

Cisto Dentígero Associado à Fístula Cutânea – Relato de Caso

Dentigerous cyst Associated with Cutaneous Fistula - Case Report

Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli¹

Felipe Bravo²

Fernando de Oliveira Martorelli³

Érica Cavalcanti Passos de Medeiros⁴

Erika von Söhsten Marinho⁵

Stephane Alves de Almeida⁶

1- Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, Professor da Faculdade de Odontologia do Recife (FOR)

2- Cirurgião-Dentista, Doutorando UFPE

3- Cirurgião-Dentista

4- Acadêmica de Odontologia (UFPE)

5- Mestranda UFPE

6- Acadêmica de Odontologia - UPE

Correspondência:

Av. Conselheiro Aguiar, 1360 – Sala 128

– Boa Viagem - Recife – PE – CEP 51011-

030 - Telefone para contato: (081)

34655521 / 34658982

Email:

smartorelli_maxilofacial@hotmail.com

RESUMO

Os cistos odontogênicos são patologias com frequente ocorrência na cavidade oral podendo apresentar aspectos clínicos e histológicos variados, com seu início provavelmente associado à proliferação de restos epiteliais. Os cistos dentígeros estão associados à coroa de um dente retido ou impactado, acometendo geralmente pacientes jovens entre a segunda e a quarta décadas de vida. Radiograficamente se apresentam como uma lesão radiolúcida, bem circunscrita e circundada por uma borda fina e radiopaca. São, de maneira geral assintomáticos, podendo eventualmente infectarem-se, apresentando, assim, sintomatologias. As infecções odontogênicas ou do periodonto podem drenar através de fístulas extra-orais podendo deixar cicatriz significante. Este trabalho relata um caso de cisto dentígero infectado e associado a uma fístula cutânea. O tratamento proposto foi a enucleação cística e debridamento da fístula cutânea, com acompanhamento de dois anos.

Palavras-chave: Fístula; Cisto Dentígero; Cirurgia Bucal

ABSTRACT

The cysts are odontogenic pathologies with frequent occurrence in oral cavity and may present clinical and histological variety, with its beginning probably associated with the proliferation of epithelial remnants. The dentigerous cysts are associated with the crown of an impacted or unerupted tooth, usually involving young patients between the second and fourth decades of life. Radiographically appear as a radiolucent lesion, well circumscribed and surrounded by a thin and radiopaque contour. Odontogenic or periodontal infection can drain through extra-oral fistulas and may cause significant scarring. We report a case of an infected dentigerous cyst associated with cutaneous fistula. The proposed treatment was the cystic enucleation and fistula debridement.

Key words: Fistula; Dentigerous Cyst; Oral Surgery

INTRODUÇÃO

Cisto é definido como uma cavidade recoberta por epitélio, contendo material líquido ou semi-sólido, originado às custas de tecido epitelial embrionário, podendo ainda ser intra-ósseo e de característica calcificante.

Os tipos mais freqüentes são: cisto periapical (65%), cisto dentígero (24%) e cisto primordial ou queratocisto (5 a 8%)

O cisto dentígero provém de remanescentes do órgão do esmalte, sobre a coroa de um dente não erupcionado. O estímulo para a formação do cisto dentígero é um processo de má erupção dental: impactação; trauma. Caracteriza-se histologicamente por ser um cisto que envolve uma coroa dental, sendo esta última geralmente ectópica. Quando presente na maxila, a coroa dental projeta-se no seio maxilar. Em

casos raros, o cisto dentígero pode evoluir para um ameloblastoma ou um carcinoma.

Apresentamos o relato de um caso de cisto dentígero infectado associado a fístula cutânea. O tratamento proposto foi a enucleação cística sob anestesia geral e debridamento da fístula cutânea.

REVISÃO DA LITERATURA

Os cistos odontogênicos são lesões derivadas de remanescentes do epitélio do órgão do esmalte. É frequente a sua ocorrência na cavidade oral, caracterizando-se como um grupo de lesões com aspectos clínicos e histopatológicos distintos. Alguns cistos odontogênicos, tais como o radicular e o dentígero, apresentam curso clínico benigno com crescimento lento e assintomático¹.

A hipótese mais aceita para formação de cistos seria a que associa seu início à

proliferação de restos epiteliais, levando à formação de ilhotas que, por serem avasculares, degeneram em sua região central. Estando longe do tecido conjuntivo vizinho, liberam enzimas que degeneram o próprio protoplasma celular, liquefazendo as células mortas. O líquido intracístico apresenta maior pressão osmótica em relação aos líquidos dos tecidos vizinhos circunjacentes, o que levaria ao progressivo crescimento do cisto².

Os tipos mais freqüentes são o cisto periapical, o cisto dentígero e o cisto primordial ou queratocisto. A maioria destes cistos é manipulada em consultórios odontológicos, sendo submetidos a procedimentos cirúrgicos como enucleação simples, curetagem, marsupialização e extração dentária. A intervenção em cistos que se expressam em seio maxilar pode levar à formação de fístula oroantral.^{3,4}

Apresentam uma incidência maior na mandíbula do que na maxila. Quando presentes na maxila, geralmente invadem e comprometem o seio maxilar⁵⁻⁸. O estudo radiológico é imprescindível para a delimitação do crescimento cístico, orientando a abordagem cirúrgica⁸.

O exame histopatológico da peça cirúrgica é fundamental para o diagnóstico acurado, principalmente na diferenciação do ceratocisto com os outros cistos odontogênicos e para excluir a possibilidade de neoplasia odontogênica, especialmente o ameloblastoma^{7,9}.

Os cistos dentígeros de desenvolvimento são resultantes de uma alteração degenerativa do epitélio reduzido do órgão do esmalte e desenvolvem-se associado à coroa de um dente retido ou impactado, caracterizando-se por acúmulo de fluido entre a coroa dentária e o epitélio reduzido do órgão do esmalte¹⁰⁻¹².

As lesões são mais comuns em pacientes jovens, entre segunda e quarta décadas de vida, do gênero masculino e leucodermas. São normalmente assintomáticos, sendo descobertos em radiografias de rotina. Podem se transformar em lesões agressivas, produzindo destruição óssea considerável com expansão cortical e assimetria facial¹³.

Os achados radiográficos envolvem uma lesão radiolúcida, bem circunscrita, uni ou multilocular solitária, circundada por uma borda fina e radiopaca com uma periferia regular inoculada¹⁴.

As localizações mais comuns são as áreas de terceiros molares inferiores,

seguidos pelos terceiros molares superiores e caninos superiores¹⁵.

O envolvimento cístico de um terceiro molar inferior não erupcionado pode resultar em destruição do ramo da mandíbula, estendendo-se até o processo coronóide e côndilo, bem como em expansão da tábua cortical devido à pressão interna exercida pelo crescimento contínuo da lesão. Em associação com esta reação, pode haver deslocamento do terceiro molar a tal ponto que, às vezes, o dente fica junto ao bordo inferior da mandíbula. Em caso de cisto associado ao canino superior, frequentemente ocorre expansão da região anterior da maxila, podendo apresentar alguma semelhança com uma sinusite ou celulite¹⁶.

O tratamento está geralmente, na dependência do tamanho da lesão. Aquelas consideradas pequenas podem ser removidas por cirurgia. As maiores, que envolvem grande perda óssea e adelgaçam perigosamente o osso, são, com freqüência, tratados por inserção de um dreno cirúrgico ou por marsupialização¹⁷.

Devido ao potencial de transformação dos cistos dentígeros em outras entidades patológicas de origem odontogênica, é de extrema importância o exame histopatológico da parede cística para excluir a possibilidade de degeneração do epitélio caracterizando um ameloblastoma ou carcinoma¹³.

Apesar da recidiva dos cistos dentígeros ser rara, caso haja a remoção cirúrgica incompleta, existe a possibilidade de desenvolvimento de um ameloblastoma a partir dos restos epiteliais da parede do cisto ou desenvolvimento de um carcinoma epidermóide de mesma origem¹⁸.

Infecções odontogênicas são aquelas que têm origem nas estruturas que constituem os dentes e o periodonto. A maioria das infecções odontogênicas é de natureza multimicrobiana, por ter a cavidade bucal um meio de flora residente normal muito vasto¹⁹.

Os fatores preponderantes para a instalação de um processo infeccioso local ou difuso são o tipo de microorganismos envolvidos na patogênese e sua virulência, o estado geral do hospedeiro e a anatomia regional da área acometida¹⁹.

Na avaliação clínica do paciente deve ser observado o estado geral de saúde além de suas afecções locais. No que diz respeito à avaliação clínica do paciente, deve ser apurada a história pregressa e familiar do

mesmo, o tempo de evolução da entidade mórbida e possíveis tratamentos prévios. Na avaliação loco-regional, devem ser observados os sinais e sintomas presentes: trismo, tumefação, fístulas, áreas de coleção purulenta, comprometimento das vias aéreas, disfagia e outros problemas¹⁹.

A drenagem espontânea de uma fístula extra-oral pode deixar cicatriz significativa²⁰.

Diante dos achados clínicos e complementares devemos direcionar o tratamento, o qual nas infecções odontogênicas é realizado com a união de três princípios básicos: drenagem cirúrgica, antibioticoterapia adequada e, principalmente, a remoção da causa, sendo acrescido ainda a promoção de cuidados suplementares que evitem a recidiva ou manutenção do foco infeccioso¹⁹.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, natural de Triunfo – PE, 17 anos, estudante, procurou a Clínica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Central de Saúde Bucal do SASSEPE – PE, com queixa de supuração na hemi-face esquerda há cerca de 15 dias. Sem queixas de qualquer outra sintomatologia associada.

Ao exame clínico extrabucal, apresentou face simétrica, cadeias ganglionares cervico-faciais sem evidências de engurgitamentos. Uma fístula cutânea na região de ângulo mandibular esquerdo pode ser percebida de onde, sobre pressão moderada, fluía conteúdo sero-purulento. (Fig.1)



Figura 1 – Aspecto extra-oral da lesão

Solicitamos uma radiografia panorâmica, que evidenciou inclusão do 38 associada a uma lesão osteolítica, bem circunscrita e delimitada, sugestiva de cisto dentígero. Inclusão dos 18, 28, 48. (Fig. 2 e Fig3).

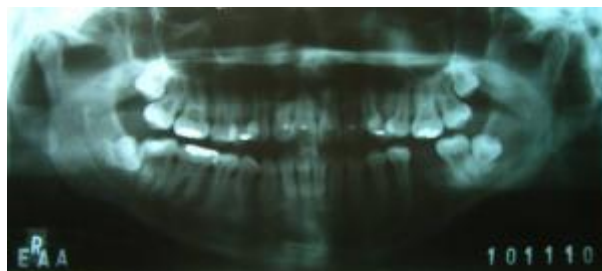


Figura 2 – Radiografia Panorâmica Inicial

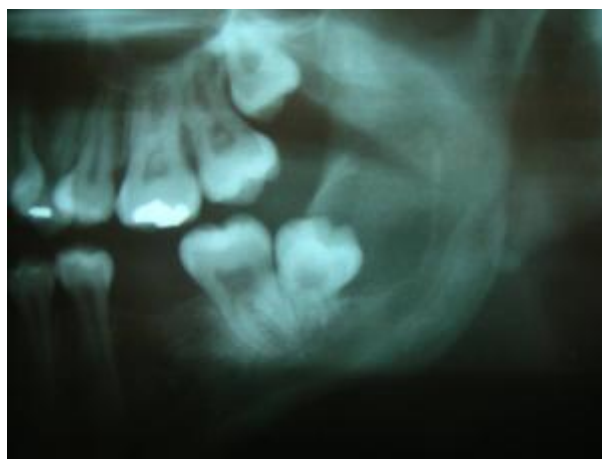


Figura 3 – Detalhe da Região

Confrontando os dados clínicos e radiográficos, firmamos um diagnóstico provisório de cisto dentígero infectado, associado a fístula cutânea.

Solicitou-se, então, todos os exames pré-operatórios rotineiros, que encontravam-se dentro do padrão de normalidade, inclusive imagens radiográficas complementares (PA para mandíbula de boca aberta). Foi proposta a enucleação cística, exérese do 38 e dos 18, 28 e 48 sob anestesia geral e debridamento da fístula cutânea.

Após a indução anestésica e manutenção da mesma pela equipe de anestesia através de técnica mista (gasosa e venosa) com ventilação mantida por intubação naso-traqueal, após o tamponamento oro-faríngeo a cirurgia iniciou-se através da exérese dos 18, 28 e 48 pela técnica tradicional. Após uma incisão retro-molar esquerda, estendendo-se até região do 34, realizou-se o descolamento muco-periosteal. Com brocas para PM no. 702, iniciou-se a osteotomia / osteotomia e uma vez exposta a coroa do 38, com emprego de elevador de Seldin reto efetuou-se a exérese do mesmo. O cisto foi curetado simultaneamente mediante emprego de curetas de Lucas e periodontais,

até não ser mais observado remanescente da cápsula.

Uma pinça hemostática de Halstad foi introduzida através da fístula até o transpasse do periósteo. Pelo pinçamento interno de uma fita cardíaca, através de manobras de vai-e-vem, destruiu-se o trajeto fistuloso. (Fig. 4). Um tamponamento medicamentoso com gaze empregnada em pomada de Neomicina/Bacitracina foi aposicionada na loja cística e a sutura periférica empreendida por meio de fios de seda 2-0 (Fig. 5). Na fístula cutânea introduziu-se um dreno laminar e um ponto de sutura numa das margens manteve-o em posição. Todo o material removido foi encaminhado para exame histopatológico.



Figura 4 – Debridamento do trajeto fistuloso



Figura 5 – Tamponamento Medicamentoso

No 3º. dia de pós-operatório, foi removido o dreno e a gaze medicamentosa trocada a cada 07 dias com prévia irrigação/aspiração com soro fisiológico. Um

curativo externo seco foi mantido sobre a ferida e trocado até não mais apresentar supuração (14º. dia do pós-operatório).

O resultado do exame histopatológico foi compatível com cisto dentígero. No 30º. dia, por apresentar-se completamente epitelizada, a loja cística foi deixada aberta.

Controles periódicos de 30, 60, 90 dias; 06 meses, 01 ano e 02 anos foram realizados, clínica e radiograficamente, mostrando completa recuperação das áreas operadas. (Fig. 6 e 7). Pelo excelente aspecto cosmético final, não foi necessária qualquer cirurgia reparadora na região da fístula cutânea.



Figura 6 – Controle após dois anos



Figura 7 – Controle após dois anos

A paciente encontra-se ainda em preservação, que perdurará até o 5º. ano de pós-operatório, findo os quais receberá alta ambulatorial caso não apresente sinais clínico/radiográficos de recidiva.

DISCUSSÃO

Apesar de incomum, lesões císticas podem infectar, originando fístulas por

onde o conteúdo infectado drena. O cirurgião-dentista deve estar atento às alterações radiográficas compatíveis com cistos a fim de instituir tratamento adequado o mais rápido possível, evitando assim complicações decorrentes dessas patologias.

REFERÊNCIAS

1. Reisi S, Medrado A, Barbosa D, Silva S. - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA MATRIZ COLAGÊNICA NOS CISTOS ODONTOGÊNICOS, 2004.
2. REVISTA BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA 71 (3) PARTE 1 MAIO/JUNHO 2005
3. Daley TD, Wisoccki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral jaw cysts in Canadian population. Oral surg 1994; 77:276-80.
4. Shear M. Cysts of the jaw, recent advances. J Oral Pathol 1985;14:43-59
5. Anniko M, Anneroth G, Bergstedt H, Ramström G. - Jaw cysts with special regard to keratocyst recurrence - a long term follow-up. Arch. Otolaryngol, 233:261-269, 1981.
6. Dayal VS, Jones J, Noyek AM. - Management of odontogenic maxillary sinus disease. Otolaryngol. Clinics of North America, 9(1):213-222, 1976.
7. Regezi JA, Courtney MR, Batsakis JG. - The pathology of head and neck tumors: cysts of the jaws, part 12. Head and Neck Surgery, 4:48-57, 1981.
8. Nortjé CJ, Farman AG, Joubert JJV. Pathological conditions involving the maxillary sinus: their appearance on panoramic dental radiographs. British Journal of Oral Surgery, 17:27-32, 1980.
9. Enriquez RE, Ciola B, Bahn SL. - Verrucous carcinoma arising in an odontogenic cyst. Oral Surg 2:151-156, 1980.
10. Bernick S. Dentigerous cysts of the jaw. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1949 2:914-21.
11. Damante JH, Fleury RN. A contribution to the diagnosis of the small dentigerous cyst or the paradental cyst. Pesqui Odontol Bras. 2001 Jul./Set.;15(3):238-46.
12. Main DM. Epithelial jaw cysts: a clinicopathological reappraisal. Br J Oral Surg. 1970 Nov.;8(2):114-25.
13. Cataldo E, Santis HR. A Clínico-Pathologic Presentation. Journal of the Massachusetts Dental Society, v.44, n.1, p.52, 1995.
14. Ustuner E. Bilateral maxillary dentigerous cyst: A case report. Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod, n. 95, p. 632-635, 2003.
15. Shaffer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de Patologia Bucal. 4.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. Sec.1, Cap. 4, p. 239-94.
16. Kusakawa J. Dentigerous cyst associated with deciduous tooth. Oral Surg. v. 73, n. 4, p. 415- 418, Apr. 1992.
17. Graziani, M. Cirurgia dos Cistos Foliculares ou Dentígeros. In: Cirurgia Bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Cap. 19, p. 299-307.
18. Daley TD, Wysocki GP. The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1995 Jan.;79(1):77-81.
19. Vasconcellos BCE, Cauás M, Albert DGM, Nascimento GJF, Holanda GZ. - Disseminação de Infecção Odontogênica através das Fácias Cervicais Profundas - Relato de Caso Clínico. Rev. Cir. Traumat. Buco - Maxilo-Facial, v.2, n.1, p. 21-25, jan/jun - 2002
20. Munhoz EA, Fischer IR, Bullen R, Sant'Ana E, Consolaro A. Manifestação bizarra de fístula extrabucal com comunicação intra-bucal. Rev Bras Otorrinolaringol 2007;73(6):849.