



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ODONTOLOGIA / PÓS-GRADUAÇÃO
RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL**

VILSON ROCHA CORTEZ TELES DE ALENCAR

**TRATAMENTO DE CISTO DENTÍGERO EM PACIENTES
PEDIÁTRICOS: RELATO DE DOIS CASOS**

Dentigerous cyst treatment in pediatric patients: two cases report

**SALVADOR
2014**

VILSON ROCHA CORTEZ TELES DE ALENCAR

TRATAMENTO DE CISTO DENTÍGERO EM PACIENTES

PEDIÁTRICOS: RELATO DE DOIS CASOS

Dentigerous cyst treatment in pediatric patients: two cases report

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Secretaria de Pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do título de Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Bastos Pereira Junior.

**SALVADOR
2014**

DEDICATÓRIA

Dedico essa obra àqueles que mais se abnegaram com minha ausência, enquanto marido e pai, durante esse período.

À minha querida e amada esposa, Inês. Desculpe não estar presente sempre que você precisou.

Ao meu amado e único filho, Victor. Perdão por não poder participar de seu crescimento e educação, por não poder te amparar quando você precisou, por não poder estar presente em momentos únicos do seu crescimento e desenvolvimento por quase três dos seus primeiros anos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar saúde física e mental para resistir e superar todos os desafios.

Aos meus preceptores, por se dedicarem de forma completa e permitirem, não somente minha formação profissional, mas também meu crescimento como ser humano.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que deu todo o suporte técnico-científico e de infraestrutura necessários para uma formação de excelente qualidade.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, órgão responsável por manter a bolsa de estudo que ajudou na minha formação.

Aos meus sogros, meus segundos pais. Sem vocês, sem seu apoio, nada poderia ser possível.

Aos meus pais, por me educarem e por fomentarem todos os bons princípios, sem os quais não poderia existir enquanto homem de bem. Devo tudo a vocês.

E, finalmente, à minha esposa e meu filho. Por sua compreensão, suporte e força. Você é única e impossível de ser comparada a qualquer outra mulher enquanto esposa e, principalmente, enquanto mãe. Sua dedicação é algo que me inspira e me faz acreditar sempre em nossa família.

EPÍGAFRE

**“Você nunca sabe a força que tem, até que sua única alternativa
é ser forte”**

Johnny Depp

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 RELATO DE CASOS	11
3 DISCUSSÃO	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	

ANEXOS

ANEXO 1 – Termos de consentimento dos pacientes

ANEXO 2 – Laudo histopatológico do caso 1

ANEXO 3 – Laudo histopatológico do caso 2

ANEXO 4 – Normas da Revista Bahiana de Odontologia

RESUMO

O cisto dentífero é um cisto odontogênico de desenvolvimento que ocorre quando existe acúmulo de fluido entre o epitélio reduzido do órgão esmalte e a coroa de um dente incluso e ou impactado. Existem relatos de uma variável inflamatória que ocorre principalmente na dentição mista. A importância clínica do acometimento do cisto dentífero em crianças se deve, principalmente, à necessidade de preservação de estruturas adjacentes, como germes de dentes permanentes, que devem ter sua erupção favorecida, permitindo o correto posicionamento na arcada dentária. Para o tratamento adequado do cisto dentífero, uma abordagem cirúrgica mais conservadora deve ser considerada para que seja possível o reestabelecimento da função e morfologia natural do sistema estomatognático, que ainda se encontra em desenvolvimento. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de cistos dentíferos em crianças, enfocando o diagnóstico diferencial e as vantagens e desvantagens das técnicas cirúrgicas empregadas como tratamento. O emprego da marsupialização e enucleação permitiram que, além do tratamento definitivo das lesões císticas, ocorresse o desenvolvimento adequado das estruturas orais e maxilofaciais, preservando as funções estomatognáticas.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Dentífero; Descompressão; Criança.

ABSTRACT

A dentigerous cyst is a developmental odontogenic cyst associated with the crown of an unerupted or partially erupted tooth. The cyst cavity is lined by epithelial cells derived from the reduced enamel epithelium of the tooth forming organ and it has been suggested that the pressure exerted by an erupting tooth on the follicle may obstruct venous flow inducing accumulation of exudate between the reduced enamel epithelium and the tooth crown. There are reports of an inflammatory variable, which occurs mainly in the mixed dentition. The clinical relevance of the dentigerous cyst in children is mainly due to the need of preservation of adjacent structures, particularly the developing permanent teeth. Their eruption process should be facilitated to promote their correct position in the dental arch. The conservative surgical approach is the best treatment option for the dentigerous cyst in children because allows the reestablishment of the normal morphology and function of the stomatognathic system, which is still under development in pediatric patients. The objective of this study is to report two cases of dentigerous cysts in children, focusing on differential diagnosis and the advantages and disadvantages of surgical techniques. Marsupialization and enucleation were the treatment of choice because allowed the correct development of the oral and maxillofacial structures, preserving stomatognathic function in these patients.

KEY WORDS: Dentigerous Cyst; Decompression; Child.

1. INTRODUÇÃO

O cisto dentígero é definido como um cisto odontogênico de desenvolvimento, cuja a patogênese ainda não é claramente conhecida. Acredita-se que é originado a partir folículo dentário, onde ocorre proliferação epitelial em torno de uma cavidade preenchida por líquido, o que leva o folículo a se expandir, com crescimento contínuo por pressão osmótica durante um extenso período de tempo. Também é proposto que um estímulo inflamatório apical advindo de um dente decíduo desvitalizado pode estimular o desenvolvimento do cisto a partir do folículo dentário do dente permanente.^{1,2,3}

Dos cistos odontogênicos, o cisto dentígero pode ser considerado o segundo mais prevalente nos maxilares (14% a 20%) depois do cisto radicular.¹ A incidência desta patologia em crianças tem sido reportada como relativamente baixa, variando entre 4% e 9% dos cistos dentígeros.^{2,3}

O cisto dentígero acomete principalmente os terceiros molares mandibulares, seguidos pelos caninos maxilares e terceiros molares maxilares, e, ocasionalmente, pode estar associado à supranumerários e odontomas. São mais observados na terceira e quarta décadas de vida.¹

Na literatura, pode-se encontrar com frequência referências a um subtipo que apresenta um fator inflamatório envolvido na patogênese desse cisto, com fator se originando em unidades dentárias desvitalizadas. Essa ocorrência é notada principalmente durante o período de vida em que a dentição mista está presente, com o estímulo inflamatório originado de dentes decíduos desvitalizados, acometendo o folículo dentário do dente permanente subjacente. Esse subtipo inflamatório, pode ser denominado como cisto dentígero inflamatório.^{3,4}

O cisto dentígero apresenta características clínicas e radiográficas bem estabelecidas. Em seu estágio inicial, normalmente, não causa sintomas dolorosos nem alterações perceptíveis ao exame extraoral, e é, geralmente, detectado quando da investigação do atraso da erupção dentária.^{1,3,4,5,6} Alguns cistos, quando se desenvolvem por longos períodos de tempo sem serem diagnosticados, podem alcançar dimensões extensas o suficiente para causarem enfraquecimento do osso de suporte, expansão de cortical, perda de profundidade de vestibulo, assimetria facial e leve sensibilidade.^{1,3,4}

Radiograficamente se apresenta como uma lesão radiolúcida, unilocular, osteolítica, de bordos bem definidos e envolvendo a coroa de um dente não irrompido.^{1,3,4}

Histologicamente, o cisto dentígero consiste de uma parede fibrosa recoberta por epitélio escamoso estratificado não-ceratinizado, que pode apresentar infiltrado inflamatório, de tecido

mixóide, remanescentes odontogênicos e, raramente, células sebáceas.³

Por meio dos exames clínico e radiográfico não é possível se chegar ao diagnóstico definitivo, devendo ser feita uma punção aspirativa para a confirmação de presença de líquido cístico no interior da lesão, que além da análise macroscópica, também pode ser submetido a análise patológica. A punção aspirativa deve ser realizada quando houver necessidade de diferenciar a lesão de um tumor, ou ainda de uma lesão vascular intraóssea. Uma biópsia deve ser realizada, e esta pode ser, excisional ou incisional. A biópsia excisional está normalmente indicada para lesões de dimensões reduzidas, pois esse procedimento quando indicado e executado com critério, evita danos indesejáveis às estruturas adjacentes, além permitir o estudo da lesão como um todo, e ser o tratamento definitivo para a lesão cística. A biópsia incisional tem indicação para lesões de grande volume, que além de se relacionarem com estruturas adjacentes e, causarem enfraquecimento ósseo devido ao seu volume, devem ter seu diagnóstico diferencial considerado para outras patologias mais agressivas, como ameloblastoma unicístico e tumor odontogênico ceratocístico, as quais exigem tratamento mais agressivo, como a ressecção segmentar.^{1,3} Por meio de estudo histopatológico, aliado aos aspectos clínicos e radiográficos da lesão, pode se alcançar o diagnóstico conclusivo.¹

Aspectos clínicos como expansão das corticais ósseas, perda de profundidade do vestibulo oral e assimetria extraoral associados a aspectos radiográficos de imagem radiolúcida unilocular bem delimitada envolvendo a coroa de um dente permanente devem ser considerados no diagnóstico diferencial, principalmente, do tumor odontogênico ceratocístico e do ameloblastoma unicístico.^{1,3} Uma ocorrência muito rara, mas reportada na literatura, é o desenvolvimento de neoplasmas malignos associados ao cisto dentígero e a transformação maligna a partir deste (2 a 3% de todos os carcinomas mucoepidermóides e de 0,1% a 0,2% para o carcinoma de células escamosas).^{5,7,8,9,10,11}

O tratamento para o cisto dentígero é cirúrgico, e, classicamente, é empregada a enucleação da lesão e extração do dente envolvido. Essa técnica consiste no destacamento e remoção completa da cápsula cística através de acesso cirúrgico direto à lesão, o que normalmente leva a extração do dente que tem a coroa envolvida por esta cápsula. É usualmente empregada quando da ocorrência do cisto dentígero associado a terceiros molares, dentes supranumerários e odontomas. A marsupialização e a descompressão são técnicas cirúrgicas similares entre si e baseiam-se na criação de uma comunicação entre o meio intralesional e o meio bucal para alívio da pressão intracapsular, levando à diminuição das dimensões da lesão e favorecendo o reparo ósseo. A

diferença básica entre elas é, que, na descompressão um dispositivo é instalado o qual deve ser mantido por duas a três semanas mantendo patente a comunicação entre os meios, e na marsupialização a comunicação entre os meios intralesional e oral, é mantida por meio de suturas entre a mucosa oral e a cápsula cística, feitas ao longo da borda da ferida cirúrgica, também mantidas por duas a três semanas. Fatores como localização, extensão, idade do paciente e envolvimento de estruturas adjacentes devem ser considerados para o emprego da conduta mais adequada.^{1,3,9,10,11,12,13}

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de cistos dentígeros em crianças, enfocando o diagnóstico diferencial e as vantagens e desvantagens das técnicas cirúrgicas empregadas como tratamento.

2. RELATO DOS CASOS

CASO 1

Paciente do gênero masculino, 4 anos e 11 meses de idade, foi encaminhado do serviço de odontologia da unidade básica de saúde do município de Seabra na Bahia, ao ambulatório de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador, Bahia. Na anamnese, a genitora relatou ter observado aumento de volume na região intraoral de vestíbulo mandibular direito, referindo evolução de, aproximadamente, cinco meses. Não houve associação a trauma de face na região afetada. O paciente apresentava bom estado geral, classificado como ASA I, além disso a genitora negou doenças sistêmicas e qualquer tipo alergia.

Ao exame físico extraoral foi notado um discreto aumento de volume em região de corpo mandibular direito. Ao exame intraoral foi verificado que as unidades dentárias 54, 55, 61, 64, 65, 74, 75, 84, 85 estavam acometidas por extensas lesões cariosas, também notou-se aumento de volume na região de vestíbulo mandibular à direita, causando perda de profundidade. Na avaliação da radiografia panorâmica previamente solicitada pelo cirurgião-dentista da unidade de origem observou-se uma lesão radiolúcida unilocular extensa em corpo mandibular direito, envolvendo o germe dentário do segundo pré-molar. Para obter mais detalhes da lesão, foi solicitada tomografia computadorizada de feixe helicoidal, através da qual pode-se perceber a expansão das corticais lingual e vestibular devido ao volume da lesão cística (Fig. 1). Através da avaliação clínica e do estudo das imagens, chegou-se à hipótese diagnóstica de cisto dentígero, tendo sido considerados como diagnóstico diferencial, o ameloblastoma unicístico e o tumor odontogênico ceratocístico.

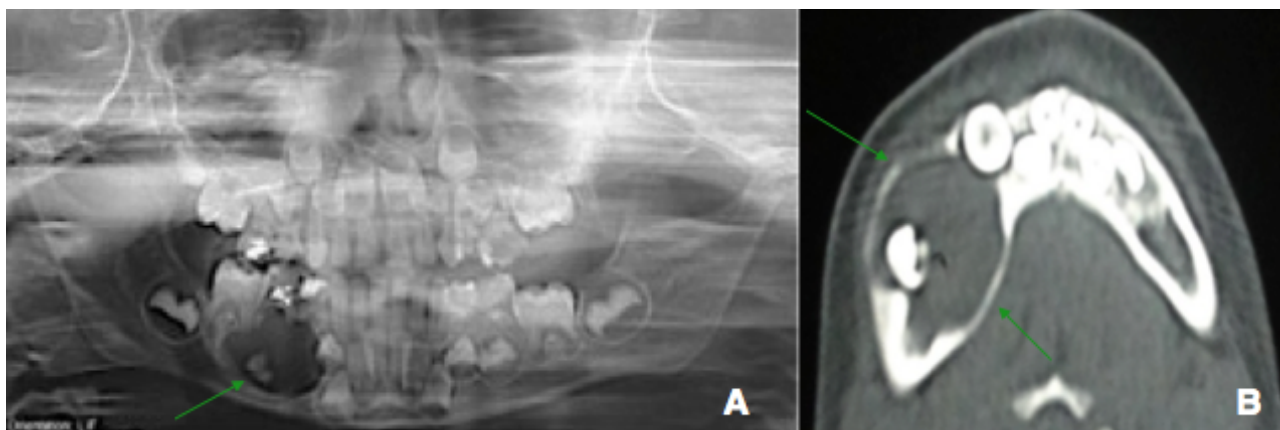


Figura 1 – A) Radiografia panorâmica mostrando lesão radiolúcida envolvendo o germe dentário 45. B) Corte axial da tomografia de feixe helicoidal mostrando expansão das corticais ósseas vestibular e lingual.

O tratamento proposto e realizado no ambulatório do curso de odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública foi punção aspirativa e marsupialização da lesão cística (Fig. 2). O material removido na marsupialização foi encaminhando para análise histopatológica, porém o líquido aspirado não recebeu análise patológica. A presença desse líquido no interior da lesão, que se apresentou homogêneo e amarelo claro, ajudou a diferenciar essa lesão de outras lesões de natureza tumoral e vascular. O procedimento foi realizado sob anestesia local, usando-se 1,8 ml de cloridrato lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, tendo sido empregada a sedação consciente com óxido nítrico e oxigênio em virtude da pouca cooperação do paciente. Não foi instituída medicação pré-operatória e também não foram solicitados exames laboratoriais, pois o procedimento proposto e executado foi minimamente invasivo e o paciente não possuía comorbidades.

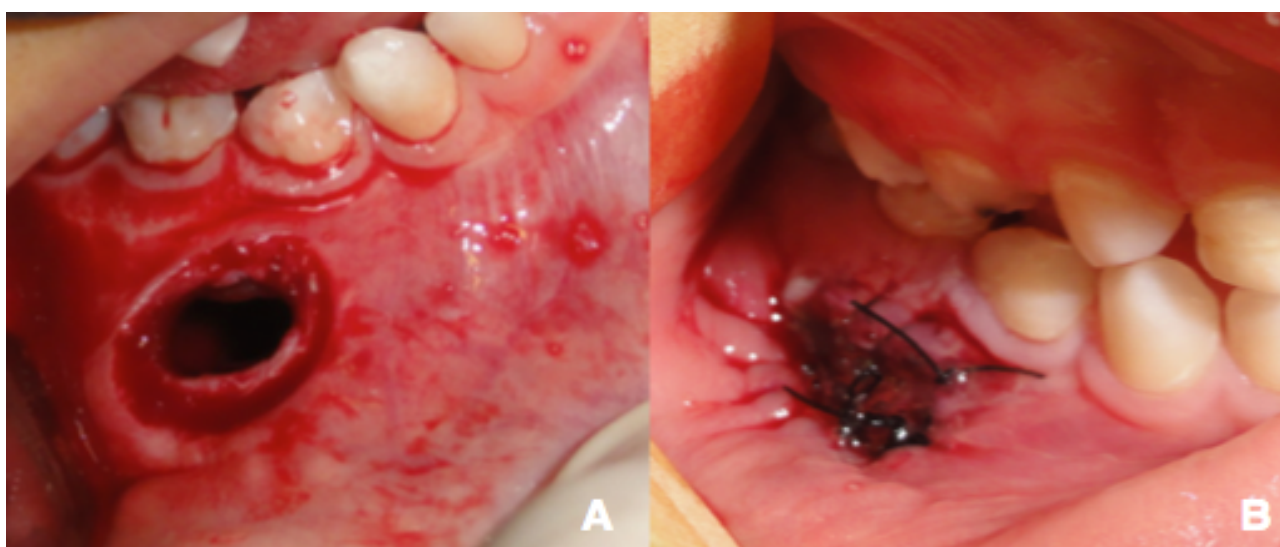


Figura 2 – A) Aspecto transoperatório da marsupialização após remoção do fragmento de mucosa e da cápsula cística. B) Suturas da cápsula cística na mucosa bucal mantendo a comunicação entre meios oral e intralesional.

A genitora foi orientada a fazer irrigações com soro fisiológico, após as refeições, no interior da cavidade cística através da comunicação estabelecida cirurgicamente. Manteve-se acompanhamento semanal nas duas primeiras semanas e uma consulta quinzenal ao fim do primeiro mês. Foi feita mais uma consulta de revisão no segundo mês de pós-operatório, quando a frequência de revisões foi mantida a cada três meses. A marsupialização foi mantida até a completa regressão da lesão cística. Em virtude de dificuldades de deslocamento do município de origem e da extensão da lesão, optou-se em priorizar o tratamento cirúrgico, ao tratamento para reabilitação das unidades dentárias acometidas por cáries, o qual foi iniciado no terceiro mês pós-operatório, no departamento de odontopediatria da própria Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, haja vista a precariedade do atendimento odontológico do município de origem. O diagnóstico histopatológico foi conclusivo para cisto dentígero inflamatório (Anexo 2).

Durante todo o período de preservação foram realizadas radiografias panorâmicas e periapicais com periodicidade de três meses e, por meio destas, pôde-se evidenciar a regressão da lesão cística, que por volta do décimo segundo mês pós-operatório não apresentava mais evidência radiológica da lesão. Notou-se, nesse período, a movimentação do germe do segundo pré-molar mandibular direito para uma posição favorável à erupção espontânea, que pôde ser observada clinicamente no 18º mês pós-operatório (Fig. 3A).

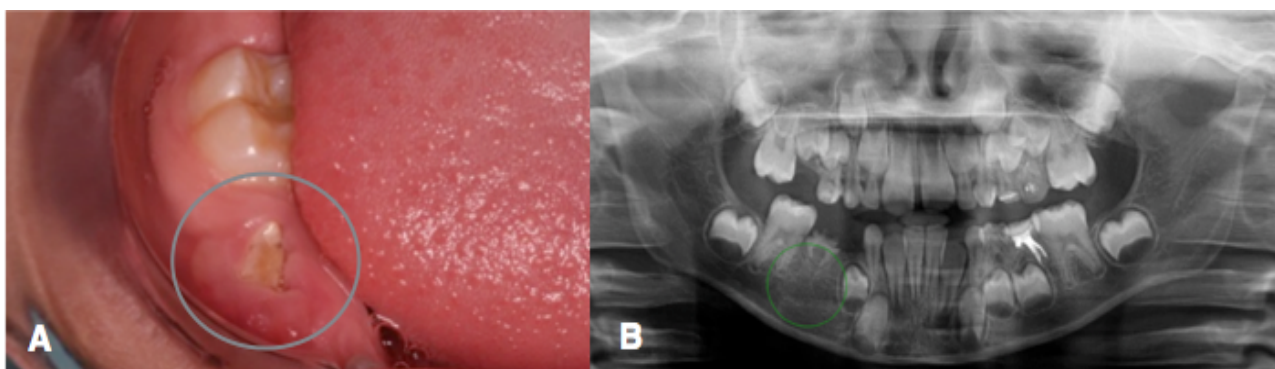


Figura 3 – A) Aspecto clínico após 18 meses da marsupialização mostrando a unidade 45 em erupção e regressão do aumento de volume no fundo de vestibulo. B) Radiografia panorâmica com 24 meses de pós-operatório evidenciando neoformação óssea e ausência de recidiva.

O paciente encontra-se em acompanhamento clínico e radiográfico para controle de recidiva, o que até o momento, com dois anos de pós-operatório, não ocorreu (Fig. 3B), e que deverá ser mantido por cinco anos.

CASO 2

Paciente do gênero feminino, 7 anos e 4 meses de idade, compareceu ao ambulatório do curso de odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Na anamnese a genitora negou qualquer doença sistêmica e alergias na criança. Relatou ter observado alteração de cor na unidade dentária 51 e aumento de volume no lado direito da maxila. Referiu histórico de trauma na região anterior da maxila, quando a menor tinha dois anos e seis meses de idade, decorrente de queda da própria altura.

Ao exame extraoral não se observaram alterações. Ao exame intraoral, a unidade 51 encontrava-se sem lesão cariosa, porém com evidente escurecimento da coroa. Constatou-se, também, aumento de volume na região vestibular direita da maxila.

Foram solicitadas radiografias periapicais das unidades 51 e 52, radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico da maxila. Na análise dos exames de imagem foi verificada a presença de lesão radiolúcida unilocular, circunscrita, envolvendo a coroa da unidade 11 inclusa e o deslocamento distal da unidade 13 (Fig. 4).

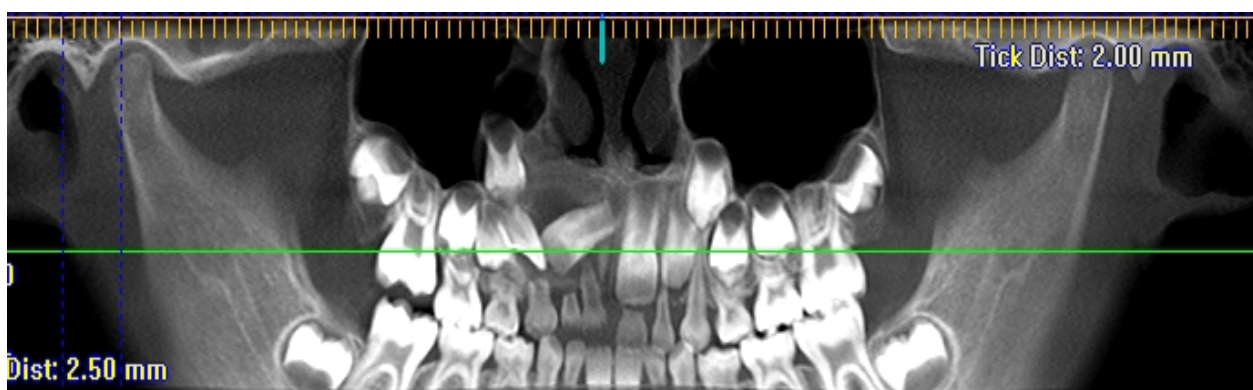


Figura 4 – Reconstrução panorâmica da tomografia computadorizada de feixe cônico evidenciando lesão envolvendo o germe da unidade 11 e deslocamento do germe da unidade 13.

Após análise dos achados clínicos e dos exames de imagem, a hipótese diagnóstica estabelecida foi de cisto dentífero. Estabeleceu-se como conduta cirúrgica, punção aspirativa e marsupialização da lesão cística, encaminhando o material removido para análise histopatológica. O líquido removido não foi submetido à análise, porém apresentou-se homogêneo e amarelado, o que foi útil na diferenciação de lesões de natureza vascular ou sólida. O procedimento foi realizado sob anestesia local, usando-se 1,8 ml de cloridrato de lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000. Não foram feitas medicações ou exames laboratoriais pré-operatórios, pois o procedimento proposto e executado foi minimamente invasivo e a paciente não possuía comorbidades.

A análise histopatológica foi conclusiva para cisto dentígero inflamatório (Anexo 3).

A genitora recebeu orientações pós-operatórias, incluindo fazer irrigações com soro fisiológico na região exposta após todas as refeições, com auxílio de uma seringa descartável.

A comunicação entre os meios oral e intralesional se manteve por quatro meses. Nos dois primeiros meses a paciente retornava para revisão semanalmente e, nos meses subsequentes, quinzenalmente. Após esse período, parte da coroa do incisivo central permanente direito erupcionou na região de vestibulo, acima das unidades 51 e 52. Quatro meses após a marsupialização, quando a lesão encontrava-se com dimensões significativamente reduzidas, foi realizada a enucleação. No mesmo momento da enucleação, uma vez que a unidade 11 já se encontrava numa posição mais favorável, a exodontia do dente 51 também foi realizada, em seguida, a paciente foi encaminhada para realizar tracionamento ortodôntico da unidade 11, que foi realizado sem a necessidade de intervenções cirúrgicas, pois a coroa do dente 11 já se encontrar parcialmente erupcionada, facilitando a instalação do botão de tracionamento, feito pelo próprio ortodontista.

Foi feito controle com radiografias periapicais e panorâmicas com periodicidade de três meses. Após onze meses do tracionamento ortodôntico, observou-se clinicamente e por meio dos exames de imagem, melhora da posição do dente e ausência de recidiva da lesão (Fig. 5B).

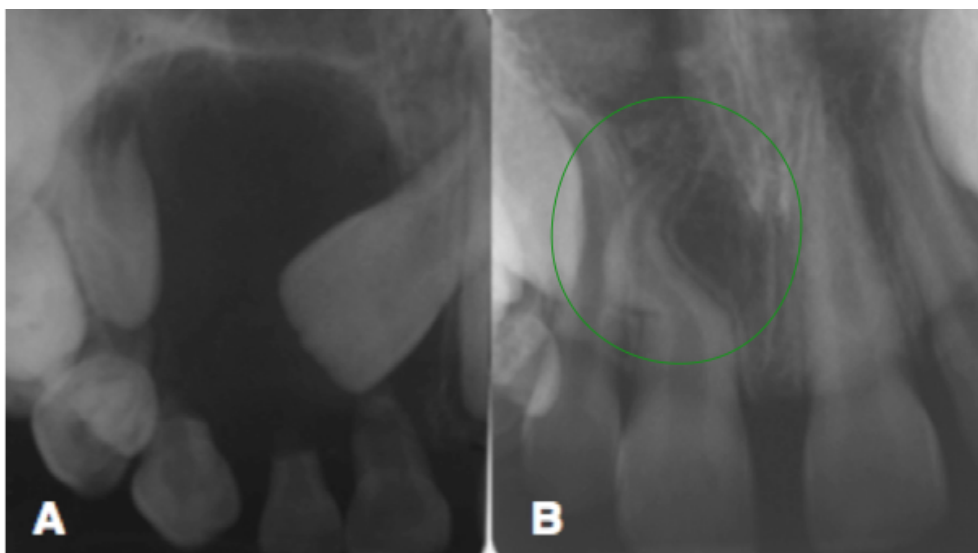


Figura 5 – A) Radiografia periapical inicial evidenciando a coroa do dente 11 envolvida por uma lesão radiolúcida, unilocular e de bordas definidas. B) - Radiografia periapical de 15 meses de pós-operatório evidenciando a ausência de recidiva da lesão cística e dilatação radicular do dente 11.

O tracionamento do dente 11 resultou num posicionamento mais favorável da unidade dentária (Fig. 6). O tratamento ortodôntico foi então continuado para correção da má oclusão. Até o momento da última consulta de controle, com três anos de pós-operatório, não houve indícios de

recidiva e a paciente continuará a receber acompanhamento clínico e radiográfico até se completarem pelo menos cinco anos de pós-operatório.



Figura 6 – Aspecto clínico intraoral, numa vista frontal, com 15 meses de pós-operatório, mostrando ausência de alteração de volume na região anterior direita da maxila e a presença do dente 11.

3. DISCUSSÃO

Estudos podem mostrar divergência quanto à prevalência dos cistos dentígeros considerando estes cistos como os mais prevalentes dos maxilares, variando entre 14 e 40%.^{4,5,6,9} No entanto, a maioria dos estudos considera o cisto radicular o mais prevalente com percentuais variando de 56% a 61,4% dos casos, colocando o cisto dentígero em segundo lugar.^{11,14} Porém, na faixa etária que compreende a primeira e segunda décadas de vida, o cisto dentígero se mostra com prevalência de 44%, enquanto a do cisto radicular é de apenas 17%.^{1,11,14} Contradizendo esta taxa de prevalência, um trabalho mencionou o cisto dentígero em crianças possuindo uma ocorrência considerada baixa, variando entre 4% e 9% de todas as ocorrências dos cistos dentígeros, mas esses valores tem significância clínica pelo fato desse cisto ser o mais comum considerando a ocorrência apenas em crianças.^{1,5,11}

Enquanto existe um certo grau de incerteza quanto a aspectos como, prevalência nos maxilares, subclassificação e a patogênese do cisto dentígero, os aspectos e comportamentos clínico e radiográfico são bem conhecidos e estabelecidos na literatura, fundamentando o emprego adequado das diferentes condutas terapêuticas.^{1,10}

A individualização de cada caso é importante para se determinar o plano de tratamento adequado, e para isso se faz necessário um diagnóstico preciso. Então, é, por meio da avaliação criteriosa dos achados clínicos e radiológicos e do estudo histopatológico do material removido durante a biópsia, que se pode chegar ao diagnóstico conclusivo.^{1,12,}

O prognóstico do cisto dentígero é favorável, com baixa taxa de recidiva (3,7%), porém o não tratamento desse cisto pode gerar inúmeras consequências, tais como fraturas ósseas patológicas em decorrência da fragilização devido à osteólise sofrida; impacção de dentes permanentes; deslocamento de dentes para longe de seu local natural de erupção ou para dentro de cavidades, como o seio maxilar.^{1,13} Outro importante aspecto é o diagnóstico diferencial de lesões potencialmente mais agressivas como o ameloblastoma unicístico, tumor odontogênico ceratocístico, e, em raras circunstâncias, quando podem se desenvolver associados a algumas neoplasias malignas, como carcinoma mucoepidêmico e carcinoma de células escamosas.^{7,8} Além disso, existe a relação do cisto dentígero com síndromes como displasia cleidocraniana e síndrome de Gardner, apesar de estudos mostrarem baixa ocorrência, chegando a não serem encontrados casos de múltiplos cistos dentígeros relacionados a síndromes, visto em um estudo envolvendo mais de dois mil pacientes em um período de dez anos em uma população do Canadá.^{5,11}

O tratamento do cisto dentígero é cirúrgico, sendo que diversas técnicas podem ser empregadas. Dentre elas, a enucleação; marsupialização e descompressão são as técnicas de escolha, porém técnicas mais agressivas, como as ressecções segmentares, parciais e totais, podem ser indicadas apenas para lesões invasivas, como quando da presença de neoplasmas malignos associados ou, mais raramente, surgindo de um cisto dentígero.^{7,8}

A enucleação pode ser aplicada em casos de cisto dentígero envolvendo a coroa de um terceiro molar e dentes supranumerários, dessa forma atuando como terapia única e resolutive.^{11,13} Porém, quando esse cisto se desenvolve próximo a estruturas neurovasculares, quando o volume pode gerar defeito ósseo significativo se for realizada a enucleação, e, ainda, quando do envolvimento de dentes que tem potencial para exercer função mastigatória e estética, a marsupialização ou descompressão devem ser as condutas cirúrgicas de escolha, pois o emprego das mesmas pode reduzir significativamente o tamanho da lesão, viabilizando a preservação das estruturas adjacentes. Além disso, quando necessária em um segundo tempo cirúrgico, a enucleação pode ser viabilizada e facilitada após uma marsupialização ou descompressão prévias.^{1,6,9,10,13}

O tratamento definitivo por enucleação da lesão no primeiro momento pode se tornar inadequado pela necessidade de preservação de estruturas adjacentes e de dentes. Dessa forma,

havendo indicação clínica e radiográfica para o emprego da marsupialização, a biópsia incisional é realizada concomitantemente a execução a marsupialização.^{6,13,15} A marsupialização permite que haja uma redução significativa das dimensões da lesão cística, o que permite, quando necessário, o emprego da enucleação em um segundo momento, sem que haja maiores prejuízos as estruturas ósseas de suporte, além de preservar dentes e outros elementos adjacentes como o feixe neurovascular alveolar inferior.^{4,6,15} A marsupialização ainda tem a vantagem de dispensar a instalação de dispositivos de descompressão, que podem não ser bem aceitos por crianças.^{4,6,15} Outro aspecto positivo é o de ser uma técnica de baixa complexidade em sua execução, e de tempo cirúrgico reduzido, o que favorece mais ainda sua indicação para pacientes pediátricos.^{1,2,4,6,9}

Apesar de possuir inúmeras vantagens quando aplicada com critério, a marsupialização como tratamento para cistos dentígeros pode gerar a necessidade de se realizar a enucleação para remoção do remanescente cístico em um segundo tempo cirúrgico. E quando é possível ser empregada como terapia única, a marsupialização, tem como um aspecto negativo, o fato de remanescentes epiteliais poderem permanecer *in situ*.^{4,6} Apesar de um dente desvitalizado poder ser a fonte do estímulo inflamatório, a exodontia pode ser postergada, pois a manutenção deste dente, adequadamente tratado, pode ajudar a preservar o espaço adequado na arcada e, assim, permitir a erupção do dente envolvido pela lesão.¹² Outro fator que pode ser considerado desfavorável, é a necessidade de cuidados específicos quanto à higienização da ferida cirúrgica que permanecerá aberta por vários meses.^{6,15} Esse fato implica na necessidade do completo entendimento da situação pelos responsáveis da criança, que devem aderir ao tratamento, mesmo sabendo que o paciente pode ser pouco cooperativo quando da execução adequada das irrigações e da manutenção da adequação do meio bucal. Além disso, eles devem ser assíduos nas consultas de revisão, na realização de radiografias de controle e no acompanhamento em longo prazo para o controle de recidivas.^{6,15}

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se considerar o diagnóstico diferencial com lesões potencialmente mais agressivas, como o ameloblastoma unicístico e o tumor odontogênico ceratocístico.

A enucleação e a marsupialização quando indicadas e aplicadas com critério, mostram-se adequadas como terapia para o tratamento do cisto dentígero em pacientes pediátricos.

REFERÊNCIAS

1. Vaz LGM, Rodrigues MTV, Ferreira Júnior O. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. *RGO*, 2010; 58(1):127-130.
2. Deboni MCZ, Brozoski MA, Traina AA, Acay RR, Naclério-Homem MG. Surgical management of dentigerous cyst and keratocystic odontogenic tumor in children: a conservative approach and 7-year follow-up. *J Appl Oral Sci*, 2012; 20(2):282-85.
3. Kumar R, Singh RK, Pandey RK, Mohammad S, Ram H. Inflammatory dentigerous cyst in a ten-year-old child. *Nat J Maxillofac Surg*, 2012; 3(1):80-3.
4. Hu YH, Chang YL, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2011; 112(6):e5-e7.
5. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Jankowski D, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. *Int. J Oral Maxillofac Surg*, 2010; 39(9):878-882.
6. Carrera M, Dantas DB, Marchionni AM, Oliveira MG, Andrade MGS. Conservative treatment of the dentigerous cyst: report of two cases. *Braz J Oral Sci*, 2013; 12(1):52-56.
7. Aggarwal P, Saxena S. Aggressive growth and neoplastic potential of dentigerous cysts with particular reference to central mucoepidermoid carcinoma. *Brit J Oral Max Surg*, 2011; 49(6):e36-e39.
8. Colbert S, Brennan PA, Theaker J Evans B. Squamous cell carcinoma arising in dentigerous cysts. *J Craniomaxillofac Surg*, 2012; 40(8):e355-e357.
9. Kirtaniya BC, Sachdev V, Singla A, Sharma AK. Marsupialization: A conservative approach for treating dentigerous cyst in children in the mixed dentition. *J Indian Soc Pedod Prev. Dent*, 2010; 28(3):203-8.
10. Qian WT, Ma ZG, Xie QY, Cai XY, Zhang Y, Yang C. Marsupialization facilitates eruption of Dentigerous cyst associated mandibular premolars in preadolescent patients. *J Oral Maxillofac Surg*, 2013; 71(11):1825-32.
11. Manor E, Kachko L, Puterman MB, Szabo G, Bodner L. Cystic Lesions of the Jaws – A Clinicopathological Study of 322 Cases and Review of the Literature. *Int J Med Sci*, 2012; 9(1):20-6.
12. Kalaskar RR, Kalaskar AR. Multidisciplinary management of impacted central incisors due to supernumerary teeth and an associated dentigerous cyst. *Contemp Clin Dent*, 2011; 2(1):53-8.
13. Buyukkurt MC, Omezli MM, Miloglu O. Dentigerous cyst associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2010; 109(1):67-71.

14. Souza LB, et al. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2010; 15(4):e583-90.
15. De Carli ML, Pedreira FRO, Guimarães EP, Dias NNO, Pereira AAC, Hanemann JAC. Conservative surgical-orthodontic treatment of a young patient with a dentigerous cyst. *Rev Odontol UNESP*, 2013; 42(5):389-392.

ANEXO 1

FUNDAÇÃO BAHIANA P DESENV DAS CIÊNCIAS
EM - 6/3/2012 14:08:06
REL - PAC1067

CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por este instrumento particular declaro, para os efeitos legais, que eu

Profissão - ESTUDANTE Portador(a) do R.G. 1478504870MAE SSP - BA

CPF -

Residente e domiciliado à RUA LUIZ GONZAGA , 595

Bairro - NOSSA SENHORA DAS GR na cidade de SEABRA

Estado - BAHIA, concordo com absoluta consciência dos procedimentos a

que vou me submeter nos termos abaixo relacionados:

1. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em particular do referido tratamento a qualquer momento;
2. Esclareço também, que amplamente informado(a) por um aluno, monitor ou professor, que pode ou não ser envolvido no presente tratamento, sobre os possíveis benefícios e riscos que estou me submetendo durante este tratamento, tomando conhecimento de que o meu consentimento não exime a responsabilidade do aluno que está executando e do professor que está orientando este tratamento;
3. Estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagem, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem usados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações;
4. Me comprometo a retornar periodicamente após o término do tratamento, para manutenção a cada 6 meses, ou conforme determinação da equipe, podendo inclusive ser designado um outro profissional apto para realizar as consultas de manutenção;
5. Todas estas normas estão de acordo com o Código de Ética Profissional Odontológico, segundo a Resolução C.F.O 179/93;
6. Estou ciente que duas faltas não justificadas resultará na minha exclusão do tratamento bem como qualquer conduta inadequada ou inconveniente em relação ao ambiente institucional e ou profissionais envolvidos;
7. Reconheço a exatidão dos registros do Relatório de Procedimentos que faz parte deste Prontuário, referente ao tratamento que me foi prestado, nas consultas a que compareci ao Ambulatório.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador - BA, 06 de março de 2012

Assinatura do Paciente

Assinatura do Aluno

Luana Alves da Silva

Assinatura do Responsável pelo Paciente

Assinatura do Assistente

FUNDAÇÃO BAHIANA P DESENV DAS CIÊNCIAS - C.G.C - 13.927.934/0001-15
AV D JOAO VI, 275 - BROTAS - SALVADOR - BA cep.: 40.285-001
Fone / Fax : (71)3276-8200 - (71)3276-8228

Autorização do paciente para a utilização das imagens

Estou ciente e autorizo a utilização de fotos intra-orais (não incluindo fotos extra-orais), exames complementares, radiografias, tomografias como materiais didáticos para serem usados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações.

Salvador - BA, 28 de maio de 2012

Luana Alves da Silva
Assinatura do Paciente

Monica dos Reis Samphos
Assinatura do discente

ANEXO 2

BAHIANA
ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Laboratório de Histologia, Embriologia e Patologia

Serviço de Anatomia Patológica
Rua Silveira Martins, nº 3386 Cabula. Salvador / Bahia. CEP: 40150-100.
Tel.: (71) 3257-8200

Exame Anátomo-Patológico

Nome: Exame: **PC 018/12**
Sexo: M Idade: 04 Procedência: CTBMF
Médico: Dr. (a) Marcio Marchionni
Recebido em: 20/03/2012 Liberado em: 19/04/2012

Localização da lesão: Corpo mandibular a (D)
Diagnóstico clínico: Cisto Dentífero

Macroscopia

Em formol, fragmentos elipsóides de tecido, de coloração acinzentada, medindo 1,3 x 0,6 x 0,5 cm. Aos cortes, tecido de cor parda no seu interior e consistência firme.

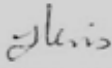
Sec= 4 (TMI)

Microscopia

As secções revelam fragmentos de lesão cística cujo epitélio de revestimento é pavimentoso estratificado, não queratinizado exibindo hiperplasia. Na cápsula observa-se tecido conjuntivo por vezes frouxo infiltrado por células inflamatórias mononucleares. Percebe-se ainda proliferação de vasos sanguíneos e áreas de extravasamento de hemácias.

Conclusão

CISTO DENTÍGERO INFLAMATÓRIO


Dra. Silvia Reis
Patologista – CROBA: 1817

ANEXO 3

BAHIANA
ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - CROBA

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Laboratório de Histologia, Embriologia e Patologia

Serviço de Anatomia Patológica
Rua Sílvio Martins, nº 3385 Cabula - Salvador / Bahia - CEP: 40150-100
Tel: (71) 3257-8200

Exame Anátomo-Patológico

Nome:	[REDACTED]	Exame:	PC 012/10
Sexo:	F Idade: 06	Procedência:	Odontofacial
Médico:	Dr. (a) Márcio Marchionni		
Recebido em:	05/03/2010	Liberado em:	08/04/2010

Localização da lesão: Asa do nariz e lábio superior do lado direito
Diagnóstico clínico: Cisto radicular, cisto dentífero

Macroscopia

Em formol, fragmentos irregulares de tecido que medem em conjunto 2,0 x 0,9 x 0,3 cm. Aos cortes, tecido de coloração esbranquiçada de consistência firme.

Sec = 7 s (TMI)

Microscopia

As secções mostram fragmentos de cápsula cística revestida parcialmente por epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado e hiperplasiado de aspecto arcoforme. Subjacente, evidencia-se tecido conjuntivo fibroso, apresentando intenso infiltrado inflamatório crônico, vasos sanguíneos congestionados e extensos focos hemorrágicos.

Conclusão

CISTO DENTÍGERO INFLAMATÓRIO

Silvia Reis
Dra. Sílvia Reis
Patologista – CROBA: 1817

ANEXO 4

Normas da Revista Bahiana de Odontologia

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Todas as submissões devem ser enviadas por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista – SEER. O texto deve estar gravado em extensão RTF (Rich Text Format) ou em formato do Microsoft Word, desde que não ultrapasse 4MB.
2. O preenchimento dos metadados é obrigatório, sem o qual o artigo não poderá seguir para a etapa de avaliação: Título: No idioma original, com versão em português e inglês; Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar. Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone; Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada; Resumo: Estruturado no idioma original, com versão em português e inglês; Palavras-chave: No idioma original, com versão em português e inglês.
3. Os artigos deverão ter entre 10 e 20 páginas (contando da introdução até antes das referências). As páginas do texto devem ser formatadas em fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito, com margens superior e esquerda de 3 cm e margens inferior e direita de 2 cm. Deve-se usar espaço entrelinhas 1,5, em uma coluna, sem espaços entre os parágrafos, que devem ter entrada de 1,25 cm. As citações diretas com mais de 3 linhas e as notas de rodapé devem estar em corpo tamanho 10.
4. O título e o subtítulo (quando houver) do texto devem aparecer em negrito (sem itálico), em Caixa Alta e Baixa. Eles devem ser claros, objetivos, precisos e concisos, não devem conter qualquer numeração. O número de palavras do conjunto título-subtítulo deve variar entre 5 e 13, preferencialmente.
5. O resumo deve conter o máximo de 250 palavras e sua estrutura deve variar conforme a seção a que se encaminhará o manuscrito: Artigo original (Objetivo, Metodologia, Resultados, Conclusão ou Purpose, Methodology, Results, Conclusion, para o abstract); Relato de caso (Objetivo, Descrição do caso, Conclusão ou Purpose, Case description, Conclusion para o abstract); Revisão de literatura: a forma estruturada para o artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória. Todos os artigos submetidos em português deverão ter resumo em português e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract.
6. As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5, no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br> ou do Index Medicus.
7. Obrigatoriamente, os arquivos anexos ou apêndices (questionário, aprovação do Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos ou animais, entrevista entre outros) devem ser

encaminhados em arquivos independentes como arquivos suplementares durante o processo de submissão no SEER.

8. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis (sugerimos o máximo de seis imagens) e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). Os autores devem ter conhecimento das limitações impostas pelo tamanho e layout da revista. Portanto, as tabelas grandes devem ser evitadas. Todas as ilustrações devem ter títulos centralizados em corpo 10, Caixa Alta e Baixa, com indicação da fonte e de legendas pertinentes à compreensão das mesmas. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura. A altura deverá ser compatível para obter a largura de 8 cm sem que haja distorções. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

9. Agradecimentos: São opcionais e devem ser breves e objetivos, destinados a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio de agências de fomento e outras organizações deve ser mencionado nesta seção. Pode ser incluída a apresentação do trabalho em eventos científicos.

10. As referências deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://www.nlm.nih.gov> a) Citar, no máximo, 30 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura; b) A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em sequência numérica, conforme são mencionadas pela primeira vez no texto. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.” quando for o caso. c) Os autores devem checar se os autores citados estão referenciados antes de submeter o artigo; d) As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO. As referências devem ser identificadas no texto, nos quadros, e nas legendas com algarismos arábicos entre parênteses. As referências citadas apenas em quadros ou em legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto desse quadro ou figura. Ex. Um estudo recente (1),... O estudo de Oliveira (1)... Evitar citar uma comunicação pessoal a menos que esta forneça informação essencial não disponível numa fonte de informação publicada. Neste caso o nome da pessoa e a data da comunicação devem ser citados entre parênteses no texto.

11. Outros aspectos a serem observados: Na reprodução de documentação clínica, deve-se evitar o uso de iniciais, nomes e números de registro de pacientes. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem e documentação médica deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela Revista. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de direitos autorais deverá ser respeitada. O(s) autor(es) devem fornecer documento emitido pela entidade publicadora (ou autor da foto) pertinente, autorizando o uso de tais materiais. Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki. O número de registro do projeto de pesquisa na

plataforma Brasil ou SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão online (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas, com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).