

Tratamento conservador do cisto folicular inflamatório – relato de caso

Aline Rosler Grings Manfro*

Rafael Manfro**

Resumo

O Cisto Folicular Inflamatório é uma variação inflamatória do cisto dentígero. A etiologia está sempre relacionada à necrose de um dente decíduo; os produtos decorrentes da necrose pulpar estimulam o crescimento do capuz pericoronário do dente permanente sucessor. Radiograficamente, a imagem é de uma lesão radiolúcida unilocular com limites definidos por osteogênese reacional, envolvendo a coroa de um dente permanente incluso. Os tratamentos propostos na literatura para esse tipo de lesão são a enucleação total da lesão e a marsupialização. A enucleação, além de ser um procedimento cirúrgico mais traumático e radical, coloca em risco a integridade do germe do dente permanente e de estruturas anatômicas nobres. A marsupialização, por sua vez, parece ser um procedimento mais simples se comparado à enucleação, permitindo que o germe do dente permanente continue sua formação e erupção de forma normal, além de reduzir as dimensões da cavidade cística. Os autores discutem a etiologia da lesão e apresentam um caso de cisto folicular inflamatório na maxila, tratado por meio da exodontia do dente decíduo e da marsupialização da lesão cística.

Palavras-chave: Cisto folicular inflamatório. Cisto dentígero. Marsupialização.

1 INTRODUÇÃO

O Cisto Folicular Inflamatório é uma rara variação inflamatória do cisto dentígero descrito inicialmente por Shaw, Smith e Hill (1980). A etiologia está sempre relacionada à necrose de um dente decíduo; os produtos decorrentes da necrose pulpar estimulam o crescimento do capuz pericoronário do dente permanente correspondente. A maior incidência ocorre em crianças com idade inferior a 12 anos e os dentes mais acometidos são os primeiros pré-molares inferiores e incisivos superiores (SHAFER; HINE; LEVY, 1987).

Radiograficamente, a imagem é de uma lesão radiolúcida unilocular com limites definidos por osteogênese reacional envolvendo a coroa de um dente incluso, semelhante a de um cisto dentígero de desenvolvimento (WOOD; GOAZ, 1983). O diagnóstico diferencial entre essas patologias se faz pela observação que adjacente à lesão do cisto folicular inflamatório nota-se a presença de um dente decíduo que normalmente apresenta reabsorção radicular (ERTAS; YAVUZ, 2003). O cisto folicular inflamatório também faz diagnóstico diferencial com o cisto de erupção, que, por sua vez, apresentará mucosa de cor arroxeada pela presença de sangue em seu interior (SHAFER; HINE; LEVY, 1987; WOLDENBERG; GOLDESTEIN; BODNER, 2004).

Histologicamente, o cisto folicular inflamatório apresenta folículo que é composto por um tecido contendo ninhos de epitélio odontogênico que varia de mixomatoso a colágeno-fibroso (WOOD; GOAZ, 1983).

Os tratamentos propostos na literatura para esse tipo de lesão são a enucleação total da lesão e a marsupialização (SHEAR, 1999). A enucleação, além de ser um procedimento cirúrgico mais traumático e radical,

*Mestre em Odontopediatria pela São Leopoldo Maudic, SP; Especialista em Odontopediatria pela Associação Maungaense de Odontologia, PR; doutoranda em Odontopediatria pela Universidade Cruzeiro do Sul, SP; Departamento de Histologia Bucal pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; professora das disciplinas de Clínica Integrada I e II e Estágio Clínico Multidisciplinar.

** Doutorando em Implantodontia pela SL Mandic, São Paulo; manfroimplante@hotmail.com

coloca em risco a integridade do germe do dente permanente e de estruturas anatômicas nobres (ERTAS; YAVUZ, 2003). A marsupialização, por sua vez, parece ser um procedimento mais simples se comparado à enucleação, permitindo que o germe do dente permanente continue sua formação e erupção de forma normal (SHAW; SMITH; HILL, 1980; ERTAS; YAVUZ, 2003), além de reduzir as dimensões da cavidade cística (HYOMOTO et al., 2003). Em algumas situações, o tratamento ortodôntico se faz necessário para permitir a erupção do dente permanente envolvido na posição correta (TAKAGI; KOYAMA, 1998; MORO-ANTONIO; PUENTE, 2001).

A proposta do trabalho é apresentar um caso clínico e discutir a patologia e o tratamento proposto para o cisto folicular inflamatório.

2 CASO CLÍNICO E DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Paciente do gênero masculino, leucoderma, 9 anos e 2 meses de idade, compareceu ao consultório odontológico com queixa de aumento de volume do lado direito da maxila.

Ao exame físico extraoral observou-se pequena assimetria facial com discreto aumento de volume do lado direito da região paralateronasal. No exame clínico intrabucal demonstrou aumento de volume do lado direito da maxila, tanto por vestibular quanto por palatino, com deslocamento dos dentes 53 e 12 (fotografia 1 e 2). Sob palpação esse aumento de volume tinha consistência óssea em toda a sua extensão. A mucosa não apresentava alteração de cor, continuidade e volume. Ao ser questionada sobre o tempo de evolução, a mãe relatou que essa situação já estava ocorrendo há aproximadamente um ano.



Fotografia 1: Vista intrabucal em que se pode observar a perda do fundo de vestibulo bucal em virtude do aumento de volume. Observa-se também a situação normal da mucosa e o deslocamento do dente 12



Fotografia 2: Vista oclusal em que é observado um aumento de volume discreto do lado direito do palato. Observar também o deslocamento dos dentes 12 e 53

No exame por imagens observou-se uma imagem radiolúcida de limites definidos com deslocamento do germe do dente 13. Foi possível observar também o estado avançado de rizólise do dente 53 (Fotografia 3).



Fotografia 3: Radiografia panorâmica pré-operatória. Observa-se lesão radiolúcida unilocular de limites definidos envolvendo a coroa do germe do dente 13. Observar o deslocamento do germe do dente 13 quando comparado com o germe do dente 23

A primeira hipótese diagnóstica, após análise do exame clínico e radiográfico, foi de cisto folicular inflamatório. Realizou-se teste de vitalidade do dente 53 que comprovou necrose, sendo este mais um dado indicativo da possibilidade diagnóstica, já que essa lesão está sempre associada a um dente decíduo desvitalizado.

A lesão foi tratada por meio da exodontia do dente 53 e marsupialização do cisto pelo alvéolo do próprio dente extraído. A cirurgia foi realizada sob anestesia local (articaína 4% com adrenalina 1:200.000/Septodont)[®], acompanhada de biópsia incisiva. Foi mantida uma gaze embebida em anestésico tópico por três dias, com o intuito de manter a loja cirúrgica aberta (Fotografia 4). O material foi encaminhado para exame histopatológico e confirmou-se o diagnóstico de cisto folicular inflamatório.



Fotografia 4: Pós-operatório imediato em que se observa o curativo intra-alveolar mantendo a cavidade de marsupialização

No controle radiográfico de seis meses observou-se a diminuição da loja cística e o movimento eruptivo espontâneo do dente 13, que já se encontrava com o mesmo grau de erupção do germe do dente 23 (Fotografia 5).



Fotografia 5: Radiografia panorâmica, controle de seis meses. É notada a regressão da lesão e a erupção espontânea do germe do dente 13, que apresenta agora o mesmo nível de desenvolvimento radicular e posição semelhante ao dente 23

3 DISCUSSÃO

O cisto dentígeno tem etiologia desconhecida, e dentro da classificação dos cistos odontogênicos é considerado um cisto de desenvolvimento. Sua variante inflamatória, também conhecida por cisto folicular inflamatório, tem sua origem bem definida e está diretamente relacionada com a necrose de um dente decíduo. Os produtos da degeneração da polpa necrosada provocam a proliferação de células do capuz pericoronário do dente permanente adjacente (SHAW; SMITH; HILL, 1980). Essa proliferação celular, com degeneração das células mais internas por dificuldade de nutrição, acarreta na formação de um cisto que envolverá a coroa do dente permanente. Por sua vez, Shear (1999), não classifica como uma variante do cisto dentígeno, acredita que é um cisto radicular do dente decíduo que acomete o germe do permanente. A imagem radiográfica também é semelhante a de um cisto dentígeno; de desenvolvimento, com exceção da presença do dente decíduo desvitalizado que, normalmente, estará com a raiz parcialmente reabsorvida (SHAW; SMITH; HILL, 1980).

O cisto folicular inflamatório é quase sempre revelado por um exame radiográfico de rotina ou pela queixa de aumento de volume da área afetada. A lesão descrita pelos autores tem as características de uma lesão benigna, pois apresenta um aumento de volume lento com expansão óssea e sem características histológicas condizentes com neoplasias.

O exame clínico deve sempre ser complementado pelos exames radiográfico e histopatológico. A radiografia panorâmica é a indicada para análise do dimensionamento do cisto e sua relação com estruturas anatômicas adjacentes (SILVA; MEDEIROS; MEDEIROS, 1995). No caso apresentado, a imagem revelou uma lesão radiolúcida unilocular envolvendo a coroa do germe do dente 13, sugestiva de um cisto dentígeno. Entretanto, a reabsorção radicular do dente 53, a comprovação clínica de necrose do mesmo dente, além da análise do resultado histopatológico confirmou o diagnóstico de Cisto Folicular Inflamatório.

O exame histopatológico é de extrema importância, pois além de estabelecer um diagnóstico definitivo para a patologia, existe a possibilidade de o cisto sofrer proliferação ameloblástica (AZAR; SHTEUER, 1973), visto que aproximadamente 30% das lesões ameloblásticas surgem a partir de cistos foliculares.

O tratamento do cisto folicular inflamatório é a enucleação ou a marsupialização (SHEAR, 1999). A enucleação, procedimento cirúrgico radical, consiste na remoção total da lesão cística. A marsupialização, por sua vez, é o tratamento conservador proposto para a patologia. Para Brook e Winter (1975), o tratamento para o cisto folicular inflamatório consiste na extração do dente decíduo desvitalizado e na marsupialização da lesão cística.

A técnica de marsupialização é útil para a promoção da erupção de dentes associados com lesões císticas (TAKAGI; KOYAMA, 1998). Miyawaki et al. (1999) afirmam que dentes impactados, associados à lesão cística, são capazes de erupcionar mais rapidamente se a marsupialização é realizada quando o dente ainda possui capacidade eruptiva.

Piassi et al. (2003) descreveram um caso clínico de cisto folicular inflamatório associado ao dente 85 (segundo molar decíduo inferior direito) desvitalizado, no qual foi instituído o mesmo tratamento proposto no caso apresentado, e após 12 meses de controle, o exame radiográfico demonstrava excelente recuperação óssea. Ao exame clínico, o dente apresentava-se completamente irrupcionado.

Benn e Altini (1996) apresentaram 15 casos de cistos foliculares inflamatórios, nos quais o tratamento proposto foi extração dos dentes decíduos necrosados e marsupialização da lesão cística. Os autores afirmam que o tratamento oferecido permitiu a irrupção normal do sucessor permanente.

A opção pelo tratamento conservador foi feita em virtude das dimensões do cisto, da maior possibilidade de manutenção do germe do dente 13, além da facilidade operacional de execução do tratamento, podendo este ser realizado em nível ambulatorial, apenas com anestesia local.

O aspecto radiográfico após seis meses de controle, em que se observa a diminuição das dimensões da lesão e principalmente a posição de erupção do dente 13 simétrica ao do dente 23, confirma o sucesso do tratamento executado pelos autores.

4 CONCLUSÃO

O Cisto Follicular Inflamatório é uma variante inflamatória do cisto dentígero. Tem origem bem definida, diretamente relacionada com a necrose de um dente decíduo, e como comprova o caso clínico apresentado, a marsupialização é a melhor opção de tratamento.

Conservative treatment of inflammatory follicular cyst – case report

Abstract

The cyst follicular inflamatório is a variation of inflammatory dentigerous cyst. The etiology is always related to necrosis of a tooth decíduo, and the products resulting from the pulp necrosis stimulate the growth of hooded pericoronário the tooth permanent successor. Radiographically, the image is of an injury radiolucent unilocular with boundaries defined by osteogenesis reaction, involving the crown of a tooth even permanent. The treatments offered in the literature for this type of injury are a total of enucleation and marsupialização injury. The enucleation, besides being a surgical procedure more traumatic and radical, puts at risk the integrity of the tooth germ of permanent and noble anatomical structures. The marsupialização, in turn, seems to be a simpler procedure compared to enucleation, allowing the germ of the permanent tooth continue their training and erupcione so normal, besides reducing the size of the cystic cavity. The authors discuss the etiology of the injury and present a case of follicular cysts in the jaw inflammatory, addressed through the exodontia of tooth decíduo and marsupialização of cystic lesion.

Keywords: Inflammatory follicular cyst. Dentigerous cyst. Marsupialization.

REFERÊNCIAS

AZAZ, B.; SHTEYER, A. Dentigerous cysts associated with second mandibular bicuspid in children: report of five cases. **J Dent Child**, v. 40, n. 1, p. 29-31, 1973.

BENN, A.; ALTINI, M. Dentigerous cysts of inflammatory origin. **Oral Surg Oral Med Oral**, v. 81, n. 2, p. 203-209, 1996.

BROOK, A. H.; WINTER, G. B. Development arrest of permanent tooth germs following pulpar infection of deciduous teeth. **Br Dent J**, v. 139, n. 9, p. 9-11, 1975.

ERTAS, U.; YAVUZ, M. S. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 61, n. 6, p. 728-730, 2003.

HYOMOTO, M. et al. Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. **Am J Orthod Dentofac Orthop**, v. 124, n. 5, p. 515-520, 2003.

MIYAWAKI, S. et al. Eruption speed and rate of angulation change of a cyst-associated mandibular second premolar after marsupialization of a dentigerous cyst. **Am J Orthod Dentofac Orthop**, v. 116, n. 5, p. 578-584, 1999.

MORO-ANTONIO, J. M.; PUENTE, M. Surgical-orthodontic treatment of an impacted canine with a dentigerous cyst. **J Clin Orthod**, v. 35, n. 8, p. 491-493, 2001.

PIASSI, E. et al. Cisto folicular inflamatório – importância na odontopediatria. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 31, p. 218-221, 2003.

SHAFFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

SHAW, W.; SMITH, M.; HILL, F. Inflammatory follicular cysts. **J Dent Child**, v. 47, n. 2, p. 11-25, 1980.

SHEAR, M. **Cistos da região bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1999.

SILVA, E. P.; MEDEIROS, P. L.; MEDEIROS, P. J. Cisto folicular inflamatório. Revisão de literatura e relato de caso. **Rev Bras Odont**, v. 52, n. 4, p. 23-28, 1995.

TAKAGI, S.; KOYAMA, S. Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 56, n. 2, p. 237-239, 1998.

THOMA, K. H. **Oral surgery II**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1969.

WOLDENBERG, Y.; GOLDESTINEIN, J.; BODNER, L. Eruption cyst in the adult – a case report. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 33, n. 8, p. 804-805, 2004.

WOOD, N. K.; GOAZ, P. W. **Diagnóstico diferencial das lesões bucais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.

