminhado em duas vias as medicações via oral (Novamox 2x 875mg/125mg, 01 comprimido v.o 12 em 12 horas por 07 dias; Dexametasona 4mg 1 comprimido v.o 08 em 08 horas por 03 dias e Dipirona 1g, 01 comprimidos v.o 06 em 06 horas por 03 dias ou se dor), recomendações pós-cirúrgicas foram feitas e por fim o envio da peça para análise histopatológica.

Para melhor resultado de pós-operatório cirúrgico, foi recomendado o uso da laserterapia odontológica local de baixa intensidade para a paciente, o que promoveu alívio das dores, analgesia imediata e temporária, aceleração da cicatrização e reparo de lesões teciduais, diminuição do edema e redução antimicrobiana (Figura 6 e Figura

7).



Figura 6. Imagem fotográfica do transcirúrgico, Na fotografia, observa-se o descolamento do periósteo e exposição da cortical óssea que encontra-se abaulada na região de pré-molares e molares inferiores do lado esquerdo.



Figura 7. Imagem fotográfica do transcirúrgico, Na fotografia, observa-se o acesso a loja cirúrgica após a realização da enucleação.

O laudo do exame anatomopatológico foi conclusivo para cisto odontogênico (Figura 8).

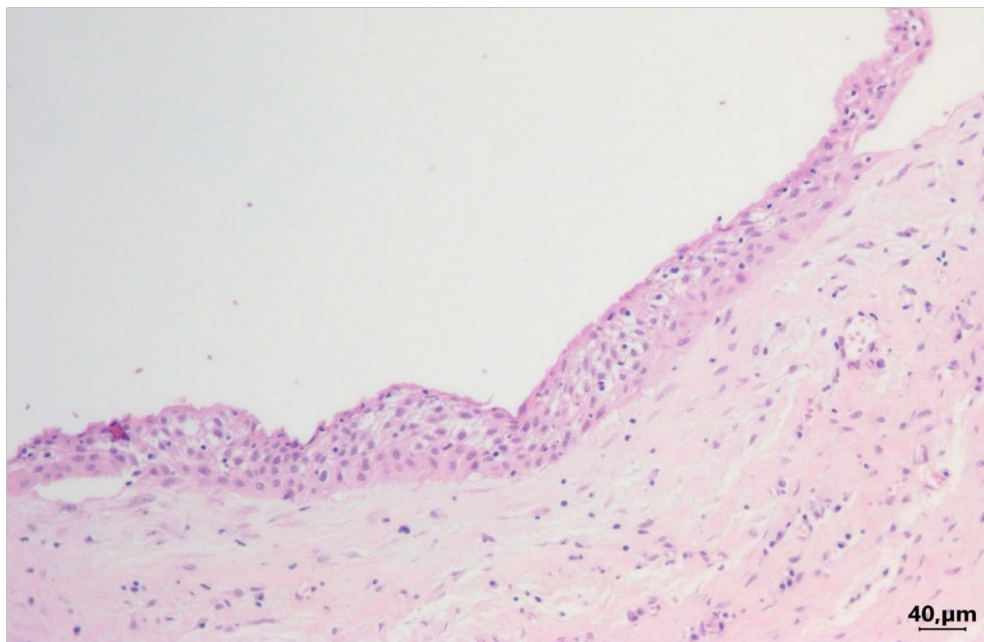


Figura 8. Imagem microscópica evidenciando epitélio estratificado pavimentoso, não queratinizado. Subjacente a este epitélio, pode-se observar um tecido conjuntivo fibroso frouxamente organizado. Nota-se também que a interface entre o epitélio e o tecido conjuntivo é plana. Aumento de 40X.

Após 5 meses da cirurgia, foi solicitado uma radiografia panorâmica do tipo topo para acompanhamento da osseointegração da cavidade (Figura 9).



Figura 9. Radiografia panorâmica do tipo topo. Neste exame radiográfico é possível observar a osseointegração da cavidade que se estende do canino (33) até raiz distal do primeiro molar (36), com extensão inferior em direção a base da mandíbula. Pode ser notado também, a reabsorção ocasionada pelo CD nas raízes dos dentes 35 e 36.

A paciente vem sendo acompanhada em exames de rotina através de uma radiografia panorâmica topo, clinicamente e, está ciente aos planos de tratamento que foram propostos para a sua reabilitação. A princípio, será realizada a exodontia dos elementos dentários 35 e 36 devido a extensa reabsorção radicular a qual esses dentes foram expostos. Tratamento endodôntico do dente 33 por apresentar lesão apical devido o a loja cística e, exodontia das raízes residuais dos dentes 18 e 28. Indicação de Prótese Parcial Removível inferior e superior para devolver a estética, fonética e função mastigatória. Após finalização de toda a reabilitação oral, a paciente será orientada a retornar a Clínica Escola de Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Goyazes - UNIGY semestralmente para acompanhamento da lesão e da saúde bucal.

DISCUSSÃO

O caso acima apresentado, trata-se de um dos cistos odontogênico de desenvolvimento mais frequente nos maxilares, é chamado de cisto dentígero ou cisto folicular. O relato deste caso foi importante para podermos divulgar um cisto que mimetizou um tumor em seu comportamento clínico e nas suas características imaginológicas, ou seja, um cisto dentígero que causou grande destruição óssea, reabsorção radicular em ponta de faca que é bem característico do ameloblastoma.

Este caso exigiu muita atenção por parte da equipe odontológica que foi responsável pelo planejamento e tratamento da paciente, por se tratar de uma lesão extensa envolvendo estruturas nobres como o nervo alveolar inferior. A princípio, sugeriu-se como hipótese de diagnóstico o ameloblastoma, que apesar de ser um tumor odontogênico benigno, tem o comportamento agressivo e possui altas taxas de recidivas. Devido a esses fatores, necessitaria de uma conduta terapêutica mais incisiva e ampla.

Usualmente, o tratamento cirúrgico de escolha para o cisto dentígero é a enucleação, no qual o cisto e todo o seu conteúdo são inteiramente removidos. Este método é preferível quando dentes supranumerários estão envolvidos. Em casos quando se tem dentes não irrompidos associados a lesão, também poderá optar por esta técnica cirúrgica (BILODEAU & COLLINS, 2017). Como desvantagem da enucleação, podemos citar os casos em que temos a presença dentes em brotamento que poderá afetar o germe do dente, especialmente em crianças. Devido a esta condição, a marsupialização é muitas vezes o método de escolha para crianças, pois a perda de botões de dentes permanentes pode ser prevenida (HU, 2011).

Neste estudo, pode-se observar a importância de correlacionar os dados clínicos, imaginológicos com os achados fornecidos pelo laudo anatomopatológico na conclusão e fechamento do diagnóstico definitivo. Os achados do exame sugerem que o diagnóstico foi confirmado pela análise anatomopatológica do espécime removido cirurgicamente. O comportamento pós-operatório destes caso de cisto dentígero, vai de acordo com o que é descrito na literatura. Lembrando que o cisto dentígero é uma lesão de aspecto não recidivante e apresenta um bom prognóstico para o paciente acometido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo fato do cisto dentígero apresentar a segunda maior ocorrência entre os cistos dos maxilares, o cirurgião dentista deve estar apto a realizar o seu diagnóstico, indicar a mais adequada terapia e encaminhar a um especialista quando conveniente, contribuindo para o tratamento precoce e/ou adequado da lesão e consequentemente para a preservação de estruturas anatômicas e dentes adjacentes.

Comparando as imagens radiográficas iniciais e finais, podemos observar uma regressão considerável da lesão após a enucleação cirúrgica do cisto dentígero e do dente impactado. Desta forma, é possível dar início a reabilitação oral da paciente proporcionando maior satisfação e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. **Patologia Oral**, 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas (Série ABENO), 2016.

BILODEAU, E. A.; COLLINS, B. M. Odontogenic Cysts and Neoplasms. **Surg Pathol Clin**, v. 10, n. 1. p. 177-222, 2017.

DOMINGUES, A. M.; GIL, J. N.; CLAUS, J. D. P. Cistos Odontogênicos intra- ósseos: diagnóstico e tratamento. São Paulo: **Santos Editora**, 2007.

EL-NAGGAR, A. K.; CHAN, J. K. C.; GRANDIS, J. R.; TAKATA, T.; SLOOTWEG, P. J. **World Health Organization classification of head and neck tumours**. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017.

HU, Y.H.; CHANG, Y. L.; Tsai, A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 112, p. 5-7, 2011.

KRAMER, I. R. H. Changing views on oral disease. *Proc. R. Soc. Med*, v. 67, p. 271-276, 1974.

LALWANI, A. K. **Current diagnosis and treatment in otolaryngology head and neck surgery**,. 2. ed. New York: McGraw Hill, 2008. Acess in <http://www.accessmedicine.com>

LUNG, K. et al. **Multiple multilocular dentigerous cysts with intra-osseous and extra-osseous third molar displacement**, 2006. Disponível em:

<https://www.oralhealthgroup.com/features/multiple-multilocular-dentigerous-cystswith-intra-osseous-and-extra-osseous-third-molar-displacemen/>

MOURSHED F. A Roentgenographic Study of Dentigerous Cysts: 1. Incidence in a Population Sample. **Oral Surg Oral Med Oral Phatol**, v. 18, n. 1, p. 47-53, 1964.

NAYYER, N. V.; MACCLUSKEY, M.; Keys, W. Odontogenic Cysts - An Overview. **Dent Update**, v. 42, n. 6, p. 548-551, 2015.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 113-118.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia Oral: Correlações Clinicopatológicas**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SILVA, C. E. X. S.; FRAREL, J. G.; CERRIL, A. Cisto dentígero de grandes dimensões: acesso intraoral e reabilitação. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v. 69, n. 4, p. 345-349, 2015.

VAZ, L. G. M.; RODRIGUES, M. T. V.; JÚNIOR, O. F. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 58, n. 1, p. 127-130, 2010.

ANEXOS

Atalaia
MEDICINA DIAGNÓSTICA

7623.0005.8901

Dr(a) [REDACTED]

DN: 12/12/1985 (34 Anos)
SEXO: Feminino
Telefone:

PELM

[Barcode]

Exame	Resultado	Valor de Referência
Data de Coleta/Recebimento: 28/10/2020		Hora Aproximada: 14:51 BAT

Anátomo Patológico
(Código de Ordenação: PV-20-96562)

(Método: Coloração por Hematocolor e Eosina)

Relatório Macroscópico:

Material representado por estrutura cística recebida róta, que mede 3,0x2,0x0,2 cm, constituída por tecido castanho-esbranquiçado, heterogêneo e firme e elástico. Aos cortes é desprovido de conteúdo, e parede medindo 0,1 cm. Todo o material foi submetido a estudo histológico 1 B/ 4 F.

Relatório Microscópico:

Cortes histológicos representativos de lesão cística revestida internamente por epitélio do tipo escamoso estratificado, por vezes ceratinizado. A parede do cisto é fibrosa, com leve infiltrado linfoplasmocitário. Não há sinais de malignidade.

Diagnóstico:

- Mandíbula, ressecção de lesão:
- Compatível com cisto odontogênico.
- Não há critérios para o diagnóstico de ameloblastoma nesta amostra.

Exame analisado por: Dr. [REDACTED]

Exame analisado por: Dra. [REDACTED]

Liberado por: Dr. [REDACTED]

Responsável: Dr. [REDACTED]

Locais de execução dos exames:

- DASA - Avenida Juruá, 434 - Barueri, SP (1): Anátomo Patológico

(1) Laboratório Acreditado pelo Colégio Americano de Patologistas-CAP-número 6950201

Atendimento ao Cliente : (12) 4104 9860

LABORATORIOATALAIA

LABORATORIOATALAIA

WWW.ATALAIA.COM.BR

PG 1 de 1

Figura 10. Laudo Anatomopatológico do espécime enviado ao patologista. (Figura 10).



Figura 11. 1ª Sessão de **Laserterapia Odontológica** de Baixa Intensidade L1 (Figura 11).