

# TRATAMENTO ALTERNATIVO NÃO CIRÚRGICO DE CISTO DENTÍGERO EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

## NO SURGICAL ALTERNATIVE TREATMENT OF DENTIGEROUS CYST IN CHILD: CASE REPORT

Cláudia M.S. Peruchi\*  
 Emílio Barbosa e Silva\*\*  
 Maria Cristina Borsatto\*\*\*  
 Luiz Carlos Pardini\*\*\*\*  
 Lúcio Celso Gosuen\*\*\*\*\*

### RESUMO

O cisto dentífero é um tipo de cisto odontogênico que freqüentemente ocorre em jovens, podendo atingir tamanho considerável. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de cisto dentífero em criança, seu tratamento alternativo não cirúrgico e acompanhamento.

### UNITERMOS

Tratamento alternativo, cisto dentífero, criança

### SUMMARY

*The dentigerous cyst is an odontogenic cyst. It is common in young people and can reach a considerable size. The aim of this study is to describe a clinical case of dentigerous cyst in a child, its alternative treatment no surgical, and follow-up.*

### UNITERMS

Alternative treatment, dentigerous cyst, child

### INTRODUÇÃO

Cisto é definido como uma cavidade patológica revestida por epitélio contendo geralmente em seu interior material líquido ou semi-sólido<sup>14</sup>.

O diagnóstico de qualquer cisto odontogênico e sua identificação exata quanto ao tipo depende do estudo cuidadoso dos achados clínicos e radiográficos, associado ao exame microscópico do tecido<sup>14</sup>.

A etiologia do cisto dentífero permanece desconhecida, porém BENN & ALTINI<sup>5</sup>, 1986, acreditam que seu desenvolvimento é originário de um folículo dental. Assim, ele se inicia após a formação completa da coroa dentária, pelo acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente<sup>7,8,12,14</sup>. Uma outra explicação alternativa ou adicional para a etiologia do cisto dentífero é a de que pode originar-se, inicialmente, pela proliferação de um processo inflamatório localizado nas raízes de um dente decíduo não vital<sup>13</sup>. Esta

inflamação estimula a proliferação do epitélio reduzido do esmalte dando origem ao cisto dentífero, que segundo KESZLER & DOMINGUEZ<sup>10</sup> (1990) deve receber a denominação de cisto dentífero folicular inflamatório.

Em geral, o diagnóstico do cisto dentífero é fácil de se estabelecer por meio de radiografias, embora nem sempre isto seja possível<sup>14</sup>. A atividade metabólica do seu revestimento cístico é baixa, e a destruição óssea ocorre como uma consequência da reabsorção resultante da alta pressão do fluido interno do cisto<sup>7</sup>.

O cisto dentífero pode ocorrer com maior frequência na mandíbula, durante a primeira década de vida, sendo mais comum no sexo masculino que no feminino, e de localização mais frequente nos terceiros molares superiores e inferiores, caninos superiores, segundos pré-molares superiores, segundos molares superiores, incisivos centrais superiores e dentes supranumerários, consecutivamente<sup>7</sup>.

O tratamento preconizado por SHAFER et al. (1983)<sup>14</sup>, BOYCZUK et al. (1995)<sup>6</sup> e ALDAMA (1988)<sup>3</sup> para os cistos dentíferos é o cirúrgico radical em razão de seu alto potencial de transformação em ameloblastoma. Já BENN & ALTINI (1996)<sup>5</sup>, PINTO (1972)<sup>13</sup>, AZAZ & SHTEZER (1973)<sup>4</sup>, KUSUKAWA et al. (1992)<sup>11</sup> preconizam a técnica da marsupialização por ser uma técnica menos radical, na qual o dente permanente envolvido é preservado, permitindo a sua erupção.

FREEDMAN<sup>9</sup>, 1988, preconiza a realização da drenagem cística no tratamento de cistos dentíferos em pacientes jovens, evitando assim o procedimento cirúrgico, o qual, além de não comprometer o germe do dente permanente, permitirá a erupção do permanente comprometido.

A proposta deste trabalho é relatar o tratamento alternativo de cisto dentífero de origem inflamatória por meio de drenagem cística via canais radiculares. Este ocorreu em uma crian-

\*Especialista em Odontopediatria pela FORP-USP. Mestre em Odontopediatria pela FOAr-UNESP-Araraquara.

\*\*Especialista em Periodontia pela FOA - UNESP-Araçatuba. Mestre em Periodontia pela FOAr-UNESP-Araraquara.

\*\*\*Prof. Dr. da disciplina de Odontopediatria da FORP-USP.

\*\*\*\*Prof. Dr. da disciplina de Diagnóstico Bucal da FORP-USP.

\*\*\*\*\*Prof. Dr. aposentado da disciplina de Cirurgia Bucal da FORP-USP.

ça classificada como não colaboradora ao tratamento odontológico, o que dificultaria ou impossibilitaria qualquer tratamento mais invasivo como a marsupialização ou enucleação.

## RELATO DO CASO

Paciente A.S.M., 08 anos de idade, sexo feminino, cor negra, brasileira, compareceu à Clínica de Odontopediatria do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), com queixa de dor, assimetria facial e tumefação inferior do lado direito correspondente à região de segundo molar decíduo (85).

A paciente apresentou-se extremamente amedrontada e arredia ao tratamento. A mãe, em virtude do quadro apresentado pela criança, apresentou-se ansiosa e apreensiva e relatou que há algum tempo a criança tinha se queixado de dor aguda no dente 85, e que ele tinha sido tratado no Posto de Saúde Municipal. Desde então, a criança não mais relatou sintomatologia até aquele momento, porém vinha se queixando de dor na região há três dias.

No exame físico e anamnese observou-se uma criança debilitada, no entanto com história médica negativa à doença sistêmica.

O exame à palpação na cavidade bucal revelou uma grande destruição óssea no hemi arco inferior direito, revelando, com a pressão digital, uma depressão na tábua óssea vestibular. No exame clínico foi verificado que o dente 85 tinha sofrido um tratamento endodôntico conservador, do tipo pulpotomia, realizada com o medicamento formocresol, apresentando uma restauração de amálgama satisfatória. O exame radiográfico periapical demonstrou uma grande área radiolúcida homogênea acima da coroa do germe do dente permanente 45 (Figura 1). A radiografia oclusal mostrou um espessamento da tábua óssea vestibular no ramo da mandíbula na região comprometida, e a radiografia panorâmica revelou um deslocamento, em direção ao ramo mandibular, do germe dentário do 45, apresentando leve atraso de desenvolvimento radicular. É importante salientar que a borda alveolar inferior mandibular apresentava-se fragilizada em virtude da

grande destruição óssea (Figura 2).

Após a realização do exame clínico e radiográfico, o diagnóstico foi dado como cisto dentífero de origem inflamatória relacionado ao segundo pré-molar inferior permanente (45).

Após revistas as opções de tratamento frente ao quadro clínico e radiográfico, e levando-se em consideração que a criança era não colaboradora, optou-se pela drenagem cística por meio da abertura do dente (85). Foi então removida a restauração de amálgama e a pulpotomia formocresol. Em seguida, com lima endodôntica, realizou-se a penetração nos canais a fim de que a membrana cística fosse rompida e o líquido cístico pudesse fluir pelos canais, resultando na descompressão da cavidade cística (Figura 3).

Com a realização da drenagem, fluíu pelos canais radiculares um líquido de consistência aquosa, amarelo-esbranquiçado, fino e com pouco sangue. Para o diagnóstico definitivo de cisto dentífero, este líquido foi colocado contra a luz e pôde-se observar, então, a presença de cristais de colesterol presente, confirmando o nosso diagnóstico inicial.

Foi realizada, após a drenagem, irrigação abundante, via canal endodôntico da cavidade cística, com solução de soro fisiológico seguida de aspiração do líquido, a fim de que fosse proporcionada a descompressão da cavidade e, conseqüentemente, ocorresse a neoformação óssea. Com este tratamento, o germe do dente permanente ficou preservado, além de permitir a sua formação radicular, uma vez que a pressão da cavidade cística estava deslocando-o para uma posição mais inferior no corpo da mandíbula e atrasando o seu desenvolvimento radicular (Figura 4).

Juntamente com o tratamento do cisto foi realizado o tratamento dos demais dentes, tais como restaurações e selantes.

Deve-se ressaltar neste caso que, inicialmente, este tratamento foi realizado sob isolamento relativo, obtendo-se desta forma o condicionamento e posterior colaboração da criança. Essa drenagem cística via dente, que consistia de aspiração e irrigação com soro fisiológico dos canais radiculares, foi realizada três vezes por semana nos primeiros quinze dias e, após esse período, foi realizada semanalmente até a



Figura 1. Radiografia periapical inicial



Figura 2. Radiografia panorâmica inicial



Figura 3. Radiografia periapical demonstrando a perfuração da membrana cística



Figura 4. Radiografia periapical após 15 dias de tratamento

verificação da erupção natural do 45, o que se deu em um mês.

Após o primeiro mês, optou-se pelo emprego do isolamento absoluto para evitar possível contaminação da cavidade cística, o que foi realizado com o consentimento da paciente.

O acompanhamento radiográfico per-



Figura 5. Radiografia periapical após 45 dias de tratamento



Figura 6. Radiografia periapical após 90 dias de tratamento



Figura 7. Radiografia periapical após 120 dias de tratamento



Figura 8. Radiografia periapical após 160 dias de tratamento



Figura 9. Radiografia periapical após 4 anos de tratamento

mitiu verificar a descompressão cística e o desenvolvimento da raiz do dente 45, ressaltando que as radiografias eram realizadas utilizando o posicionador de filme para tomadas radiográficas periapicais.

Após cada irrigação e aspiração do líquido, uma bolinha de algodão na câmara pulpar era colocada, seguida de uma restauração provisória com óxido de zinco e eugenol.

O controle clínico e radiográfico foi realizado em intervalos de 30 a 45 dias durante um ano. Neste período foi verificada a regressão do cisto com

neoformação óssea (Figuras 5, 6, 7).

Quando o dente 45 apresentava-se no estágio 7 de NOLLA, realizou-se a extração do dente decíduo 85, permitindo assim a sua completa erupção (Figura 8).

A paciente passou a ser controlada, radiograficamente, por mais três anos, para verificar a possível recidiva e formação de ameloblastoma, sem qualquer sinal patológico (Figura 9).

## DISCUSSÃO

O diagnóstico do cisto dentífero pode ser realizado por meio de exame clínico e radiográfico associado ao exame microscópico. Para SHAFER et al. (1983)<sup>14</sup>, e ALDAMA (1988)<sup>1</sup>, não existem aspectos microscópicos característicos que possam ser usados com segurança para distinguir o cisto dentífero dos outros tipos de cistos odontogênicos. Para estes autores, o conteúdo do cisto dentífero é um líquido de coloração amarelo a amarelado sanguinolento, em que pode haver cristais de colesterol e material purulento, se houver infecção. Em nosso caso o líquido drenado dos canais radiculares do dente decíduo, trepanado também, apresentou colora-

ção amarelada, presença de sangue e cristais de colesterol que serviram como meio de diagnóstico.

O cisto dentífero é potencialmente capaz de se transformar em lesão agressiva, como ameloblastoma<sup>7,14</sup>. Ele também pode provocar seqüelas em razão do aumento de seu volume e consequente compressão contra os tecidos adjacentes, tais como expansão do osso resultando em assimetria facial, deslocamento extremo dos dentes, reabsorção extensa das raízes dos dentes adjacentes, além de dor e deslocamento do germe dentário, comprimindo-o para a borda inferior da mandíbula. Os achados clínicos e radiográficos, no nosso caso, comprovaram o deslocamento do germe do segundo pré-molar inferior (45) em direção a borda inferior da mandíbula, uma grande destruição óssea mandibular que poderia levar à fratura patológica, assimetria facial e dor, além de um atraso no desenvolvimento do germe do dente permanente afetado (45), caso não fosse tratado. Neste caso, o cisto somente foi descoberto em razão da dor e da assimetria facial que assustou os pais.

A etiologia do cisto dentífero é controversa. AZAZ & SHTEYER (1973)<sup>4</sup>, sugerem que a prolongada e persistente inflamação periapical causa uma irritação crônica no folículo do 2º pré-molar que pode provocar e acelerar a formação do cisto dentífero ao redor do dente.

Para ABRAMS et al. (1992)<sup>1</sup>, o uso do medicamento formocresol, em tratamento endodôntico conservador, pode causar uma resposta inflamatória no tecido periradicular devido a sua propriedade de fixação de tecido.

SHAW & SMITH (1980)<sup>15</sup>, acreditam que a formação do cisto dentífero está relacionada mais com a presença de um processo inflamatório do dente decíduo, do que com a terapia pulpar em si. O processo inflamatório, então, progride para o tecido folicular do germe do dente permanente dando início ao processo cístico. Para BOYCZUK & BERGER (1995)<sup>6</sup>, o processo inflamatório do dente decíduo explica porque os cistos dentíferos estão mais associados aos dentes permanentes.

WILLARD (1976)<sup>16</sup>, verificou que a alteração do periápice pode não ser

provocada pelo formocresol, mas pela associação deste com a inflamação existente em dentes não vitais.

Já KESZLER & DOMINGUEZ (1990)<sup>10</sup>, não observaram diferença significativa entre o epitélio do cisto dentífero associado ou não ao formocresol, o que prova não ser este o responsável pela alteração epitelial. No entanto, BENN & ALTINI (1996)<sup>5</sup>, consideram o exsudato inflamatório o causador da separação do epitélio reduzido do esmalte da coroa, resultando assim na formação do cisto dentífero.

Apesar da controvérsia existente em torno da etiologia do cisto dentífero inflamatório, acreditamos que, no caso relatado, a formação do cisto foi causada pelo tratamento endodôntico com o medicamento de formocresol. Este medicamento não foi suficiente para debelar a infecção e a inflamação presente, permitindo a sua progressão para o germe dentário.

Segundo BENN & ALTINI (1996)<sup>5</sup>, o aspecto radiográfico do cisto dentífero apresenta-se como uma lesão radiolúcida ao redor da coroa do dente não erupcionado, com aparência unilocular bem definida, com deslocamento do dente permanente e formação radicular comprometida. Corroboramos com os achados desses autores quanto à descrição clínica e radiográfica.

O tratamento do cisto dentífero depende da extensão da lesão (SHAFER et al. 1983)<sup>14</sup>. As lesões menores são removidas cirurgicamente em sua totalidade, sem grande dificuldade. Os cistos maiores, que envolvem extensa perda óssea e adelgaçamento ósseo perigoso, são tratados freqüentemente pela inserção de um dreno cirúrgico ou marsupialização<sup>7,14</sup>. Para esses autores, esta técnica alivia a pressão, causando a redução gradual do espaço cístico pela aposição periférica de novo osso. Este procedimento é recomendado por per-

mitir a manutenção do dente permanente em desenvolvimento.

Já ALDAMA (1988)<sup>3</sup>, preconiza a remoção total da cápsula cística devido a possibilidade de transformação desta em um ameloblastoma. No entanto, FREEDMAN (1988)<sup>9</sup>, sugere a realização da drenagem do conteúdo cístico como uma tentativa de tratamento, antes da remoção completa do cisto. Ele observou a automarsupialização da parede cística pelo seu desaparecimento radiográfico devido ao potencial regenerador de pacientes jovens.

Instituímos o tratamento de drenagem cística via canais radiculares, permitindo que o dente decíduo permanecesse na cavidade bucal e, desta forma, apresentando a função de dreno para a descompressão cística, além de manter a função mastigatória e o espaço dentário. Por meio deste tratamento, observamos a completa descompressão do cisto, além da erupção do dente permanente afetado, o que nos assegurou o sucesso do tratamento. Corroborando com FREEDMAN (1988)<sup>9</sup>, podemos dizer, neste caso, que ocorreu a automarsupialização da cavidade cística, em virtude da erupção do dente permanente e desaparecimento total do cisto dentífero.

O tratamento instituído foi realizado com a finalidade de se evitar um tratamento cirúrgico radical, que poderia comprometer o germe do dente permanente e fraturar a mandíbula. Esta se encontrava muito delgada devido a volumosa cavidade cística associada à grande perda óssea vestibular. A marsupialização não foi o tratamento escolhido, em razão da falta de colaboração do paciente, necessária para a sua realização, e da necessidade de intervenção imediata. Optamos pelo tratamento alternativo de drenagem cística via canais radiculares, o qual se mostrou adequado para o caso em questão,

além de proporcionar o condicionamento da criança durante as sessões de drenagem, obtendo-se assim resposta positiva da mesma ao final do tratamento. Assim, os retornos para descompressão não foram inconvenientes, uma vez que serviram como sessões de condicionamento.

É válido enfatizar que o processo de descompressão cística foi controlado por meio de radiografias periapicais, tomadas com auxílio de posicionador. Isso nos permitiu comparar as radiografias, verificando o sucesso do tratamento.

Queremos deixar claro que este tratamento foi uma opção alternativa frente ao quadro de urgência, estado físico e psicológico da criança e da fragilidade mandibular. Este tratamento não substitui a técnica de tratamento convencional por meio da enucleação e marsupialização, mas se constitui em mais uma possibilidade de sucesso para o tratamento alternativo de cisto dentífero em pacientes infantis não colaboradores. Ainda, pela sua técnica simples, barata e de fácil aceitação pela criança, pode ser realizado em serviço odontológico de Saúde Pública.

## CONCLUSÃO

- 1- O tratamento do cisto dentífero depende do tamanho de sua lesão.
- 2- Uma técnica mais conservadora, como a descompressão ou a marsupialização, deve ser utilizada, quando a enucleação não for recomendada.
- 3- O tratamento de descompressão cística descrito pode ser uma alternativa no tratamento imediato do cisto dentífero em crianças não colaboradoras, por ser uma técnica simples, barata, e com maior aceitação pela criança.
- 4- Deve ser feita, em todos os casos de cisto dentífero, uma preservação clínica e radiográfica periódica, evitando complicações para o paciente, bem como para o profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- ABRAMS, H.; CUNNINGHAM, C.J.; LEE, S.B. Periodontal changes following coronal/root perforation and formocresol pulpotomy. *J. Endod.*, v. 18, n.8, p. 399-402, Aug. 1992.  
2- AGUILÓ, L.; GANDÍA, J.L. Dentigerous cyst

of mandibular second premolar in a five-year-old girl, related to a non-vital primary molar removed one year earlier: a case report. *J. Clin. Pediatric Dent.*, v. 22, p. 155-158, 1998.  
3- ALDAMA, J. S. Quiste dentigero.- presentacion

de un caso poco frecuente. *Rev. Cubana Estomatol.*, v. 25, n. 3, p.81-85, set./dic. 1988.  
4- AZAZ, B.; SHTEYER, A. Dentigerous cysts associated with second mandibular bicuspids in children: Report of five cases. *J. Dent. Child.*, v.

40, p. 29-31, Jan./Feb. 1973.

5- BENN, A.; ALTINI, M. Dentigerous cysts of inflammatory origin. A clinicopathologic study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 81, n. 2, p. 203-209, Feb. 1996.

6- BOYCZUK, M.P., BERGER, J.R., LAZOW, S.K. Identifying a deciduous dentigerous cyst. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 126, p. 643-644, May 1995.

7- CHASE, W. R., CLAYMAN, L. The dentigerous cyst: diagnosis and treatment. *J. Mich. Dent. Assoc.*, v. 71, n. 1, p. 23-26, Jan. 1989.

8- CRANIN, N., MADAN, S., FAYANS, E. Novel method of treating large cysts of jaws in children.

*N. Y. S. Dent. J.*, p. 41-44, Feb. 1994.

9- FREEDMAN, G.L. A disappearing dentigerous cyst: report of a case. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 46, p. 885-886, 1988.

10- KESZLER, A., DOMINGUEZ, F.V. Histomorfometria de quistes dentigeros en niños, asociados o no con formocresol. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.*, v. 78, n. IV, p. 214-217, oct./dic. 1990.

11- KUSUKAWA, J. *et al.* Dentigerous cyst associated with a deciduous tooth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 73, n. 4, p. 415-418, Apr. 1995.

12- LICEAGA, C. J. E.; OVALL, J.W. C.; SAHAGUN, I.P. Quiste dentígero. Revisión de la

literatura e informe de un caso. *Pract. Odontol.*, v. 10, n. 7, p. 13-18, jul. 1989.

13- PINTO, C.T. Quisto dentígero - evolução de un caso. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 26, p. 129-134, 1972.

14- SHAFER, W.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. *A textbook of oral pathology*. 4. ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1983. p. 271-273.

15- SHAW, W.; SMITH, H. F. Inflammatory follicular cysts. *J. Dent. Child.*, v. 47, p. 97-101, 1980.

16- WILLARD, R.M. Radiographic changes following formocresol pulpotomy in primary molars. *J. Dent. Child.*, v. 43, p. 414-415, Nov./Dec. 1976.



## CLÍNICA DE ORTODONTIA MARTINS

Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares  
(adultos e crianças)

### Dr. Aldemiro Nunes Martins

ESPECIALISTA EM ORTODONTIA E ORTOPIEDIA FACIAL - CRO 3905  
PROFESSOR CONVIDADO CURSO ORTODONTIA UFPR

Rua 15 nº 1738, Setor Marista - Goiânia - GO  
Telefax: (062) 281-8280 - E-mail: draldemiro@cultura.com.br

## ENDODONTIA E CIRURGIA PARENDODÔNTICA

### Dr. João Batista Teixeira

CRO-0426

ESPECIALISTA EM ENDODONTIA  
PELA ABO-D.F.

Rua 10 nº 220 - Centro (CLIMOP) Goiânia-GO

Tels. (62) 223-0361 / 223-0211

e-mail: josoteixeira@bol.com.br