

Marsupialização de cisto dentígero após traumatismo

Marsupialization of dentigerous cyst after traumatism

Gabriel Fernandes Monteiro*

Sheinaz Farias Hassam**

Antônio Varela Cândia***

Cinthia Coelho Simões****

Jener Gonçalves de Farias*****

Juliana Andrade Cardoso*****

Resumo

Objetivo: as causas mais comuns das alterações na dentição permanente são os traumatismos alvéolo-dentários (TAD) na dentição decídua, ultrapassando, inclusive, as incidências de cárie ou doença periodontal. Estes podem levar a hipoplasia de esmalte, alterações na morfologia dentária e desenvolvimento de cistos, como o cisto dentígero, considerando ainda que o tratamento desta ocorrência diverge ao tratar da dentição decídua e não da permanente. O objetivo deste trabalho é ilustrar essas características e como elas podem ser manejadas através de um relato de caso. Relato de caso: no caso em questão, ocorreu o desenvolvimento de um cisto dentígero de grandes dimensões após traumatismo alvéolo-dentário em dentição decídua na região anterior da maxila com retenção de três dentes permanentes. Foram discutidas as formas terapêuticas para tal situação clínica, bem como a possibilidade de uma abordagem multidisciplinar da cirurgia-ortodontia. Considerações finais: os TADs na dentição decídua devem ser bem diagnosticados e tratados, visando a prevenção de sequelas na dentição permanente.

Palavras-chave: traumatismos dentários; cisto dentígero; dentição mista; dente decíduo.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i3.11596>

* Graduando em Odontologia pelo Centro universitário Unifas-Unime, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil.

** Cirurgião-dentista pelo Centro universitário Unifas-Unime, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil.

*** Doutorando em Biotecnologia na Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial pela Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE). Staff do Serviço de CTBMF do Hospital Clériston Andrade – SESAB. Professor substituto da área de Cirurgia – Odontologia/UEFS.

**** Doutora em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (ICS-UFBA), Salvador, Bahia. Professora dos Cursos de Odontologia do Centro Universitário Unifas-Unime, Lauro de Freitas, Bahia. Centro Universitário UniRuy Wyden, Salvador, Bahia.

***** Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial Universidade de Pernambuco – Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE). Doutor em Estomatologia, Universidade Federal da Paraíba (UFRN). Professor Titular do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário Unifas-Unime, Lauro de Freitas, Bahia.

***** Mestrado em Estomatologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Especialização em Estomatologia, Faculdade Unime de Ciências Agrárias e da Saúde. Habilitação em Laserterapia, Uningã-SM, Santa Maria, RS. Professora dos Cursos de Odontologia do Centro Universitário Unifas-Unime, Lauro de Freitas, Bahia. Centro Universitário UniRuy Wyden, Salvador, Bahia e Uninassau, Lauro de Freitas, Bahia.

Introdução

O traumatismo alvéolo-dentário (TAD) é considerado atualmente como um dos principais problemas de saúde bucal na população jovem, visto que sua incidência tem ultrapassado a de doenças como a cárie dental e a doença periodontal¹. A extensão e a gravidade das injúrias traumáticas em elementos dentários estão diretamente relacionadas com a intensidade e o tipo do impacto, com a idade do paciente, bem como com o estágio de desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes. A dentição decídua requer uma abordagem diferente daquela utilizada na dentição permanente, isso porque há uma relação muito próxima entre o germe do dente permanente sucessor e o ápice do dente decíduo afetado pelo trauma².

A intrusão dentária é o tipo de TAD mais comum em dentição decídua, na qual o dente é direcionado para o interior do alvéolo, devido a um impacto no sentido axial. Causa sérios problemas para o dente traumatizado, ocorrendo danos graves à polpa e às estruturas de sustentação. Geralmente, os dentes mais envolvidos na intrusão são os anteriores superiores. Pode-se calcular o dano do trauma dependendo da idade do paciente. Por isso, quando ocorre em crianças, é necessário realizar avaliações quanto ao desenvolvimento do dente permanente subjacente³.

A cicatrização da luxação intrusiva, tanto na dentição permanente quanto na decídua, normalmente é complicada, levando, muitas vezes, o dente traumatizado a necrose pulpar, anquilose dentária e reabsorções radiculares. Quando ocorre na dentição decídua, a luxação intrusiva leva, geralmente, ao desenvolvimento de alterações na dentição permanente, como na morfologia dentária e formações de cistos, muito frequentemente, os cistos dentígeros⁴.

O cisto dentígero possui grande potencial de transformação em outras entidades patológicas de origem odontogênica e, devido a isso, o exame histopatológico da parede cística se faz de extrema importância para excluir a possibilidade de degeneração do epitélio, caracterizando um ameloblastoma⁶.

A marsupialização é um tratamento menos agressivo, que consiste na criação de uma janela cirúrgica na parede do cisto, esvaziando seu con-

teúdo e reduzindo a pressão intracística, permitindo, assim, uma neoformação óssea e uma consequente redução do tamanho da lesão. Esse tratamento é indicado nos casos de lesões extensas, em pacientes jovens, quando se deseja preservar o dente envolvido, ou nos casos de proximidade da lesão com áreas vitais, e permite ainda a realização do exame histopatológico⁵.

Com isso, este trabalho tem como objetivo revisar a literatura científica atualizada em relação às sequelas dos TADs em dentição decídua, relatando um caso em que ocorreu o desenvolvimento de um cisto dentígero de grandes dimensões na região anterior da maxila, com retenção de três dentes permanentes. Também serão discutidas as formas terapêuticas para tal situação clínica, bem como a possibilidade de uma abordagem multidisciplinar entre a cirurgia e a ortodontia.

Relato de caso

Paciente de 8 anos de idade procurou atendimento odontológico, acompanhado do pai, encaminhado pela especialização em Ortodontia da Faculdade Unime de Ciências Agrárias e da Saúde, para o curso de extensão em cirurgia bucal, da mesma faculdade, com objetivo de tratar uma lesão em região anterior da maxila. Segundo relato do genitor, a criança já havia sido atendida no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Lauro de Freitas, BA, cerca de um ano antes, quando havia se submetido a uma biópsia incisiva e marsupialização da lesão. Entretanto, um ano após o procedimento, a lesão recidivou. O pai também relatou que o filho sofreu trauma nos dentes anteriores superiores do lado direito, quando tinha 3 anos de idade, ocorrendo luxação intrusiva dos dentes 51 e 52 e que nenhum tratamento foi realizado na época.

Na história médica, nada foi relatado e nenhuma alteração foi encontrada. No exame físico intrabucal, foi observada presença da unidade 53 ainda em arco, além da presença de uma lesão cística, localizada em rebordo alveolar, na região correspondente aos dentes 11 e 12.

O genitor apresentou como exame complementar uma tomografia computadorizada (TC) de tipo feixe cônico, na qual foi possível observar a reten-

ção dos dentes 11, 12 e 13 e a presença de área hipodensa bem delimitada, envolvendo as coroas dos dentes supracitados (Figura 1). Devido à proximidade das unidades dentárias, não foi possível definir qual folículo pericoronário estava alterado. A partir da TC, em outros cortes, tornou-se perceptível a alteração da morfologia das raízes dos dentes retidos, fato esse que tornou favorável o prognóstico da manutenção desses dentes.

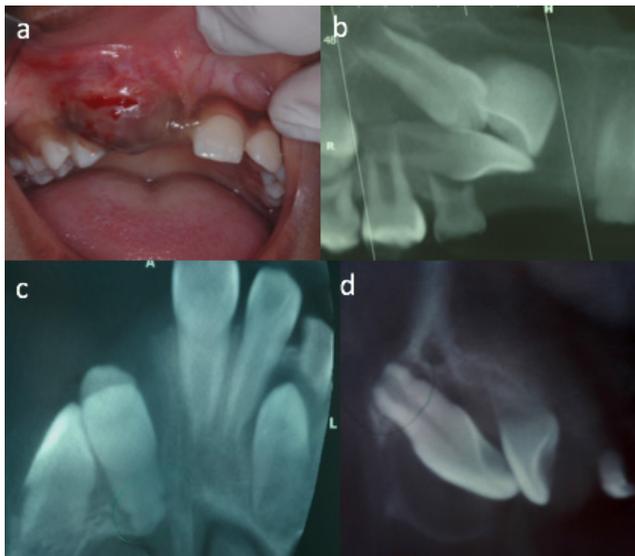


Figura 1 – A: Aspecto clínico inicial evidenciando lesão cística em região anterior de maxila com ausência das unidades 11 e 12; B, C e D: Retenção dos dentes 11, 12 e 13 e presença de área hipodensa bem delimitada, envolvendo as coroas dos dentes supracitados.

Fonte: autores.

Pela história e pelo aspecto clínico-imagiológico, o diagnóstico inicial foi de cisto dentígero. Pela idade do paciente e com o acompanhamento pela especialização em ortodontia, a opção de tratamento foi marsupialização. O paciente foi submetido à cirurgia em nível ambulatorial, sob anestesia local, com a adoção da técnica conservadora para tratamento de cistos em crianças.

O paciente se submeteu ao acompanhamento pós-operatório de 7, 14 e 21 dias, sem intercorrências. Foram realizadas irrigações com soro fisiológico para higienização da cavidade, evitando infecções e permitindo a manutenção da comunicação do interior do cisto com a cavidade bucal. O laudo histopatológico confirmou a suspeita clínica de cisto dentígero (Figura 2).

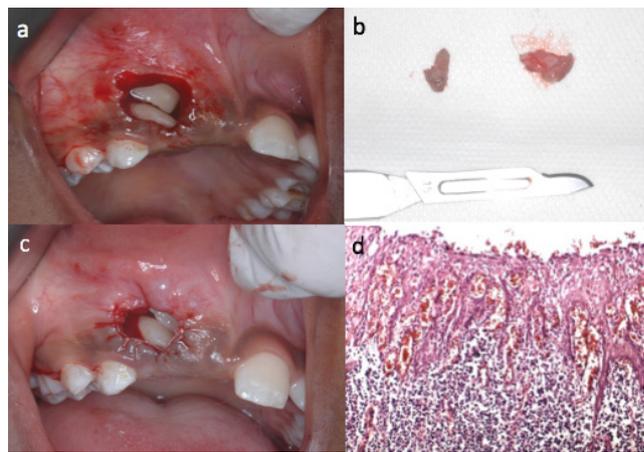


Figura 2 – A: Aspecto após incisão com exposição das coroas dos dentes retidos; B: Fragmentos da cápsula cística obtidos por biópsia incisiva; C: Marsupialização obtida através de sutura da mucosa oral com a parede cística para formação da janela cirúrgica, promovendo o esvaziamento de seu conteúdo; D: Imagem histológica com presença de epitélio pavimentoso estratificado circundando a cavidade cística, confirmando a suspeita de cisto dentígero.

Fonte: autores.

Quatro meses após a cirurgia, o paciente retornou para reavaliação e não foi observado nenhum sinal de infecção. Houve redução do volume da lesão inicial e a exposição das coroas dos dentes 11 e 12 na cavidade bucal (Figura 3). O paciente, então, foi reencaminhado para a especialização de ortodontia, na qual foi confeccionado aparelho para reposicionamento correto dos dentes na arcada. Seis anos após a cirurgia, nota-se que o objetivo principal (erupção dos dentes retidos pelo cisto) foi alcançado. Porém, o paciente abandonou o tratamento ortodôntico e a unidade 12 continua mal posicionada. A genitora relatou que o paciente retomará o tratamento.



Figura 3 – A: Volume pós-cirúrgico reduzido; B: Exposição das coroas dentárias das unidades 11 e 12 em cavidade oral; C: Início de tratamento ortodôntico; D: Pós-tratamento ortodôntico ainda com posicionamento dentário insatisfatório.

Fonte: autores.

Discussão

Os traumas dentários são caracterizados como urgência odontológica, impondo ao profissional um atendimento minucioso, porém com rapidez⁷. A incidência do trauma na dentição decídua é considerada baixa (4 a 30% e 11 a 35%), quando comparado aos vários tipos de traumatismos alvéolo-dentários que acometem a dentição permanente, possuindo uma maior frequência nas crianças do sexo masculino^{3,7}, sendo que esse último aspecto está em concordância com o caso apresentado.

O exame clínico inicial é essencial para o sucesso do tratamento, bem como o acompanhamento em longo prazo, para prevenção de futuras complicações que podem estar relacionadas ao trauma^{3,7}. O caso ora apresentado foi avaliado muito tempo após o trauma, não permitindo a identificação da relação entre diagnóstico, tratamento imediato e possíveis complicações. No entanto, pelos aspectos clínico-imaginológicos atuais e pelo relato da história da doença atual, pode-se supor que, por motivos desconhecidos, não ocorreu uma condução adequada na época do trauma.

O cisto dentígero é classificado como um cisto odontogênico de desenvolvimento, que está envolvido com a coroa de um dente incluso. Apresenta-se clinicamente sem sintomatologia, e o diagnóstico deve ser feito de acordo com radiografias panorâmica e periapical, punção aspirativa e biópsia incisional ou excisional, para análise histopatológica^{5,9,10}.

A literatura afirma que o tratamento a ser adotado dependerá do tamanho da lesão. Normalmente, o tratamento do cisto dentígero é cirúrgico, através da enucleação da lesão associada à remoção do dente, porém, deve-se considerar a idade e as proximidades anatômicas. Nos casos de lesões císticas de grandes dimensões, a enucleação total da lesão pode lesar nervos, portanto, nestes casos, deve-se optar por tratamentos mais conservadores, como marsupialização ou descompressão. Essas técnicas cirúrgicas permitem a redução da pressão no interior da lesão, promovendo diminuição do tamanho do cisto e do defeito ósseo, preservando a estrutura anatômica^{6,8,9}.

Neste caso, devido à extensão do cisto, optou-se pela marsupialização, o que está de acordo com a literatura^{6,8,9}, que descreve a importância da preservação das estruturas anatômicas, por se tratar de uma técnica conservadora e menos traumática. A preferência para que se faça a marsupialização ou descompressão em crianças é um ponto de concordância entre os autores, principalmente quando a unidade dentária envolvida com a lesão é impedida de irromper^{6,8,10}.

O potencial de irrupção pós-marsupialização é grande, devido à rizogênese incompleta do dente envolvido e também ao metabolismo ósseo acelerado das crianças. Avaliar espaço interdental, áreas estéticas, angulação e estágio de formação radicular é de extrema importância, pois torna o tratamento menos sofrido e previsível quanto ao tempo de irrupção dos dentes, tempo este que serve para observar se haverá irrupção espontânea dos dentes, que é o que se espera do procedimento da marsupialização^{6,9,10}.

Não ocorrendo irrupção espontânea dos dentes retidos, o paciente irá necessitar de um segundo tempo cirúrgico para realizar o tracionamento ortodôntico dos dentes impactados ou remoção destes⁶. O caso relatado ratifica este segundo tempo cirúrgico, já que o paciente foi reencaminhado para a especialização de ortodontia da Faculdade Unime, para a confecção de um aparelho para tracionamento dos dentes retidos.

Considerações finais

Os TADs na dentição decídua devem ser bem diagnosticados e tratados visando a prevenção de sequelas na dentição permanente. O desenvolvimento de um cisto dentígero na dentição permanente, após TADs na dentição decídua, é uma ocorrência rara. Entretanto, deve ser sempre tratado de forma conservadora pela marsupialização. O tratamento das sequelas dos TADs na dentição permanente deve sempre ocorrer de forma multidisciplinar entre as especialidades da odontologia: cirurgia, ortodontia, entre outras.

Abstract

Objective: the most common causes of changes in permanent dentition are alveolar-dental trauma (TAD) in deciduous dentition, with occurrence rates even higher than decays or periodontal disease, which can lead to enamel hypoplasia, changes in dental morphology and the development of cysts such as the dentigerous cyst, considering treatment differs when dealing with deciduous dentition instead of permanent dentition. The objective of this work is to illustrate these characteristics and propose a possible treatment, through a case report. Case report: in the case at hand occurred a development of a large dentigerous cyst occurred after TAD in primary dentition, in the anterior region of the maxilla with retention of three permanent teeth, discussing the therapeutic forms for such clinical situation, as well as the possibility of a multidisciplinary approach to surgery-orthodontics. Final considerations: TAD in deciduous teeth should be well diagnosed and treated aiming to prevent sequelae in permanent dentition.

Keywords: tooth injuries; dentigerous cyst; mixed dentition; deciduous tooth.

Referências

1. Reddy LV, Bhattacharjee R, Misch E, Sokoya M, Ducic Y. Dental Injuries and Management. *Facial Plast Surg* 2019; 35(6):607-13.
2. Mendoza-Mendoza A, González-Mallea E, Iglesias-Linares A. Intrusive Luxation in Primary Teeth: A Case Report. *J Clin Pediatr Dent* 2015; 39(3):215-8.
3. Losso EM, Tavares MCR, Bertoli FMP, Baratto Filho F. Traumatismo dento-alveolar na dentição decidua. *Revista Sul-Americana de Odontologia* 2011; 8(1):1-20.
4. Patil AS, Jathar PN, Panse AM, Bahutule SR, Patil RU, Patil M. Infected Dentigerous Cyst and its Conservative Management: A Report of Two Cases. *Int J Clin Pediatr Dent* 2019; 12(1):68-72.
5. Bastos EG, Cruz MCFN, Martins GAS, Mendes MC, Marques RVCF. Marsupialização de cisto dentífero na mandíbula em uma criança de sete anos de idade na dentição mista: relato de caso. *Rev Odontol UNESP* 2011; 40(5):268-71.
6. Pant B, Carvalho K, Dhupar A, Spadigam A. Bilateral Nonsyndromic Dentigerous Cyst in a 10-Year-Old Child: A Case Report and Literature Review. *Int J Appl Basic Med Res* 2019; 9(1):58-61.
7. Castillo P, Andrade M, Americano G, Cruz L, Marsillac M, Campos V. Tipos de lesões dentárias traumáticas na dentição primária e na superfície contra a qual elas ocorreram. *RGO Rev Gaúch Odontol* 2019; 67:00-53.
8. Vasconcelos MG, Oliveira DHIP, Avelar WV, Barboza CA, Queiroz LMG, Vasconcelos RG. Localização incomum de cisto dentífero - relato de caso. *Odonto Clín-Cient* 2017; 16(4):315-8.
9. Caliento R, Mannarino F, Hochuli-Vieira E. Cisto dentífero: modalidades de tratamento. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(6):458-62.
10. Bertolo-Domingues N, Giroto Bussaneli D, Jeremias F, Aparecida-Giro EM, Aguiar-Pansani C. Diagnóstico y tratamiento conservador de quiste dentífero: seguimiento a 3 años. *Rev CES Odont* 2018; 31(1):57-65.

Endereço para correspondência:

Sheinaz Farias Hassam
Rua Juca Marques, 401 – Centro
CEP: 44790-000 – Campo Formoso, Bahia, Brasil
E-mail: sheinazhassam@hotmail.com
E-mail: gabriela.liedke@ufsm.br

Recebido: 27/08/2020. Aceito: 22/04/2021.