



**Alice Borges Alves**

**CISTO DENTÍGERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Santa Maria, RS

2020

**Alice Borges Alves**

**CISTO DENTÍGERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao Curso de Odontologia, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG.

Orientadora: Prof. Dra. Camila Silveira Sfreddo

Coorientador: Prof. Dr. Neimar Scolari

Santa Maria, RS

2020

Alice Borges Alves

## **CISTO DENTÍGERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia – Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião dentista.

---

Camila Silveira Sfreddo – Orientadora (UFN)

---

Bruna Jalfim Maraschin (UFN)

---

Heitor Boeira Pansard (UFN)

Aprovado em ..... de ..... de .....

## **RESUMO**

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre cisto dentífero, pesquisar suas causas, características clínicas, radiográficas, histopatológicas e tratamentos, fazendo uma avaliação de qual melhor maneira de diagnósticas e tratar o cisto dentífero, diferenciando-o de outras lesões. O delineamento é caracterizado como uma revisão de literatura narrativa, onde os critérios de seleção usados foram do tipo casos clínicos, série de casos e ensaio clínico. O cisto dentífero é o segundo tipo mais frequente dos cistos odontogênicos de desenvolvimento. Caracteriza-se pelo acúmulo de fluido entre a coroa e o epitélio reduzido do órgão do esmalte causando o aumento do folículo que envolve a coroa de um dente incluso. Na maioria das vezes são assintomáticos, sendo geralmente descobertos em exames radiográficos de rotina ou por agenesias dentárias, apresentando-se radiograficamente como uma área radiolúcida bem circunscrita, podendo atingir dimensões maiores e causar assimetria facial e dor quando inflamado. Para obtenção de um diagnóstico preciso, a análise da lesão não pode ser limitada apenas a exames de imagem, mas sim associá-lo a um bom exame clínico e histopatológico, com o objetivo de fazer diagnósticos diferenciais de outras lesões com aspectos idênticos. Há vários tipos de tratamento com prognósticos muito favoráveis, para a escolha deve ser levado em consideração tamanho do cisto, idade do paciente e proximidade com estruturas anatômicas vitais.

**Palavras-chave:** Cisto dentífero. Cistos odontogênicos.

## **ABSTRACT**

The objective of this work is to carry out a literature review on the dentigerous cyst, researching its causes, clinical, radiographic, histopathological characteristics and treatments, making an assessment of the best way to diagnose and treat the dentigerous cyst, differentiating it from other lesions. The outline is used as a review of the narrative literature, where the selection criteria used were clinical, case series and clinical trial. The dentigerous cyst is the second most common type of developmental odontogenic cyst. It is characterized by the accumulation of fluid between the crown and the reduced epithelium of the enamel organ, causing the enlargement of the follicle around the crown of an included in tooth. Most of the time, they are asymptomatic, being usually discovered in routine radiographic exams or by dental agenesis, radiographically shows itself as a well circumscribed radiolucent area, which can reach larger dimensions and cause facial asymmetry and pain when inflamed. In order to obtain an accurate diagnosis, the analysis of the lesion cannot be limited to imaging tests, but must be associated with a good clinical and histopathological examination, in order to make the differential diagnosis of other lesions with identical aspects. There are several types of treatment with a very favorable prognosis, the choice must be taken into account the size of the cyst, the age of the patient and the proximity of vital anatomical structures.

**Keywords:** Dentigerous cyst. Odontogenic cysts.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
3.1 PREVALÊNCIA E DEFINIÇÕES.....	9
3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS E HISTOLÓGICAS .....	10
3.3 TRATAMENTO.....	12
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS .....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cisto dentígero é considerado um cisto odontogênico que envolve a coroa de um dente incluso e está unido ao dente através junção amelocementária (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). Dentre os cistos odontogênicos de desenvolvimento, o cisto dentígero é o tipo mais comum, sendo responsável por cerca de 20% de todos os cistos epiteliais dos maxilares (NEVILLE et al., 2009). Esta patologia pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, porém, comumente é diagnosticado em indivíduos que estão entre a primeira e a terceira década de vida, sendo frequentemente encontrados em pessoas de etnia branca e do sexo masculino (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). Os cistos podem estar associados a qualquer dente incluso, contudo, os terceiros molares inferiores são os dentes mais acometidos (NEVILLE et al., 2009).

A etiopatogenia do cisto dentígero ainda não é totalmente conhecida. O cisto pode ser formado devido a proliferação epitelial em torno de uma cavidade preenchida por líquido, a qual cresce continuamente por pressão osmótica durante um longo período de tempo, enquanto o dente não irrompe (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). Alguns casos de cisto dentígero associados a dentes permanentes podem ser associados com um quadro inflamatório como resultado de uma inflamação periapical de um dente decíduo subjacente (NEVILLE et al., 2009).

Histologicamente, o cisto dentígero pode apresentar características distintas dependendo da presença de um quadro inflamatório associado. No caso do cisto dentígero não-inflamado, o tecido conjuntivo é mais denso e com variável infiltração de células inflamatórias crônicas (ROJAS, ALONSO, ROJAS, 2017). Nesse caso, o epitélio de revestimento pode apresentar níveis variáveis de hiperplasia, com desenvolvimento de cristas epiteliais com características escamosas marcantes (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013). Na presença de infecção associada, o cisto dentígero possui uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo e delgado, revestido por células epiteliais não queratinizadas, composta por duas ou três camadas de células planas ou cuboidais (ROJAS, ALONSO, ROJAS, 2017).

Geralmente os cistos dentígeros são achados radiográficos em exames de rotina ou são identificados em indivíduos que buscam atendimento odontológico para verificar as causas de não erupção de dente permanentes (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). Quando o dente está parcialmente erupcionado, associado a uma infecção, sua nomenclatura muda de cisto

dentífero e então passa a se chamar cisto paradental ou pela extensão de uma lesão periapical ou periodontal que afete o adjacente. Nessas situações, o cisto pode ser associado a sinais e sintomas como dor e edema (NEVILLE et al., 2009). Radiograficamente é possível observar uma área ovalada radiolúcida unilocular, com bordas escleróticas associada à coroa de um dente incluso (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). Em raras situações, os cistos dentíferos desenvolvem-se a partir do folículo lateral, localizando-se em uma área próxima da coroa e não acima dela (ROJAS, ALONSO, ROJAS, 2017).

Segundo Vaz, Rodrigues e Júnior (2010), a conduta frente a um cisto dentífero deve englobar a punção da lesão em todos os casos para diagnóstico diferencial de tumores odontogênicos. Desse modo, caso a punção detecte a presença de líquido no interior da lesão, há um indicativo de lesão cística. Posteriormente, deve-se realizar uma biópsia incisional antes do tratamento definitivo também como forma de diagnóstico diferencial de ameloblastoma unicístico e ceratocisto odontogênico, os quais podem apresentar características clínico-radiográficas semelhantes, contudo com necessidade de tratamentos mais invasivos.

Para o planejamento terapêutico deve-se considerar algumas características da lesão e do paciente como: idade, tamanho do cisto, proximidade com estruturas anatômicas e a importância clínica do dente envolvido (MOTAMEDI, TALESH, 2005). Assim, o tipo de tratamento será escolhido a partir dessas características analisadas clinicamente e radiograficamente. A enucleação e a remoção do dente incluso são as técnicas clássicas para o tratamento de cisto dentífero (DEMIRIZ, MISIR, GORUR, 2019). Cistos dentíferos com expansões das corticais ósseas podem ser tratados com marsupialização para decompressão prévia da lesão e, após pode ser realizada a excisão da lesão (MOTAMEDI, TALESH, 2005). Além disso, o cirurgião-dentista pode optar por utilizar as técnicas descritas com preservação do dente não irrompido. A preservação do dente não irrompido depende de sua posição e do espaço clínico para erupção. Tratamentos prévios com uso de dispositivos de tração ortodôntico também podem ser considerados nos casos de manutenção do dente incluso (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013).

Neville et al. (2009), sugerem que o prognóstico desta lesão é excelente uma vez que raramente recidiva após a remoção completa do cisto. Apesar disto, diversas complicações potenciais devem ser consideradas como a possibilidade do revestimento do cisto dentífero sofrer alterações neoplásicas. Apesar de existir uma possibilidade de isso ocorrer, a frequência de transformação neoplásica é baixa (NEVILLE et al., 2009).

O conhecimento sobre a etiologia, características clínicas, radiográficas e histológicas, bem como o seu tratamento, permite ao cirurgião-dentista um correto diagnóstico e escolha da terapêutica mais adequada de acordo com cada caso. Assim, a revisão da literatura permite uma atualização do conhecimento científico sobre essa lesão cística de prevalência comum na cavidade bucal. Portanto, o objetivo deste estudo foi revisar narrativamente as características clínicas, radiográficas e histológicas do cisto dentígero, bem como, apresentar as principais opções terapêuticas disponíveis.



## 2 METODOLOGIA

O delineamento deste estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura narrativa.

A busca da literatura foi realizada na base de dados PubMed/Medline para verificar a literatura relevante até outubro de 2020. A pesquisa foi conduzida através do uso da seguinte estratégia de busca:

- **((("odontogenic cysts"[All Fields]) OR ("dentigerous cyst"[All Fields])) AND (((("case report"[All Fields]) OR ("clinical trial"[All Fields])) OR ("case series"[All Fields]))**

Estudos também foram identificados manualmente a partir das listas de referências dos artigos revisados.

Os critérios de seleção foram estudos com delineamento do tipo casos clínicos, série de casos e ensaio clínico; desfecho cisto dentífero; e artigos em língua portuguesa ou inglesa.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Ao total, a busca no Pubmed/Medline gerou 582 artigos. A partir desses, foram selecionados artigos sobre características clínicas, radiográficas, histológicas e terapêuticas consideradas relevantes pelos autores da presente revisão de literatura.

#### 3.1 PREVALÊNCIA E DEFINIÇÕES

O cisto dentígero é definido como uma lesão benigna, associada ao epitélio odontogênico da coroa de um dente incluso cístico (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013). Esta lesão origina-se da separação do folículo pericoronário que fica ao redor da coroa do dente incluso, formando uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte e o esmalte do dente, a qual é preenchida por fluido cístico (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013). Esse tecido odontogênico ao redor do dente, durante o processo histológico de odontogênese, tem propensão de se diferenciar em uma ampla variedade de tecidos patológicos. Assim, o desenvolvimento de cistos ou tumores na região de um dente impactado não é inesperado (WALI, SRIDHAR, SHYLA, 2012).

O processo de odontogênese ocorre dentro de um saco fibroso, o qual é conhecido como folículo ou saco dentário e tem origem ectomesenquimal (WALI, SRIDHAR, SHYLA, 2012). Assim, a erupção dentária é coordenada pelo folículo dentário que controla a reabsorção e a deposição de ossos durante seu movimento intraósseo. Quando há falhas nesse processo eruptivo, o dente permanece incluso e algumas lesões patológicas podem surgir, incluindo o cisto dentígero (DUTRA et. al. 2015).

Entretanto, sua etiopatogenia não é totalmente conhecida e várias teorias foram propostas para explicar seu desenvolvimento (CALIN, RUSU, MITREA, 2015). Uma delas é que os cistos se originam de restos epiteliais que sofreram um estímulo químico, traumático ou infeccioso e passaram a se proliferar (SANTANA, REBELLATO, MACHADO, 2012). Como as células epiteliais são nutridas por difusão do líquido tissular a partir do tecido conjuntivo adjacente, as que estão localizadas no centro sofrem deficiência nutricional e se degeneram. Com a necrose, começam os processos de cavitação central, onde existe um acúmulo de produtos de degradação dessas células (BENOSSI et. al. 2019). A pressão osmótica aumenta e, portanto, a formação cística (CALIN, RUSU, MITREA, 2015).

Há dois tipos de cistos dentígeros relatados na literatura: de desenvolvimento e inflamatórios (DANTAS et. al. 2013). O mais comum é o cisto de desenvolvimento, que envolve a coroa de um dente não irrompido pelo acúmulo de líquido entre as camadas do órgão do esmalte (DEMIRIZ, MISIR, GORUR, 2019). O cisto dentígero de origem inflamatória se desenvolve como consequência de um dente decíduo sobrejacente com inflamação periapical (NEVILLE et al.,2009).

Em relação à prevalência do cisto dentígero, estima-se que ele seja o segundo cisto mais frequente entre todos que ocorrem nos maxilares, representando cerca de 20,6% de todos os cistos revestidos por epitélio nesta região (JOHNSON et. al. 2014). Um estudo feito no Brasil sobre prevalência de lesões císticas revelou uma prevalência de 13,9% de cistos odontogênicos. Na população em geral, a frequência foi estimada em 1,44 cistos odontogênicos para cada 100 dentes não erupcionados (DHUPAR et. al. 2017).

O cisto dentígero ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, entretanto, em crianças, a prevalência é baixa, cerca de 4 a 9% desses cistos ocorrem nos dez primeiros anos de vida (DEMIRIZ, MISIR, GORUR, 2015), a maior ocorrência é na mandíbula e em homens. Os dentes mais acometidos são terceiros molares inferiores, seguidos dos caninos superiores, ocasionalmente, dentes supranumerários e odontomas podem estar envolvidos com a formação do cisto dentígero (CALIN, RUSU, MITREA, 2015; VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010).

### 3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS E HISTOLÓGICAS

Clinicamente, os cistos dentígeros apresentam um crescimento lento e indolor (MARTINELLI-KLÄY et. al., 2019; SANTOS, BABU, 2020). No entanto, esses cistos podem crescer consideravelmente e causar expansão da cortical óssea, assimetria facial, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes, desconforto e parestesia nervosa em casos mais raros (TUWIRQI, KHZAM, 2017). A razão do dano ao nervo ainda não está clara, pode ser explicada por uma compressão mecânica causada pela expansão do cisto ou uma inflamação secundária na parede do cisto (SUMER, BAS, YILDIZ, 2007).

A maioria dos cistos dentígeros são unilaterais e solitários, quando se apresentam bilateralmente e múltiplos, são tipicamente associados a síndromes de desenvolvimento, como: Síndrome de Maroteaux-Lamy, Displasia Cleidocraniana e Síndrome de Gardner (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013). Esse cisto também pode estar

associado ao efeito combinado das medicações ciclosporina e a bloqueadores dos canais de cálcio (DHUPAR et. al. 2017).

Cistos dentígeros são descobertos com frequência em radiografias de rotina para investigar falhas na erupção dentária, ausência de um dente ou mau alinhamento (TUWIRQI, KHZAM, 2017). As imagens radiográficas apresentam uma área radiolúcida unilocular ao redor da coroa de um dente incluso, partindo da junção cimento-esmalte, a qual é cercada por uma área esclerótica bem definida semelhante o folículo dentário (SUMER, BAS, YILDIZ, 2007). A diferenciação radiográfica entre o cisto dentígero e o folículo dentário ocorre através do tamanho, sendo que um folículo normal mede de três a quatro milímetros entre o dente e a margem, enquanto o cisto mede mais do que cinco milímetros (SUMER, BAS, YILDIZ, 2007).

A presença de uma infecção secundária pode mostrar margens irregulares ou mal definidas (SANTOS, BABU, 2020) e cistos maiores, raramente, podem mostrar uma característica multilocular na radiografia, provavelmente, isso acontece devido ao crescimento do cisto em áreas de diferentes densidades ósseas (CALIN, RUSU, MITREA, 2015). Nesses casos, precisamos realizar o diagnóstico diferencial e descartar outras possíveis lesões de origem odontogênica, por exemplo: ameloblastoma sólidos e unicísticos, ceratocistos odontogênicos e outros cistos e tumores odontogênicos (MARTINELLI-KLÄY et. al., 2019).

A relação coroa-cisto pode apresentar-se de três formas nas radiografias, a mais comumente encontrada é o folículo do dente incluso com uma área radiolúcida central bem circunscrita e com uma borda esclerótica radiopaca, a variante lateral é caracterizada por uma cavidade radiolúcida localizada lateralmente ao longo da raiz e cobre parcialmente a coroa do dente incluso e a variante circunferencial, que é um desafio para o diagnóstico de cisto dentígero porque a cavidade radiolúcida envolve todo o dente não erupcionado (SANTOS, BABU, 2020; CALIN, RUSU, MITREA, 2015; BENOSSI et. al. 2019).

Os exames clínicos e radiográficos não indicam o diagnóstico final, pois existem outras lesões similares ao cisto dentígero (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). Assim, a aspiração da lesão deve ser feita em todos os casos, pois grandes lesões podem ser tumores odontogênicos e não cistos, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013). Em seguida, a exérese da lesão e a análise histopatológica da peça cirúrgica para diagnóstico preciso de cisto dentígero devido a similaridade clínica e radiográfica com lesões como ceratocisto odontogênico e o ameloblastoma unicístico (DANTAS et. al 2013).

Histopatologicamente, os cistos dentígeros apresentam características variáveis. No geral, esse cisto possui uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo e delgado, com uma cavidade apresentando um revestimento epitelial composto por duas ou três camadas de células planas ou cuboidais. Este epitélio é não-queratinizado e a formação de projeções epiteliais só está presente associada à infecção secundária (TUWIRQI, KHZAM, 2017). Números variáveis de ilhas de epitélio odontogênico podem ser encontrados dispersos no tecido conjuntivo (BARROSO et. al.2002). Cabe salientar, que é de suma importância a realização de exames histológicos da porção que reveste o cisto para diferenciar lesões benignas de malignas, descartando ou confirmando diagnósticos, como ameloblastomas, os quais requerem um tratamento mais agressivo (CALIN, RUSU, MITREA, 2015).

### 3.3 TRATAMENTO

Devemos considerar alguns critérios importantes para a escolha da modalidade de tratamento para cada caso como idade, proximidade com estruturas anatômicas, tamanho do cisto e importância clínica do dente envolvido (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). As técnicas clássicas para o tratamento de cisto dentígero são a enucleação e a marsupialização (SANTANA, REBELLATO, MACHADO, 2012). Outros procedimentos também têm sido reportados na literatura como a coronectomia e técnicas mais conservadoras.

A enucleação do cisto com a remoção do dente envolvido é a mais resolutiva e raramente observa-se recorrência da lesão (CONTAR et. al 2011). Assim, esse é o tratamento de escolha nos casos de lesões pequenas e distantes de estruturas anatômicas, como do nervo alveolar inferior, por exemplo. Nesses casos, a indicação se dá pelo dente não irrompido ser considerado sem utilidade à função mastigatória ou estética, ou por falta de espaço clínico para a erupção do mesmo (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013).

Nos casos em que há expansão de corticais, o descolamento mucoperiosteal necessário para o tratamento por enucleação pode ser contraindicado, pois a cortical adelgada dificilmente se manterá viável após o rebatimento de um retalho mucoperiosteal. Nessas situações, a opção é um tratamento mais conservador como a marsupialização ou a manobra de decompressão em um primeiro momento cirúrgico (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). A marsupialização e a manobra de decompressão possuem a finalidade de reduzir o tamanho da lesão através da diminuição da pressão intracística (CALIENTO, MANNARINO,

HOCHULI-VIEIRA, 2013). Essas técnicas evitam riscos de fraturas ósseas e lesão nos germes dentários (SANTANA, REBELLATO, MACHADO, 2012).

A marsupialização consiste em criar uma abertura na parede cística, suturando a parede do cisto a mucosa oral para drenagem do conteúdo cístico para possibilitar a erupção do dente associado ao cisto (AOKI et. al 2018). Essa técnica é uma boa opção no manejo de cisto dentígero em crianças por ser uma cirurgia menos traumática e pelo potencial de irrompimento espontâneo pós-marsupialização devido ao maior metabolismo ósseo nas crianças e pela rizogênese incompleta dos dentes envolvidos (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010). Dentes impactados com rizogênese incompleta têm potencial para entrar em erupção uma vez que esse processo está intimamente relacionado ao processo de formação radicular em progresso (TUWIRQI, KHZAM, 2017). Contudo, o que garante a eficácia do tratamento é a inclinação do eixo do dente no osso alveolar, disponibilidade de espaços para a erupção dentária, profundidade do dente na mandíbula e maturidade da raiz (CONTAR et. al 2011). A técnica da marsupialização possui algumas desvantagens como um longo período pós-operatório, a duração do tratamento e o desconforto de deixar a ferida aberta (AOKI et. al 2018).

Nos casos em que não ocorre erupção espontânea em um período de 100 dias após a marsupialização, há a necessidade de decisão terapêutica quanto à extração ou tração ortodôntica (CONTAR et. al. 2011). A decisão de extração do elemento dentário associado ao cisto dentígero pode levar a consequências importantes do ponto de vista funcional, estético e psicológico, principalmente, quando há o envolvimento de dentes anteriores e cistos que acometem crianças (KALASKAR, TIKU, DAMLE, 2007). Além disso, há a dificuldade de reabilitação protética em crianças, as quais encontram-se em plena fase de crescimento. Ainda, em alguns casos pode haver complicações como anquilose, a qual requer a necessidade de um segundo tempo cirúrgico para enucleação (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010).

A primeira técnica descrita na literatura em 1984 foi a coronectomia visto que o cisto dentígero está associado a um dente incluso a partir da junção cimento-esmalte (HENIEN et. al. 2017). Atualmente, esta técnica sofreu alterações e o procedimento visa basicamente a odontosecção da coroa dentária, juntamente com o cisto, mantendo então, as raízes no interior do processo alveolar. Essa técnica é realizada nos casos onde há proximidade ao nervo alveolar inferior ou possibilidade de fratura mandibular durante a extração. Entretanto, há chance de mobilização das raízes e, também, dessas estruturas atuarem como um corpo estranho, sendo uma possível fonte de infecção (HENIEN et. al. 2017).

Outra técnica, descrita em 2019, abordou de uma forma mais conservadora a remoção do cisto (MITCHELL, SINGH, 2019). A presente técnica visa realizar pequenas fenestrações ao redor do cisto, mantendo amplos suportes ósseos entre as cavidades, removendo completamente a lesão. Com isso, o risco de fratura óssea é menor quando comparado a remoção completa do telhado ósseo, acelerando a cura (MITCHELL, SINGH, 2019).

O prognóstico do cisto dentígero é favorável e tem um índice baixo de recidiva 3,7% (CALIENTO, MANNARINO, HOCHULI-VIEIRA, 2013). Contudo, há necessidade de um acompanhamento criterioso por meio de tomadas radiográficas periódicas, principalmente quando se utiliza o procedimento de marsupialização (DANTAS et. al 2013).

## 4 DISCUSSÃO

Este trabalho revisou narrativamente as principais características clínicas, radiográficas e histológicas dos cistos dentígeros, bem como, as opções terapêuticas atualmente disponíveis. O cisto dentígero é considerado um cisto odontogênicobenigno, o qual engloba a coroa de um dente incluso através da junção cimento-esmalte (DANTAS et. al. 2013). Essa lesão possui prevalência comum na população e pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, porém, comumente é diagnosticado em indivíduos que estão entre a primeira e a terceira década de vida, sendo frequentemente encontrados em pessoas de etnia branca e do sexo masculino (VAZ, RODRIGUES, JÚNIOR, 2010).

Algumas teorias foram propostas para etiologia do cisto dentígero. A primeira teoria sugere que os cistos dentígeros são desenvolvidos durante a formação da estrutura dental e ocorrem em dentes permanentes devido da impactação (CALIN, RUSU, MITREA, 2015). Segundo essa teoria, há uma alteração do epitélio reduzido do esmalte que resulta no acúmulo de fluido entre ele e a coroa do dente impactado, dentro do órgão do esmalte. A pressão exercida pelo dente em impactado obstrui o fluxo venoso, aumentando a pressão hidrostática e, conseqüentemente há formação da lesão cística (MOTAMEDI, TALES, 2005). A segunda teoria propõe que os cistos dentígeros são de origem inflamatória e podem acometer a dentição mista (BENOSSI et. al. 2019). De acordo com essa teoria, dentes decíduos que apresentam parâmetros inflamatórios ou estão não vitais que possuem lesões no ápice podem apresentar disseminação da inflamação para o folículo dentário do dente permanente sucessor. A inflamação persistente e prolongada pode causar irritação crônica no saco dentário do dente permanente que está em formação e levar ao desenvolvimento um cisto dentígero (TUWIRQI, KHZAM, 2017).

Clinicamente, os cistos dentígeros são predominantemente assintomáticos, por esta razão tem o potencial de se tornarem grandes e causarem expansão e erosão de cortical. Dor e desconforto geralmente estão presentes se o cisto tiver infectado secundariamente. A maioria das lesões são detectadas durante exames radiográficos de rotina ou em investigações radiológicas sobre a não irrupção de dentes permanentes (BARROSO et. al. 2002; SANTOS, BABU, 2020). Cistos maiores possuem a capacidade de reabsorver ou deslocar as raízes dos dentes adjacentes erupcionados (SANTOS, BABU, 2020). Cistos bilaterais costumam estar associados a síndromes de desenvolvimento ou doenças sistêmicas, em pacientes não síndrômicos é extremamente raro (DHUPAR et. al. 2017; TUWIRQI, KHZAM, 2017).



Radiograficamente, a lesão apresenta-se como uma área radiolúcida unilocular ao redor da coroa de um dente incluso, partindo da junção cimento-esmalte (SUMER, BAS, YILDIZ, 2007), mas pode apresentar progressão lateral ou envolver todo o dente incluso (DANTAS, et. al. 2013). O cisto dentígero com infecção secundária pode mostrar margens irregulares ou mal definidas (SANTOS, BABU, 2020). Ainda, o cisto com áreas multiloculares são por conta da diferença de densidade óssea (BENOSSI et. al. 2019). A suspeita da existência de um cisto dentígero surge quando na imagem radiográfica o espaço folicular mede mais de cinco milímetros, enquanto o folículo normal tem de três a quatro milímetros de diâmetro (CONTAR, et. al. 2011; BENOSSI et. al. 2019; DHUPAR et. al. 2017; TUWIRQI, KHZAM, 2017). A radiografia panorâmica pode ser uma boa opção de exame complementar, no entanto, em casos de lesão extensa, a tomografia computadorizada torna-se um exame necessário (DHUPAR et. al. 2017).

Microscopicamente, o cisto dentígero apresenta uma cavidade revestida por epitélio estratificado não queratinizado contendo entre duas a três camadas de células cuboidais e / ou planas e pequenas ilhas ou cordões de epitélio odontogênico. A cápsula de tecido conjuntivo é geralmente fibrosa e frequentemente desprovida de células inflamatórias (MARTINELLI-KLÄY et. al. 2019; CALIENTO, MANNARINO, VIEIRA, 2013; MOTAMEDI, TALES, 2005; SANTOS, BABU, 2020). Mas quando há uma infecção secundária presente, o tecido conjuntivo é mais denso, com variável infiltração de células inflamatórias crônicas (CALIENTO, MANNARINO, VIEIRA, 2013).

Falhas em identificar e tratar tais cistos produzem expansão de cortical, que varia de cinco meses a três anos para ser notada e pode lesar estruturas circundantes importantes (TUWIRQI, KHZAM, 2017). Os tipos de tratamentos devem levar em consideração tamanho e localização, idade do paciente, dentição envolvida e envolvimento de estruturas vitais (MOTAMEDI, TALES, 2005; DHUPAR et. al. 2017; TUWIRQI, KHZAM, 2017). A completa remoção do cisto é de extrema importância, pelo risco de transformação das células do cisto em ameloblastoma, carcinoma escamoso e carcinoma mucoepidêmico. Atualmente, o tratamento preconizado em lesões pequenas e longe de estruturas anatômicas é enucleação total da lesão e do dente envolvido, sendo a modalidade empregada em 85% dos casos (VAZ, RODRIGUES, JUNIOR, 2010; CALIENTO, MANNARINO, VIEIRA, 2013). Em cistos maiores, usa-se técnica de descompressão ou marsupialização e, posteriormente, a enucleação total da lesão para assim minimizar o risco de injúrias às estruturas vitais circundantes (SANTOS, BABU, 2020; MOTAMEDI, TALES, 2005; DANTAS et. al. 2013).

Este trabalho possui algumas limitações. Esta revisão de literatura foi narrativa e não utilizou métodos sistêmicos de busca e análise dos artigos incluídos. Contudo, uma estratégia de busca simples e baseada nos termos indexados foi utilizada pelos autores. Além disso, avaliações da qualidade dos estudos incluídos foram baseadas nos conhecimentos e na expertise dos autores. Embora, critérios tenham de seleção tenham sido estabelecidos, a avaliação metodológica foi subjetiva e, portanto, sujeita a vieses de seleção. Como ponto forte, pode-se destacar que há poucos estudos atualizados revisando esse tema, sendo a maioria dos artigos publicados apenas relatos de casos sem uma revisão extensa da literatura, a qual pode contribuir para o diagnóstico e manejo clínico.

Portanto, o presente estudo teve como finalidade fazer uma atualização sobre as características clínicas, radiográficas, histológicas, terapêuticas e facilitar o diagnóstico do cisto dentígero. Destaca-se que esta patologia nem sempre apresenta alterações clínicas significantes, contudo, o potencial de transformação neoplásica deve ser considerado. O tratamento varia de acordo com o tamanho da lesão, sua relação com acidentes anatômicos importantes e a possibilidade de aproveitamento no arco dentário dos dentes envolvidos e manutenção da vitalidade dos dentes adjacentes.

## 4 CONCLUSÃO

O cisto dentígero é considerado um cisto odontogênico benigno, o qual envolve a coroa de um dente incluso através da junção cimento-esmalte. A lesão apresenta uma prevalência comum na população e acomete pessoas de qualquer faixa etária. Contudo, sua prevalência é comum em pessoas mais jovens (primeira a terceira década de vida), da cor de pele branca e do sexo masculino. Essas lesões necessitam de uma minuciosa investigação diagnóstica e plano de tratamento adequado, buscando sempre minimizar os danos as estruturas adjacentes.

O exame histopatológico e clínico é fundamental para um diagnóstico efetivo e precoce do cisto dentígero, pois são através deles que descartamos outros tipos de lesões com particularidades semelhantes. Além disso, evita que a lesão atinja grandes dimensões comprometendo estruturas anatômicas vitais. Dessa forma, é de suma importância o acompanhamento pós-operatório do paciente.

É indiscutível que para um correto diagnóstico do cisto dentígero e para indicação do correto tratamento a ser realizado de acordo com as particularidades de cada paciente, é necessário, ao cirurgião-dentista um conhecimento aprofundado das particularidades deste cisto, sempre levando em consideração a possibilidade de malignização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AOKI, N. et al. Multidisciplinary approach for treatment of a dentigerous cyst – marsupialization, orthodontic treatment, and implant placement: a case report. **Journal of Medical Case Reports**. v. 12, n. 1, p. 305, oct. 2018.
- BABU. A; SANTOSH. R. Odontogenic Cysts. **Dental clinics of North America**. v. 64, n. 1, p. 105-119, out./jan. 2020.
- BARROSO, D.S.; HANEMANN, J.A.C.; ARAÚJO, O.M.B. de; PEREIRA, M.C. Cisto dentífero na infância – relato de caso e revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v.5, n.27, p.364-369, set./out. 2002.
- BESSONI, F. I. T. et. al. Cisto dentífero: revisão de literatura e relato de caso. **Revista UNINGÁ**. v. 56, n. 4, p. 104-112, nov. 2019.
- CALIN, D. L.; RUSU, A.; MITREA, M. Prosthetic rehabilitation using implants after enucleation of an extensive mandibular multilocular dentigerous cyst: a case report. **Romanian journal of oral rehabilitation**. v. 7, n. 3, p. 69-77, jul./set. 2015.
- CALIENTO, R.; MANNARINO, F. S.; HOCHULI-VIEIRA, E. Cisto dentífero: Modalidades de tratamento. **Revista de Odontologia UNESP**. Araraquara, v.42 n.6, p. 458-462, nov./dec. 2013.
- CONTAR, C. M. M. et al. Marsupialization of dentigerous cyst: Report of a case. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**. v.14, (Suppl 1), p. 4-6, mar. 2015.
- DANTAS, J. F. C. et. al. Cistodentífero em seio maxilar: relato de dois casos. **Revista de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial**. Camaragibe, vol.13, n.1, p. 41-46, jan./mar. 2013.
- DEMIRIZ L., MISIR A. F., GORUR D. I. Dentigerous cyst in a young child. **European Journal of dentistry**. v.9, n. 4, p. 599–602, out./dez. 2015.
- DHUPAR, A. et. al. Bi-maxillary dentigerous cyst in a non-syndromic child- review of literature with a case presentation. **Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery**. v. 118, n. 1, p. 45-48, fev. 2017.

DUTRA, K. L. et. al. Incidência de anormalidades histológicas em tecido correspondente ao espaço pericoronário de terceiros molares inclusos e semi-inclusos. **Revista de odontologia da UNESP**. v. 44, n. 1, p. 18-23, jan./fev. 2015.

HENIEN, M. et. al. Coronectomy and dentigerous cysts: a review of 68 patients. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**. v. 123, n. 6, p. 670-674, fev./jun. 2017.

JOHNSON, N. R. et. al. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. **Journal of investigative and clinical dentistry**. v. 5, n. 1, p. 9-14, fev.2014.

KALASKAR, R. R.; TIKU, A.; DAMLE, S. G. Dentigerous cysts of anterior maxilla in a young child: a case report. **Jornal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**. v. 25, n. 4, p. 187-90, oct./dec. 2007.

MARTINELLI-KLÄY, C. P. et al. Unusual Imaging Features of Dentigerous Cyst: A Case Report. **Dentistry journal**. v.7, n. 3, p. 76,ago. 2019.

MICHELL, O. R.; SINGH, R. P. Conservative technique for enucleation of a large dentigerous cyst through bony fenestrations. **The British Journal of oral & maxillofacial surgery**. v. 57, n. 7, p. 704-705, jun./set. 2019.

MOTAMEDI, M. H.; TALESH, K. T. Management of extensive dentigerous cysts. **British Dental Journal**. v.198, n.4, p. 203-206, fev. 2005.

NEVILLE, B.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT J. E. **Patologia oral e maxilofacial**. [tradução Danielle Resende Camisasca Barroso et al.]. — Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.

ROJAS, V. L.; ALONSO, C. C.; ROJAS, V. G. Estudio clínico e histopatológico de quistedentígero asociado a diente lateral maxilar: Reporte de caso. **Odovtos International Journal of Dental Sciences**. San José, v. 19, n. 1, p.33-42, abr. 2017.

SANTANA, N. M.; REBELLATO, N. L. B.; MACHADO, M. A. N. Divergências de Tratamento do Cisto Dentígero: Revisão Sistemática. **Revista de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial**. Camaragibe, v.12, n.1, p. 85-92, jan./mar. 2012.

SUMER, M;BAS, B; YILDIZ, L. Inferior alveolar nerve paresthesia caused by a dentigerous cyst associated with three teeth.. **Medicina OralPatologia Oral y Cirurgia Bucal (internet)**. v. 12, n. 5, p. 388-390, set.2007.

TUWIRQI, A. A.; KHZAM, N. What do we know about dentigerous cysts in children: A review of literature.**Journal of Research in Medical and Dental Sciences**. v. 5, (Issue 2), p. 67-79, abr./jun. 2017.

VAZ, L. G. M.; RODRIGUES, M. T. V.; JÚNIOR O. F. Cisto dentífero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **RGO, Revista gaúcha de odontologia (Online)**. Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 127-130, jan./mar. 2010.

WALI, G. G.; SRIDHAR, V.; SHYLA, H. N. A study on dentigerous cystic changes with radiographically normal impacted mandibular third molars. **Journal of maxillofacial and oral surgery**. v. 11, n. 4, p. 458-465, jul./dez. 2012.