

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DENTÍGERO NA
MAXILA – RELATO DE CASO

DAYANE OLIVEIRA DE SOUZA

MANAUS

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DENTÍGERO NA
MAXILA – RELATO DE CASO

Monografia apresentada à disciplina de
TCC II da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Amazonas, como
requisito parcial para obtenção do título de
cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Msc Giorge Pessoa de Jesus

MAMANUS

2011

DAYANE OLIVEIRA DE SOUZA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DENTÍGERO NA
MAXILA – RELATO DE CASO

Monografia apresentada à disciplina de
TCC II da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Amazonas, como
requisito parcial para obtenção do título de
cirurgião-dentista.

Aprovado em 11 de Novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc Giorge Pessoa de Jesus, Presidente

Universidade Federal do Amazonas

Prof^a. Carina Toda, Membro

Universidade Federal do Amazonas

Prof. Max Eduardo Amorim, Membro

Universidade Federal do Amazonas

“Aos meus pais,
meus irmãos e minha
filha.”

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida.

Aos meus pais, Aldenora e Adão, pela oportunidade, pelo esforço, apoio, por me acompanharem nessa jornada com tanta dedicação e sacrifício...

Muito Obrigada! Eu amo vocês!

Aos meus irmãos por participarem de alguma forma.

À minha filha Manuela, obrigada pela compreensão nos momentos em que eu não pude participar de suas atividades, por ser minha alegria de cada dia, minha inspiração e meu motivo maior para viver...

**Amo você princesa! Você é a razão da
minha vida!**

Aos meus amigos, Maria Tereza, Eliane, Hamanda, José Felipe, Thaysa, Rosangela, Alzemira e a todos os meus colegas de turma, por compartilharem comigo muitos momentos de alegria e de tristeza e realizações...

Vocês são muito especiais!

À minha querida dupla Mara pela paciência, companheirismo e apoio...

Obrigada amiga!

Ao meu orientador George Pessoa de Jesus pela confiança depositada durante este ano, pela paciência e conhecimento transmitido. Você é um exemplo de profissional a ser seguido.

Aos mestres, que durante esses cinco anos, foram essenciais no meu aprendizado.

RESUMO

O cisto dentígero é o segundo cisto odontogênico mais freqüente na cavidade bucal. Este se desenvolve pelo acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente. Esta lesão está associada a dentes inclusos, sua maior incidência ocorre durante a 2º e 3º décadas de vida, normalmente assintomática e de crescimento lento, podendo alcançar tamanhos significativos. Este trabalho relata o tratamento cirúrgico de cisto dentígero na maxila em paciente de 16 anos, através de marsupialização para descompressão da lesão e posterior enucleação, além de reabilitação estético-funcional através de realização de enxerto ósseo autógeno seguido de implantes dentários e confecção de próteses implanto-suportadas.

Palavras-chave: Cisto Dentígero, Transplante Ósseo, Implante Dentário.

SUMMARY

The dentigerous cyst is the second most frequent odontogenic cyst in the oral cavity. It develops due to the accumulation of liquid between the reduced enamel epithelium and the tooth crown. This lesion is associated with impacted teeth and its higher incidence occurs during the 2nd and 3rd decade of life, normally being asymptomatic and with slow growth, and it may reach significant size. The aim of this study was to report a surgical treatment of the dentigerous cyst in the maxilla of a 16-year old patient using marsupialization for the decompression of the lesion and later enucleation, as well as esthetic-functional rehabilitation by means of autogenous bone graft followed by dental implants and implant-supported dentures.

Keywords: Dentigerous cyst, bone transplantation, dental implant.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Exame clínico extra-bucal	30
Figura 2 - Exame clínico intra-bucal.....	31
Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial.....	31
Figura 4 - Biópsia incisional.....	32
Figura 5 - Laudo histopatológico.....	33
Figura 6 - Marsupialização utilizando dreno.....	33
Figura 7 - Radiografia panorâmica após 8 meses de descompressão	34
Figura 8 - Biópsia excisional e remoção dos dentes envolvidos	35
Figura 9 - Radiografia panorâmica após enucleação	35
Figura 10 - Enxerto ósseo autógeno.....	36
Figura 11 - Instalação dos implantes e confecção da prótese implanto-suportada.....	37
Figura 12 – Radiografia panorâmica de osseointegração	38
Figura 13 - Aspecto final.....	38

SUMÁRIO

RESUMO	7
SUMMARY	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3. OBJETIVO.....	28
4. RELATO DE CASO.....	29
5. DISCUSSÃO.....	39
6. CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

INTRODUÇÃO

O cisto dentígero é o mais comum de todos os cistos odontogênicos e representam cerca de 20-24% dos cistos maxilares. Seu desenvolvimento acontece em torno da coroa de um dente retido pela expansão do folículo quando o fluido preenche ou é criado um espaço entre o epitélio reduzido do esmalte e esmalte de um dente impactado (KIRTANIYA et al. 2010). VAZ, RODRIGUES, FERREIRA JÚNIOR (2010) acreditam que a proliferação epitelial em torno de uma cavidade preenchida por líquido, cresça continuamente por pressão osmótica durante um extenso período de tempo, enquanto o dente não irromper. FERREIRA et al 2000 citam que a inserção do epitélio cístico se encontra na junção amelocementária. São encontrados com mais frequência em torno da coroa de terceiro molar inferior, terceiro molar superior e, raramente, incisivo central superior (KALASAR, TIKU, DAMLE, 2007). De crescimento lento e assintomático, ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, podendo atingir dimensões consideráveis, o que causa deformidade facial, impactação e deslocamento de dentes e estruturas próximas (VAZ, RODRIGUES, FERREIRA JÚNIOR, 2010).

O diagnóstico é proposto a partir de exame clínico e radiográfico, porém sua confirmação acontece somente a partir de exame histopatológico. Radiograficamente, é caracterizado por uma imagem radiolúcida, uni ou multilocular, bem delimitada, envolvendo a coroa de um dente incluso (NEVILLE et al, 2009). Histologicamente, o cisto dentígero consiste em uma parede fibrosa, revestido por epitélio escamoso

estratificado, que pode exibir, ocasionalmente, células mucosas, células ciliadas e, raramente, células sebáceas (FERREIRA, MIRAND, BOTELHO, 2007).

O tratamento é cirúrgico e determinado de acordo com o tamanho da lesão, sua proximidade com estruturas anatômicas nobres e a idade do paciente. Os métodos empregados no tratamento incluem a descompressão, a marsupialização e a enucleação (VAZ, RODRIGUES, FERREIRA JÚNIOR, 2010).

A recidiva é relativamente incomum, a menos que ocorra fragmentação do revestimento do cisto e que os mesmos sejam deixados no local. O cisto dentífero deverá ter um acompanhamento clínico e radiográfico pelo menos durante 5 anos (FERREIRA et al, 2000).

Cistos dentígeros de grandes dimensões muitas vezes deixam defeitos ósseos, impedindo a reabilitação do paciente. Em um esforço para superar essas dificuldades anatômicas, diferentes procedimentos de enxertos ósseos para reconstrução dos maxilares têm sido apresentados. O objetivo final desses procedimentos é corrigir e normalizar as relações verticais e horizontais dos maxilares e assim criar osso com volume e qualidade adequados (SALMEN, 2003). A instalação de implantes, após enucleação de cistos e enxerto ósseo, é um procedimento aceitável e bem documentado na prática clínica (KARAMANIS et al, 2006).

Desta forma, como o cisto dentífero é considerado uma lesão comum, o cirurgião-dentista deve estar apto a realizar seu diagnóstico precoce e, assim, escolher a melhor forma de tratamento, na tentativa de preservar estruturas e uma possível reabilitação.

REVISÃO DE LITERATURA

SANTOS et al. (2000) relataram o caso cirúrgico de cisto dentígero. Paciente de 39 anos, leucoderma, sexo masculino, apresentando aumento na região de trígono retromolar mandibular e queixa de dor em hemiface esquerda. Ao exame intra-oral, verificou-se ausência do elemento 38, tumefação em região retromolar e expansão discreta da tábua óssea externa, sem sinais de infecção. Ao exame radiográfico periapical, observou-se imagem radiolúcida circundante ao terceiro molar inferior incluso, em região de ângulo mandibular, íntima ligação com o nervo alveolar inferior e a poucos milímetros da basilar da mandíbula, além da lise da tábua óssea no nível de trígono retromolar. A tomografia computadorizada em cortes axiais e coronais delimita a imagem radiolúcida, sendo possível avaliar dimensionalmente a cavidade óssea e a posição do elemento dentário envolvido, determinando a impossibilidade de sua irrupção normal, mesmo com a enucleação do cisto. No corte coronal é definida a direção lingualizada da coroa dentária e íntima relação com a basilar mandibular, e a espessura remanescente das tábuas mandibulares externas são percebidas tanto nos cortes axiais como nos coronais. Após análise de todos estes aspectos, optou-se pela enucleação da lesão cística, em ambiente hospitalar e sob anestesia geral, por se tratar de lesão extensa e próxima a estruturas nobres. Foi realizada uma incisão tipo envelope com extensão e deslocamento mucoperiósteo expondo a região óssea de trígono retromolar, onde foi observada a lise da tábua óssea retromolar com a exposição parcial da lesão, de coloração arroxoada. Após exposição do sítio cirúrgico, procedeu-se a osteotomia com broca neurocirúrgica montada em perfurador pneumático a nitrogênio

líquido sob pressão. A seguir, a cápsula das paredes da loja cística foi cuidadosamente descolada com curetas, expondo o elemento dentário incluso. Através de osteotomia curta do tipo canaleta em região da tábua óssea vestibular, foi feita a luxação e avulsão do elemento incluso com delicada dissecação parcial para individualização e conseqüente manutenção da integridade do feixe váculo-nervoso. Como resultante obtiveram então a peça cirúrgica em duas partes: cápsula cística e elemento dentário. Realizou-se a toaleta da loja cirúrgica e a sutura. Com quinze dias de pós-operatório a sutura remanescente foi removida, com a cicatrização compatível com o tempo pós-cirúrgico, ausência de sinais de infecção, de edema, hematoma ou deiscência da sutura, no entanto apresentou parestesia por neuropraxia já com sinais de regressão, conforme previsto neste tipo de procedimento. A confirmação do diagnóstico de cisto dentífero foi obtida através de exame histopatológico, sendo então mantida a conduta terapêutica. Com o presente caso, concluíram que é importante considerar a dimensão e a localização da lesão para determinar o tipo de tratamento, além de relacionar os exames auxiliares de imagem com a clínica do paciente e posterior confirmação diagnóstica.

FERREIRA et al. (2000) relataram um caso de cisto dentífero localizado na região anterior da maxila de um paciente do sexo masculino, abrangendo os aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos da lesão. Paciente J.R.G.C., leucoderma, 29 anos, apresentou queixa de dor ocasionada por lesão na região anterior da maxila. Clinicamente, verificou-se ausência dos elementos 12, 11, 21 e 22 por extração. A lesão se localizava na área edentada em gengiva inserida e mucosa alveolar, a qual se apresentava elevada e com coloração arroxeadada. Ao exame radiográfico foi observada extensa área de rarefação óssea de aspecto circunscrito, envolvendo o germe dentário supranumerário, não havendo envolvimento da fossa nasal. Diante do caso, foi realizada

a enucleação da lesão e enviada para exame histopatológico, que confirmou a hipótese diagnóstica de cisto dentígero. Contudo, concluiu-se que as hipóteses de diagnóstico devem ser fundamentadas em uma anamnese detalhada e exame radiográfico adequado, é uma lesão assintomática, o tratamento na maioria dos casos é a enucleação da lesão, apresenta prognóstico excelente, recidiva rara, além de o exame histopatológico ser fundamental para a conclusão do diagnóstico.

SALMEN (2003) demonstrou através de revisão de literatura que o enxerto autógeno em monobloco cortiço-esponjoso retirado da região da sínfise mandibular é o material mais adequado e previsível para reconstrução localizada de defeitos dento-alveolares dos maxilares. Enxertos ósseos de origem membranosa matem seu tamanho por um tempo maior, enquanto enxertos de origem endocondral reabsorvem mais rapidamente. Os enxertos necessitam de grande suprimento sanguíneo, o enxerto deve ser fixado rigidamente, pois assim obtêm maior manutenção do volume ósseo e maior revascularização. Quando comparados a outras áreas doadoras extra-orais e de fácil acesso, requer menor tempo cirúrgico, necessita de menor quantidade de anestesia, recuperação em um período menor, mínimo desconforto pós-operatório, não há hospitalização, baixo custo e ausência de cicatriz cutânea e quando comparados a outros sítios intra-orais, promove maior quantidade óssea. Como desvantagem há possíveis danos aos ápices dentários, possíveis danos aos nervos mentonianos e menor quantidade de tecido ósseo. Concluiu-se que o enxerto ósseo autógeno de sínfise mandibular é mais estável mantendo um maior volume a longo prazo, de fácil acesso e da mesma região cirúrgica da área receptora, pode ser utilizado para vários tipos de defeitos de pequeno porte, o leito receptor deve ser bem preparado e o enxerto bem adaptado.

KARAMANIS et al. (2006) apresentaram um caso clínico de instalação de implante unitário após marsupialização de cisto dentígero na mandíbula. Paciente 18 anos, sexo feminino, compareceu à clínica com história de dor e inchaço na mandíbula esquerda. Ao exame clínico, não foi observada alteração. Ao exame radiográfico, a panorâmica demonstrou uma radiolucidez, com halo bem definido, de formato ovóide, estendendo-se do terceiro molar mandibular esquerdo até o primeiro pré-molar, envolvendo o segundo molar. As raízes do terceiro molar apresentaram parcial reabsorção, enquanto que a borda inferior da lesão estava em íntimo contato com o canal mandibular. O ápice radicular dos pré-molares estava na lesão e os testes de vitalidade pulpar foram negativos. A hipótese diagnóstica foi de cisto dentígero. O plano de tratamento consistiu no tratamento endodôntico dos pré-molares, extração do primeiro molar, marsupialização do cisto e tracionamento ortodôntico do segundo molar. A remoção da parede cística foi realizada após a extração do primeiro molar. Para facilitar a erupção do segundo molar, a incisão e a osteotomia foram estendidas distalmente. Durante a cirurgia, foi observada a reabsorção da raiz lingual do segundo molar, preferindo-se sua extração a movimentação ortodôntica. A extração foi realizada após três meses, devido à proximidade dos ápices radiculares com o canal mandibular. A biópsia da parede cística confirmou a hipótese diagnóstica. Doze meses após a marsupialização, o desaparecimento da radiolucidez foi notado. A radiografia mostrou uma deposição óssea suficiente no teto do canal mandibular, sendo observado um resultado clínico satisfatório. Um implante foi instalado na região do primeiro molar mandibular esquerdo, sendo observada uma formação óssea satisfatória e estabilidade do implante. Após oito meses o implante estava ancorado e funcional. Contudo, verificaram que a inserção de implante após marsupialização de um cisto, em

combinação com a osseocondução com enxerto autógeno, apresenta vantagem em relação à enucleação, quando consideradas estruturas anatômicas nobres.

KALASKAR, TIKU, DAMLE (2007) descreveram a enucleação de um cisto dentígero envolvendo o incisivo central superior direito permanente. Um menino de 7 anos de idade, compareceu ao Departamento de Pediatria do Hospital Nair Dental College, em Mumbai, com a queixa principal de um crescimento indolor na região do maxilar direito há 4 meses. O exame intra-bucal revelou um edema ósseo que provocou um abaulamento da cortical óssea, que se estende do vestíbulo bucal de incisivos centrais decíduos do lado esquerdo até o primeiro molar superior direito decíduo, bem definido, de consistência firme e indolor à palpação. A placa cortical vestibular mostrou uma ligeira expansão e a mucosa sobrejacente apresentava-se um pouco inflamada. O incisivo central superior direito se apresentava com alteração de cor, associada a uma cavidade. O paciente relatou trauma ocorrido há aproximadamente um ano e os dentes do lado afetado apresentavam mobilidade, embora não sensível a percussão. O exame radiográfico oclusal mostrou uma borda esclerótica fina em torno de uma área radiolúcida bem definida, unilocular, associada à raiz desvitalizada do incisivo central superior direito decíduo e o incisivo central superior direito permanente. Os elementos 11 e 12 foram superiormente e lateralmente deslocados. Houve reabsorção radicular irregular do elemento 12 e um canal pulpar alargado do elemento 11. O conteúdo do edema foi aspirado e enviado para as investigações, cujo resultado foi consistente com o diagnóstico de uma lesão cística. Após o exame clínico e radiográfico, o diagnóstico provisório de cisto dentígero foi feito, porém, cisto periapical grande, ceratocisto odontogênico, granuloma central de células gigantes, tumor odontogênico adenomatóide e fibroma ameloblástico também foram considerados o diagnóstico

diferencial. O tratamento de escolha foi a enucleação cirúrgica do cisto e extração dos elementos 51, 52, 53, 61 e 13. O cisto foi anexado à junção amelocementária do elemento 11. A amostra foi enviada para exame histopatológico, que mostrou uma fina parede cística fibrosa, revestida por uma espessa camada de epitélio escamoso estratificado não queratinizado, com ilhas de epitélio odontogênico. O tecido conjuntivo apresentou infiltrado inflamatório de células pequenas, que confirmou o diagnóstico de cisto dentígero. Após 15 dias, uma prótese parcial removível foi instalada, servindo de mantenedor de espaço funcional, estética e fonética melhoradas, além de guia para a erupção dos elementos permanentes. Após 6 meses, a neoformação óssea foi observada e o elemento 21 foi visto em erupção no seu devido lugar. Diante do caso relatado concluíram que um cisto dentígero associado a um dente anterior resultará em uma falha da erupção do dente e, portanto levar a problemas estéticos e ortodônticos. A ausência de um incisivo central pode ter um impacto psicológico na criança, sendo a estética bastante considerada.

SETTE-DIAS et al (2008) relataram o caso de cisto dentígero seqüencial que ocorreu na mandíbula de um paciente de 16 anos de idade do sexo masculino. Paciente portador de assimetria facial compareceu à Clínica de Cirurgia da Faculdade de Odontologia UFMG. Ao exame clínico notou-se abaulamento do lado esquerdo, segundo o paciente, de crescimento lento, com evolução de quatro meses e assintomático. No exame radiográfico panorâmico verificou-se lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, envolvendo o dente 37 e localizando-se do dente 35 até o ramo ascendente esquerdo da mandíbula. Constatou-se também ausência do dente 38, reabsorção radicular dos dentes 36 e 37. O teste de sensibilidade pulpar foi positivo nos dentes 34, 35 e 36. Os diagnósticos clinico-radiográficos foram de cisto dentígero,

tumor odontogênico ceratocístico, ameloblastoma ou fibroma ameloblástico. A punção aspirativa foi produtiva para líquido de coloração marrom. Uma biópsia incisional foi realizada e o material fixado em formol tamponado a 10% foi enviado para análise histopatológica. Devido à natureza colaborativa do paciente e ao tamanho da lesão, optou-se pela manutenção do contato da lesão com a cavidade bucal através de canulização e higienizada com irrigação diária de soro fisiológico 0,9%, este último apenas com o objetivo de limpeza da cavidade cística. O diagnóstico histopatológico foi de cisto dentífero. O quadro histopatológico foi representado por uma cavidade cística revestida por epitélio estratificado escamoso não ceratinizado sob uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo, celularizado e com áreas focais de hemorragia. Após 18 meses de controle a cânula foi removida e realizou-se a cistectomia do cisto dentífero. A erupção completa do dente 37 ocorreu 18 meses após a cirurgia. Novamente os dentes 34, 35, 36 e 37 demonstraram resposta positiva ao teste de sensibilidade. O controle radiográfico de 12 anos demonstrou a presença de uma lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, abrangendo a região apical do dente 47 e envolvendo a coroa do dente 48, que se encontrava impactado. O teste de sensibilidade foi realizado e verificou-se que os dentes 46 e 47 apresentaram sensibilidade. O diagnóstico clínico e radiográfico foram de cisto dentífero e tumor odontogênico ceratocístico. Considerando as dimensões da lesão, as hipóteses de diagnósticas e a consonância de tratamento das mesmas, realizou-se remoção completa da lesão e do dente 48, com excessiva curetagem da região. O material foi fixado em formol tamponado a 10% e enviado para exame histopatológico, que confirmou o diagnóstico de cisto dentífero. O quadro histopatológico deste foi idêntico ao descrito anteriormente. A proximidade da lesão com o ápice do dente 47 e a intervenção cirúrgica da região determinou uma necrose pulpar do dente 47. Assim, no

controle do paciente houve a necessidade do tratamento endodôntico do dente 47. O paciente encontra-se em acompanhamento por 16 anos sem apresentar sinal clínico ou radiográfico de recidivas das lesões. Assim, concluíram que o controle periódico dos pacientes portadores de dentes inclusos assintomáticos é necessário, bem como o exame radiográfico panorâmico em pacientes que estão em fase de erupção de dentes que potencialmente tornam-se inclusos.

FERREIRA, MIRAND, BOTELHO (2007) realizaram uma revisão de literatura sobre o diagnóstico e prevalência de cisto dentígero em pacientes infanto-juvenis, além de relatar um caso. Paciente de 11 anos, sexo masculino, leucoderma, apresentou-se na clínica de odontopediatria da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória para tratamento odontológico restaurador. Durante a anamnese não foram relatados dados relevantes. Ao exame físico extra-oral, não apresentava assimetria facial e no exame intra-oral foi verificada a presença de inúmeras lesões cariosas e detectada a ausência do elemento 47, existindo uma discreta tumefação na região. Foi requisitada uma radiografia panorâmica, a qual revelou uma área radiolúcida, unilocular, circunscrita, com bordos bem definidos, envolvendo a coroa do elemento 47 na junção amelo-dentinária. Diante do quadro clínico e radiográfico, foi sugerido como hipótese diagnóstica um cisto dentígero. Foi realizada uma biópsia incisional com decompressão através da colocação de um dreno de borracha, sob anestesia geral. A peça cirúrgica removida foi encaminhada para exame anatomopatológico, sendo o resultado do laudo, cisto dentígeo. A remoção da sutura e do dreno foi realizada 10 dias após o ato cirúrgico. O paciente retornou semanalmente no primeiro mês para controle, e a partir do segundo mês, o retorno foi mensal. O elemento 47 incluso, após 2 meses do ato cirúrgico, já estava prestes a irromper na cavidade bucal. Além disso, pôde ser

observada, nas radiografias periapical e panorâmica, a diminuição da cavidade cística e neoformação óssea. Contudo, concluíram que o cisto dentífero é um tipo de cisto odontogênico que inclui a coroa de um dente não irrompido ou em desenvolvimento, de etiologia desconhecida, o diagnóstico conclusivo está em função de anamnese, exame clínico, radiográfico e histopatológico e o tratamento é cirúrgico e a técnica a ser utilizada depende do tamanho da lesão.

KIRTANYA et al. (2010) apresentaram dois casos clínicos que descrevem o tratamento de cisto dentífero em crianças na dentição mista. Caso 1: Paciente sexo masculino, 7 anos de idade, relatou para o departamento de odontopediatria e odontologia preventiva, inchaço no lado esquerdo da mandíbula, que aumentou lentamente há 1 mês, levando à assimetria facial. O paciente relatou história de dor intermitente há mais de um ano e para cessá-la ingeria analgésicos. Ao exame extra-oral, observou-se assimetria facial no lado esquerdo inferior. Os linfonodos submandibulares do lado esquerdo foram palpáveis e móveis, que sugeriu a infecção crônica do dente. No exame intra-oral, observaram edema, endurecido na região dos elementos 73, 74 e 75, com obliteração do vestíbulo bucal. O edema foi ósseo rígido com a expansão da cortical lingual. Radiograficamente, foi observado uma imagem radiolúcida, unilocular, de forma ovóide em torno do pré-molar com borda radiopaca. O primeiro molar decíduo apresentava-se cariado e com grande perda óssea na região de bifurcação. A raiz mesial do segundo molar decíduo foi reabsorvida pela lesão. Os segundos pré-molares inferiores eram congenitamente ausentes em ambos os lados. O conteúdo da lesão foi aspirado e enviado para investigação, que revelou material muco sanguinolento. O exame histopatológico do material aspirado mostrou material mucóide, RBC, aglomerado de células benignas e abundância de macrófagos. Um

diagnóstico provisório de cisto dentígero inflamado foi baseado nessas informações. Como os segundo pré-molares inferiores estavam ausentes, optou-se pela não enucleação do cisto com o primeiro pré-molar em desenvolvimento, a abordagem primitiva foi preservar este elemento. Portanto, a marsupialização foi planejada através da extração do primeiro molar decíduo cariado para criar uma janela que permite a drenagem do conteúdo cístico. Após 1 mês, observou ligeiro movimento oclusal do dente em desenvolvimento, mas não houve redução aparente da radiolucidez. Após 6 meses, foi observado maior redução da radiolucidez. Após 12 meses, a radiolucidez estava quase completamente reduzida e a formação das raízes do primeiro pré-molar inferior esquerdo evoluiu para 1/3. Após 15 meses, o elemento irrompeu na cavidade oral com formação de 2/3 da raiz. Caso 2: um paciente de 10 anos de idade relatou inchaço no lado direito da mandíbula, de crescimento lento. Ao exame extra-oral, foi observada assimetria facial do lado inferior da face e ausência dos linfonodos palpáveis. Ao exame intra-oral, o edema se apresentava liso, com flutuação positiva no centro da superfície vestibular. O OPG revelou uma radiolucidez, de forma oval, unilocular, bem definida, com reabsorção das raízes de canino e molar decíduos e deslocamento de alguns elementos dentários. Foi realizada aspiração da lesão e encaminhada ao exame histopatológico confirmando o diagnóstico de cisto dentígero. Devido o tamanho da lesão, optou-se por realizar a marsupialização. Após 9 meses, houve redução completa da radiolucidez e após 15 meses, o elemento que apresentava-se impactado irrompeu na cavidade oral com auxílio de tratamento ortodôntico. Assim, concluíram que a marsupialização é um método muito eficaz no tratamento de cistos em crianças, onde há proximidade com germes dentários em desenvolvimento.

VAZ, RODRIGUES, FERREIRA JÚNIOR (2010) relataram os critérios para plano de tratamento de cisto dentígero baseados nas características clínicas e radiográficas, através de três relatos de caso. Caso 1: Homem de 48 anos de idade, apresentando área radiolúcida unilocular, com rechaçamento do dente 38 para região do ângulo mandibular e proximidade com o canal mandibular, visto radiograficamente. Devido a estas características, a marsupialização foi a primeira opção de tratamento. O exame histopatológico estabeleceu o diagnóstico de cisto dentígero. Após 4 meses de observação, houve neoformação óssea, porém sem deslocamento em direção coronal ao dente 38. Neste momento, optou-se pela exodontia do elemento e enucleação da lesão. Caso 2: Mulher de 27 anos de idade, a radiografia panorâmica mostrou lesão radiolúcida de pequenas dimensões, envolvendo a coroa do dente 48, estendendo-se para distal. O não envolvimento da lesão com estruturas importantes permitiu a enucleação da mesma e exodontia do elemento dentário ao mesmo tempo. Caso 3: Homem de 20 anos de idade. O não irrompimento do elemento 47 instigou o exame radiográfico, que identificou o envolvimento do elemento dentário por uma lesão radiolúcida, unilocular, circunscrita. Após a enucleação da lesão, foi colado um acessório ortodôntico, buscando sua verticalização e sua preservação. Portanto, como o cisto dentígero é o de segunda maior ocorrência entre os cistos dos maxilares, o cirurgião-dentista deve estar preparado para fazer o seu diagnóstico, indicar o tratamento mais adequado ou encaminhar a um especialista quando conveniente, contribuindo para o diagnóstico precoce da lesão e conseqüentemente, para a preservação de estruturas anatômicas e dentes adjacentes.

CAKARER et al. (2011) enfatizaram o sucesso de uma abordagem conservadora na gestão de um grande cisto dentígero em um paciente jovem e também a manutenção da nova formação óssea sem o uso de materiais enxerto para a colocação de implantes

dentários através de um caso clínico. Adolescente, 17 anos de idade, sexo feminino, consultada no Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Istambul, Turquia, para avaliação de uma grande lesão radiolúcida, associada a um terceiro molar impactado, localizado na região posterior esquerda da mandíbula. O exame extra-oral revelou assimetria facial. No exame clínico intra-oral, foi observado um grande inchaço na porção vestibular do primeiro e segundo molares inferiores, além da paciente tem uma abertura de boca limitada. Na radiografia panorâmica, foi observada uma extensa radiolucidez a partir do ápice radicular do pré-molar, que se apresentava reabsorvida, continuando até o primeiro e segundo molares e o ângulo mandibular do lado esquerdo, envolvendo a coroa do terceiro molar impactado, estendendo-se até os processos coronóides e condilar. A tomografia computadorizada confirmou os achados da radiografia panorâmica, além de um extenso alargamento vestibulo-lingual no corpo da mandíbula. De acordo com os achados clínicos e radiográficos, o diagnóstico inicial foi de cisto dentífero. Uma biópsia incisional foi realizada, sob anestesia local, e o exame histopatológico revelou as características de cisto dentífero. Para manter suporte ósseo adequado e evitar possíveis complicações que podem surgir durante a remoção da lesão, optou-se pela descompressão do cisto. O primeiro molar foi extraído sob anestesia local e um dreno foi inserido. O paciente foi orientado sobre a irrigação do dreno duas vezes ao dia com solução salina estéril, para evitar obstrução e infecção. Após 6 meses de descompressão, foi decidido enuclear o cisto de acordo com a avaliação radiográfica do osso afetado. Sob anestesia geral com abordagem intra-óssea, o cisto foi totalmente enucleado e o segundo pré-molar, segundo e terceiro molares foram extraídos. A amostra foi enviada ao departamento de patologia, que confirmou o diagnóstico de cisto dentífero. Após a

cirurgia, a paciente relatou parestesia no lado esquerdo do lábio inferior, então, foi prescrito vitaminas degenerativas e, na quinta semana após a cirurgia, essa queixa desapareceu completamente. Dezoito meses após a enucleação, exame radiográfico de rotina revelou uma regeneração óssea adequada no local da cirurgia. Dois implantes de titânio foram então colocados nessa região, seis meses depois, uma prótese implanto-suportada de metalocerâmica foi confeccionada. Três anos após a restauração final, não houve sinais clínico e radiográfico de recidiva da lesão, nem complicações associadas aos implantes foram observadas. Desta forma, concluíram que há vantagens no método de enucleação após descompressão e também a importância de se realizar a biópsia para definir o protocolo de tratamento, mostraram também as vantagens da colocação de implantes para reconstrução da mandíbula após uma grande cirurgia. Além disso, certificaram que certos sítios cirúrgicos nem sempre necessitam de procedimentos de enxerto para proporcionar regeneração óssea adequada para colocação de implantes.

AGACAYAK et al (2011) ilustraram um tratamento cirúrgico simplificado para grandes cistos dentígeros. Paciente sexo feminino, 19 anos de idade, foi encaminhada ao serviço com queixa de inchaço na região anterior da maxila. Durante a anamnese, ela relatou que havia notado o inchaço há 1 ano. O exame clínico e radiográfico mostrou ausência do canino mandibular esquerdo. A radiografia panorâmica mostrou uma imagem radiolúcida, bem delimitada, medindo 2,0 cm em torno do canino impactado. Na região de canino, foi notado um inchaço palpável. A mucosa sobrejacente era de cor e aparência normais. O exame extra-oral mostrou que não há expansão óssea e os tecidos moles estavam dentro do padrão de normalidade. O paciente foi preparado para enucleação da lesão, com diagnóstico prévio de cisto dentígero. Na incisão e deslocamento da mucosa, foi observado córtex mandibular com áreas de perfuração. A

cavidade óssea foi revestida por epitélio espesso, o qual foi facilmente enucleado. O canino impactado foi removido juntamente com o incisivo lateral esquerdo e o pré-molar esquerdo, devido a falta de suporte ósseo. A mucosa foi então suturada. A cicatrização pós-operatória transcorreu sem intercorrências, a biópsia foi enviada ao exame histopatológico, que confirmou diagnóstico de cisto dentífero. O paciente foi acompanhado por seis meses. Nos controles de rotina não houve evidência de recidiva do cisto. Assim, concluíram que cistos dentíferos apresentam, geralmente, crescimento lento, podendo atingir tamanhos consideráveis, com pouco ou nenhum sintoma. Ameloblastoma, carcinoma mucoepidermóide e carcinoma de células escamosas podem surgir a partir do epitélio de revestimento dos cistos dentíferos, indicando a pluripotencialidade das células. O diagnóstico precoce e a remoção de cistos é importante para reduzir a morbidade potencial.

TEIXEIRA et al (2011) relataram o caso de um cisto dentífero em um paciente de seis anos de idade em que a técnica utilizada para tratamento foi a de decompressão. Paciente J.A.S., sexo masculino, 6 anos de idade, compareceu à Ephata Ear, Nose and Throat Clinic com a queixa principal de assimetria facial, com deslocamento da cavidade nasal. O exame clínico mostrou uma extensa lesão completamente coberta por uma pele brilhante no lado esquerdo da maxila, deslocando a cavidade nasal. A face vestibular maxilar também foi ampliada. Um tratamento interdisciplinar foi indicado na tentativa de preservar o dente permanente dentro da lesão. A radiografia panorâmica mostrou uma extensa área radiolúcida envolvendo o incisivo central superior permanente esquerdo. O incisivo central superior decíduo havia girado de tal forma, que seu ápice foi encontrado em contato com o limite da lesão. Uma tomografia computadorizada foi solicitada para melhor avaliação da lesão e planejamento cirúrgico.

Foi realizada, primeiramente, a descompressão. Os elementos decíduos foram extraídos e um dreno de polietileno foi instalado, com o paciente sob anestesia geral. Uma biópsia incisional foi realizada e cerca de 0,5 cm de mucosa oral foi removida do local onde o dreno para descompressão tinha sido instalado. A análise histológica do espécime revelou um cisto revestido por epitélio escamoso, histologicamente compatível com um cisto dentígeno maxilar. O dreno foi deixado no local por 15 dias. O sítio foi irrigado com clorexidina 0,2%, semanalmente, durante seis meses. Após seis meses, a gengiva fibrosa que impedia a erupção do incisivo central superior direito foi removida em ambiente ambulatorial. Uma radiografia panorâmica foi solicitada e a regressão da lesão continuou a ser observada. Quatro meses depois, uma nova tomografia computadorizada foi realizada, mostrando que a lesão cística estava completamente regredida. Foi realizado acompanhamento a cada 6 meses para garantir o espaço do incisivo central a entrar em erupção. Dois anos depois, após nivelamento ortodôntico e recuperação de uma pequena quantidade de espaço, uma segunda cirurgia foi realizada, sob anestesia local, para a colagem de um botão ortodôntico e tracionamento, com o objetivo de puxar o dente impactado para o plano oclusal. Aproximadamente 1 ano, o paciente encontrava na dentição mista e aguardava a implementação de aparelho fixo para tratamento ortodôntico corretivo. Com o caso, concluíram que a descompressão resultou em significativa redução do cisto, sendo a enucleação subsequente desnecessária.

GONZALEZ et al (2011) relataram um caso clínico de cisto dentígeno envolvendo os caninos direito e esquerdo, cruzando a linha média. Paciente caucasiana, sexo feminino, 10 anos de idade, compareceu à faculdade de odontologia para uma avaliação ortodôntica. A radiografia panorâmica digital mostrou impactação dos caninos inferiores, que estavam em posição quase horizontal, localizados na região apical de

incisivos. Havia uma área radiolúcida, bem delimitada, medindo 20 mm x 11 mm, em torno da coroa do canino direito, contínuo com a junção cimento-esmalte, com aparência de cisto dentífero. A tomografia computadorizada tipo cone-beam foi realizada para avaliar a posição dos caninos inclusos e do cisto dentífero. Os cortes coronais e axiais revelaram que a lesão era maior do que a radiografia panorâmica havia demonstrado. O cisto abrangeu as coroas dos caninos direito e esquerdo. Foi realizada uma biópsia incisional e enviada para o exame histopatológico, que revelou um cisto revestido por epitélio escamoso estratificado não-queratinizado, cuja parece consiste de tecido conjuntivo não inflamado, confirmando o diagnóstico de cisto dentífero. Após 1 ano, foram realizadas radiografias periapicais da região dos caninos, não revelando recorrência da lesão e verticalização parcial dos elementos envolvidos através de ortodontia. Contudo, concluíram que o cisto dentífero pode abranger vários dentes não adjacentes, além da possibilidade de cruzar a linha média. Anteriormente essas duas variantes levariam a um diagnóstico diferencial que não incluiria o cisto dentífero. Assim, possibilita aos profissionais um diagnóstico diferencial preciso, a fim de determinar o melhor tratamento para o paciente.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo demonstrar, por meio de relato de caso, uma opção de tratamento na erradicação de um cisto dentígero, como a marsupialização associada à enucleação, seguida de reabilitação pós-operatória, possibilitando à paciente uma melhor qualidade de vida.

RELATO DE CASO

Paciente M.S.H., melanoderma, sexo feminino, 16 anos, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas – FAO/UFAM com a queixa principal de que os elementos 61, 62 e 63 não esfoliaram. Na anamnese, a paciente relatou que observou um inchaço no lado esquerdo da maxila há aproximadamente 1 ano, porém sem sintomatologia dolorosa.

No exame clínico extra-oral, foi observada uma discreta tumefação na região do suco nasolabial do lado esquerdo (Fig. 1). No exame clínico intra-oral, constatou-se a presença dos elementos decíduos 61, 62 e 63, ausência dos elementos permanentes 21, 22 e 23 e abaulamento da cortical palatina (Fig. 2). No exame radiográfico ortopantomográfico, foi observada uma área radiolúcida, circunscrita e bem delimitada, medindo aproximadamente 3,5 cm, associada aos dentes inclusos (Fig. 3).



Figura 1 - Vista frontal - observada discreta tumefação no lado esquerdo



Figura 2 - Exame clínico intra-oral - observando-se abaulamento da cortical palatina

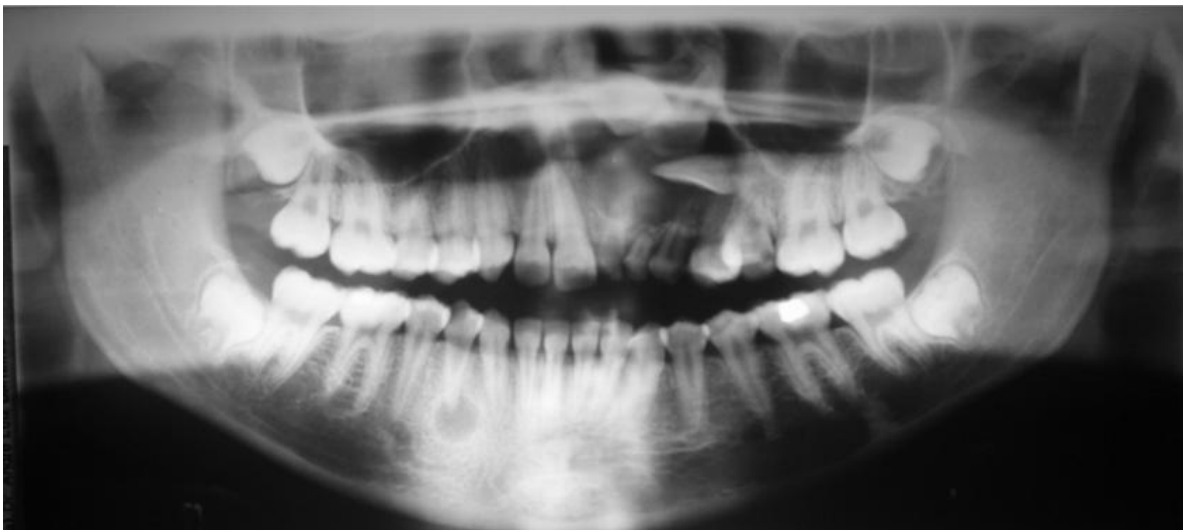


Figura 3 – Imagem radiográfica panorâmica, demonstrando área radiolúcida bem delimitada na região anterior da maxila com envolvimento de dentes inclusos

Após exame clínico e radiográfico foi realizada a aspiração da lesão, utilizando seringa descartável do tipo Luer Lock de 20 ml, em que apresentou líquido de coloração amarelada, sugestivo de lesão cística. Devido ao tamanho da lesão e por estar próxima a estruturas nobres como o assoalho do seio maxilar e a fossa nasal, optou-se por realizar primeiramente a marsupialização para descompressão da lesão e posterior enucleação. A técnica cirúrgica consistiu em uma incisão trapezoidal, sob anestesia local, seguida de osteotomia para visualização da cápsula cística. Com uma cureta do tipo Lucas foi removido fragmento da mesma (Fig. 4) e enviado para análise histológica, confirmando o diagnóstico de cisto dentígero (Fig. 5). A extração dos elementos decíduos também foi realizada na tentativa de aproveitar os dentes inclusos através de tracionamento ortodôntico e instalação de dreno no auxílio da descompressão (Fig. 6).

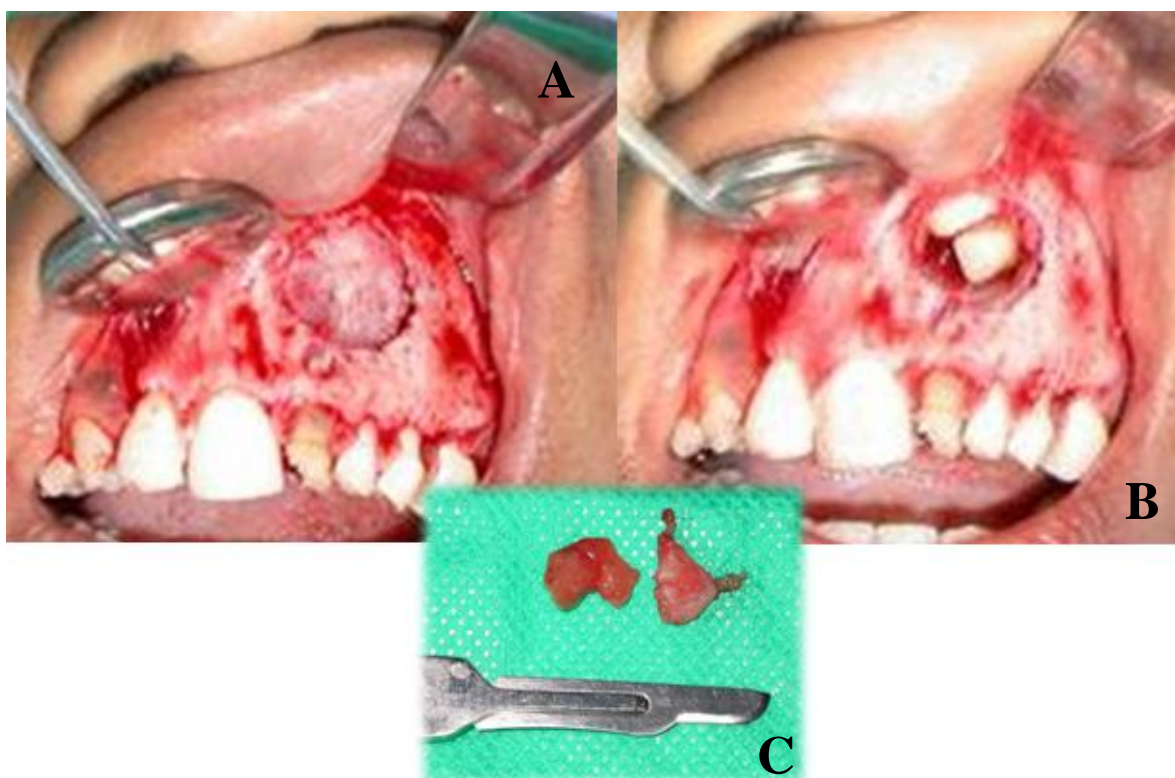


Figura 4 - A) Osteotomia e visualização da cápsula cística, B) Remoção do fragmento a cápsula C) Fragmento do tecido enviado para exame histopatológico

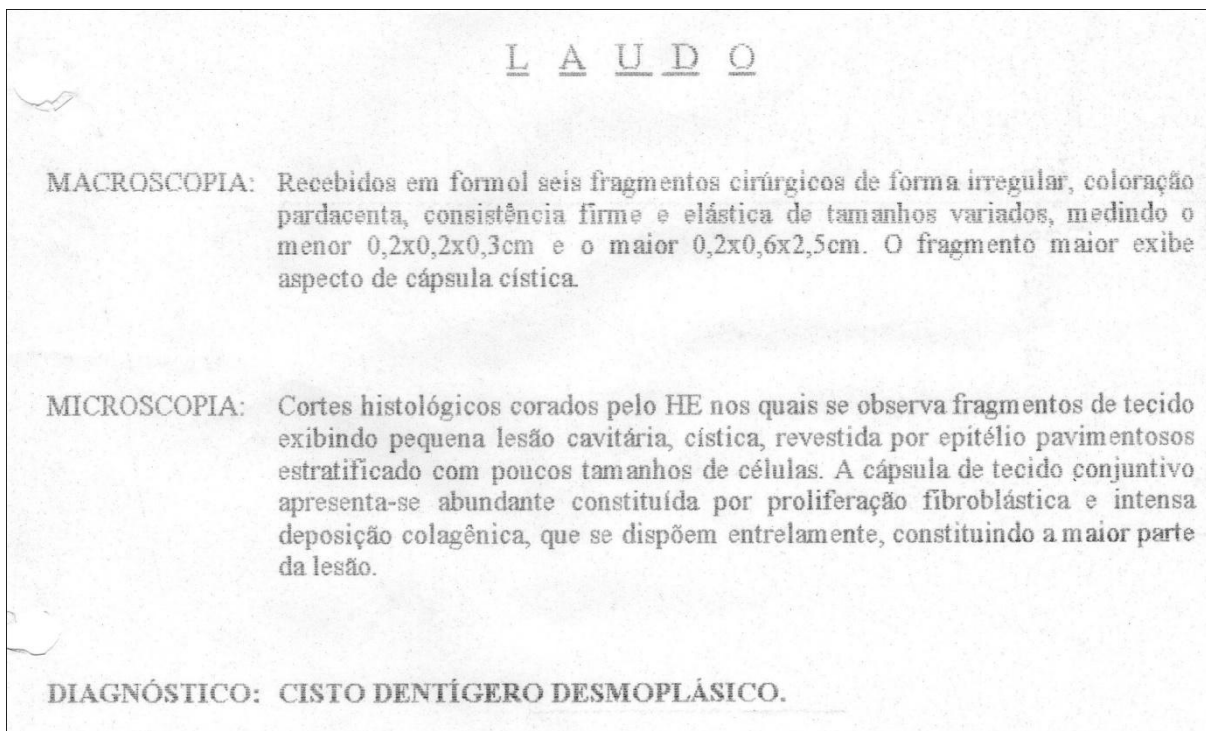


Figura 5 - Laudo histopatológico confirmando o diagnóstico de cisto detígero



Figura 6 - Marsupialização utilizando dreno para descompressão da lesão

A análise ortodôntica foi desfavorável ao tracionamento e após 8 meses da biópsia incisional, uma nova radiografia panorâmica foi realizada, em que mostrou uma regressão da lesão (Fig. 7). Desta forma, foi realizada a enucleação do remanescente da cápsula, assim como exodontia dos dentes permanentes inclusos (Fig. 8). Após 6 meses, um novo exame radiográfico revelou descontinuidade óssea, devido a extensão da lesão (Fig. 9).

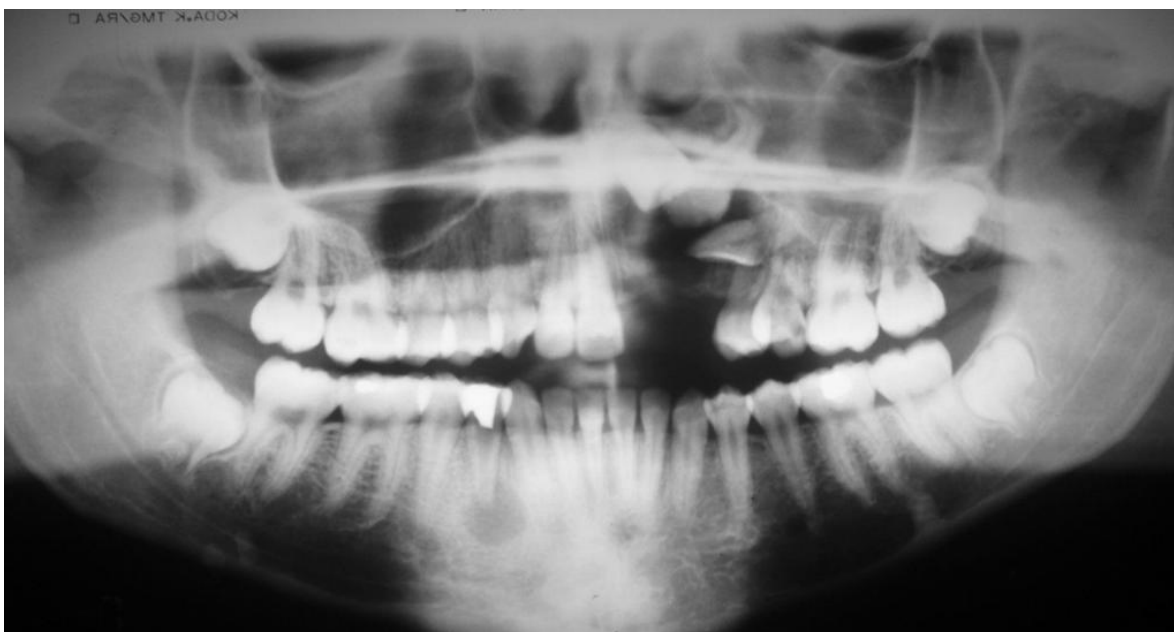


Figura 7 - Imagem radiográfica após 8 meses de descompressão observando diminuição da área radiolúcida



Figura 8 - Enucleação da lesão e remoção dos dentes envolvidos



Figura 9 - Aspecto radiográfico após enucleação da lesão, mostrando descontinuidade óssea

Para correção da seqüela pós-erradicação da lesão e reabilitação estético-funcionais, optou-se por enxerto ósseo autógeno. Uma incisão em fundo de vestibulo na região de sínfise mandibular foi realizada e o sítio doador do enxerto delimitado. O enxerto em bloco foi então adaptado no sítio receptor e recoberto com membrana reabsorvível (Fig. 10). Após 6 meses, implantes dentários foram instalados e uma prótese implanto-suportada foi confeccionada, possibilitando uma melhor qualidade de vida a paciente e diminuição das seqüelas pós-operatórias (Fig. 11, 12 e 13).



Figura 10 - A) Delimitação do sitio doador do enxerto, B) Adaptação do enxerto em bloco no sítio receptor, C) Complementação de enxerto particulado e recobrimento com membrana reabsorvível

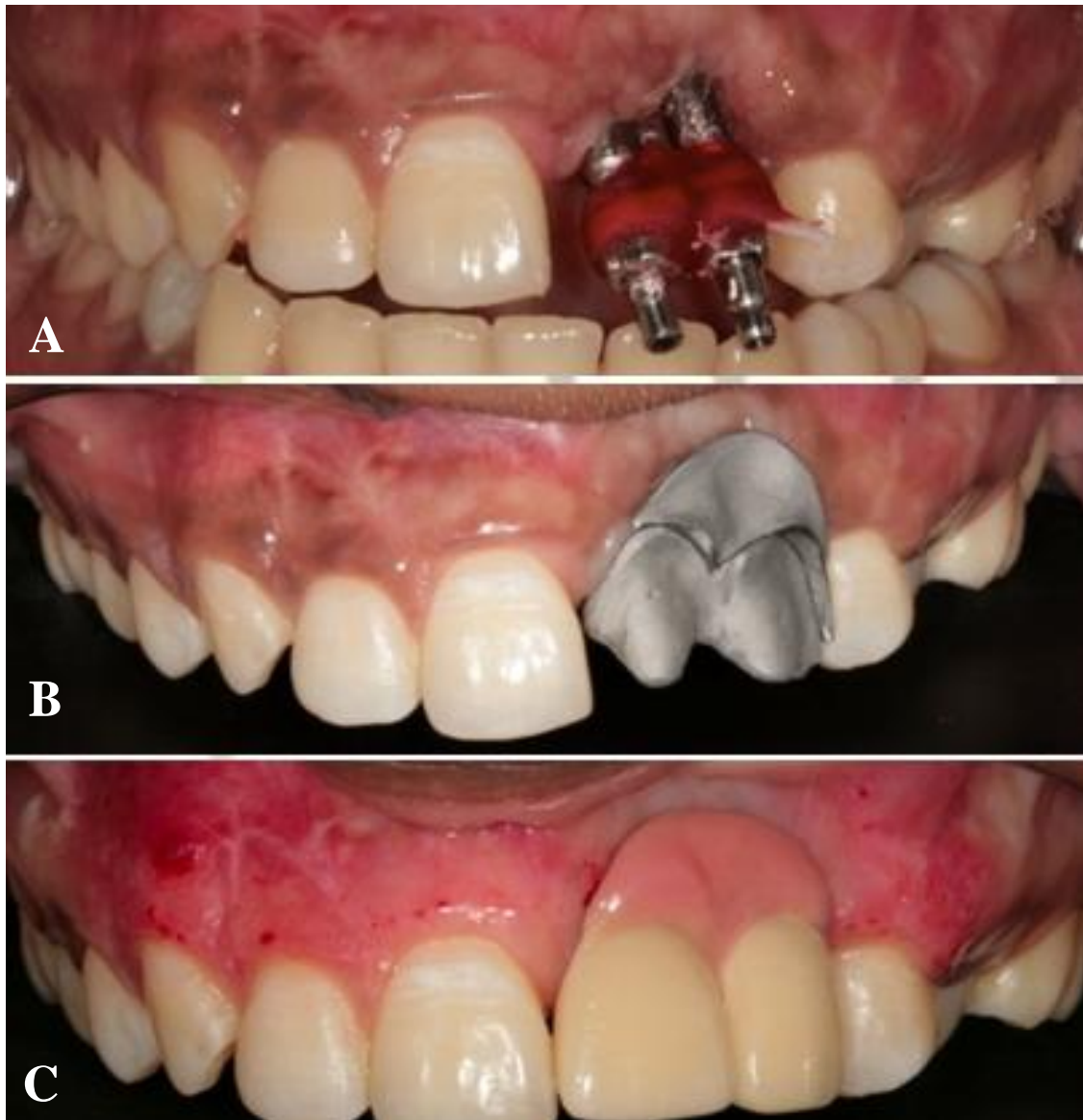


Figura 61 - A) União dos transferentes para a confecção da prótese, B) Prova da infra-estrutura metálica C) Aspecto após inserção da prótese



Figura 72 - Imagem radiográfica mostrando osseointegração do implante



Figura 83 - Aspecto pós-reabilitação

DISCUSSÃO

O cisto dentígero é o tipo mais comum de cisto odontogênico de desenvolvimento, compreendendo cerca de 14% – 20% dos cistos epitealiados dos maxilares. Envolve a coroa de um dente incluso, mais comumente os terceiros molares inferiores, caninos superiores, terceiro molares superiores, segundo pré-molares inferiores e, raramente, incisivos centrais superiores. Está unido ao dente na junção esmalte-cemento e se desenvolve pelo acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente (NEVILLE et al, 2009; KALASAR, TIKU, DAMLE, 2007; KIRTANIYA et al, 2010; DAĞISTAN, ÇAKUR, GÖREGEN, 2007). No presente estudo, o caso clínico relatado foi diagnosticado como cisto dentígero, envolvendo os elementos dentários 21, 22 e 23, os quais se encontravam impactados.

Ainda que os cistos dentígeros possam ser encontrados em pacientes de diferentes idades, eles são com mais frequência, descobertos em pacientes entre 10 – 30 anos de idade (NEVILLE et al, 2009), o que vai de encontro com o presente caso, já que a paciente se encontrava com 16 anos no momento em que foi realizado o diagnóstico. Há uma prevalência maior no sexo masculino do que no sexo feminino e uma frequência maior em brancos que em negros (NEVILLE, et al, 2009; FERREIRA, MIRAND, BOTELHO, 2007). Porém, no presente caso, a paciente é do sexo feminino e da raça negra.

FERREIRA et al, 2000 afirmam que clinicamente, o cisto dentígero, geralmente permanece assintomático. Apresenta crescimento lento e, quando grande, este cisto pode produzir edema facial, devido à expansão de corticais (VAZ, RODRIGUES,

FERREIRA JÚNIOR, 2010). As características acima citadas mostram que o caso apresentado neste trabalho está de acordo com a literatura específica, pois a paciente relatou ausência de sintomatologia dolorosa e observou um discreto edema na região do sulco nasolabial e abaulamento da cortical óssea há aproximadamente um ano.

Esta lesão é usualmente encontrada através do exame radiográfico de rotina para determinar a razão da falha na erupção de um dente (NEVILLE et al, 2009). Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão radiolúcida, unilocular ou multilocular, bem delimitada, medindo aproximadamente de 3 a 4 mm (NEVILLE et al, 2009; KALASAR, TIKU, DAMLE, 2007; VAZ, RODRIGUES, FERREIRA JÚNIOR, 2010; FERREIRA et al, 2000; KIRTANIYA et al, 2010; FERREIRA, MIRAND, BOTELHO, 2007; AGACAYAK et al, 2011; SETTE-DIAS et al, 2008). No exame radiográfico deste caso, a lesão apresentava-se bem definida, unilocular, medindo aproximadamente 3,5 cm, associada aos elementos 21,22 e 23 que estavam inclusos.

O tratamento do cisto dentígero é ditado pelo tamanho da lesão e sua proximidade com estruturas anatômicas nobres (FERREIRA et al. 2000). A marsupialização seguida de enucleação é opção de escolha quando a lesão apresenta tamanho considerável, podendo comprometer estruturas anatômicas adjacentes (HUPP, ELLIS III, TUCKER, 2009). Cistos inferiores a 3 mm podem ser tratados por excisão primária. No entanto, as lesões maiores requerem descompressão ou marsupialização para facilitar o tratamento cirúrgico (CAKARER et al, 2011). Neste trabalho, o cisto dentígero encontrava-se em íntimo contato com o seio maxilar e a fossa nasal, de aproximadamente 3,5 cm, sendo, portanto, a marsupialização seguida de enucleação, a técnica eleita para iniciar o tratamento.

A análise ortodôntica foi desfavorável ao tracionamento dos elementos permanentes inclusos, devido sua localização, sendo esses extraídos no momento da biópsia excisional, deixando defeito ósseo, que prejudicaria estética e funcionalmente a paciente, necessitando de enxerto ósseo autógeno retirado da sínfise mandibular. SALMEN (2003) demonstrou que o enxerto autógeno em monobloco cortiço-esponjoso retirado da região da sínfise mandibular é o material mais adequado e previsível para reconstrução localizada de defeitos dento-alveolares dos maxilares, pois é mais estável mantendo um maior volume a longo prazo, de fácil acesso e da mesma região cirúrgica da área receptora, podendo ser utilizado para vários tipos de defeitos de pequeno porte. A inserção de implante em combinação com a osseointegração com enxerto autógeno apresenta vantagem, quando consideradas estruturas anatômicas nobres (KARAMAIS et al, 2006). No presente relato de caso, após 6 meses da biópsia excisional e enxerto ósseo autógeno em bloco, foram instalados implantes dentários e confecção de próteses implanto-suportadas, os quais apresentaram sucesso, sem quaisquer desconforto.

O diagnóstico completo, através de acompanhamento radiográfico e exame histopatológico, permitiram um plano de tratamento adequado, possibilitando a remoção completa da lesão e reabilitação pós-erradicação da doença.

CONCLUSÃO

Com base no relato de caso e na literatura específica, concluiu-se que:

- ✓ O tratamento através da marsupialização com posterior enucleação é eficaz para tratar cisto dentígero de grandes proporções e com proximidade a estruturas nobres.

- ✓ O enxerto ósseo autógeno seguido de implantes dentários e confecção de prótese implanto-suportada possibilitou uma melhor qualidade de vida e diminuição das seqüelas pós-operatórias.

REFERÊNCIAS

AGACAYAK, K. et al. Dentigerous cyst with an impacted canine: case report. **Journal of International Dental and Medical Research**, vol. 4, nº 1, p. 21-24, 2011.

CAKARER, S. et al. Decompression, enucleation, and implant placement in the management of a large dentigerous cyst. **The Journal of Craniofacial Surgery**, vol. 22, nº 3. p. 922-924, mai. 2011.

FERREIRA, A. et al. Cisto dentífero: relato de caso. **Revista Paraense de Odontologia**, Pará, vol. 5, nº 2, p. 33 – 37, jul./dez. 2000.

FERREIRA, C., MIRAND, L., BOTELHO, M. Cisto dentífero em paciente odontopediátrico: revisão de literatura e relato de caso. **Revista Naval de Odontologia On Line**, vol. 1, nº 2, p. 26-33, ago. 2007.

GONZALEZ, S. et al. A dentigerous cyst associated with bilaterally impacted mandibular canines in a girl: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, vol. 5, nº 230, p. 1-4, 2011.

HUPP, J. et al. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009. p. 444-453.

KALASAR, R. et al. Dentigerous cyst of anterior maxilla in a young child: a case report. **Jounal of Indian Society of Perodontics and Preventive Dentistry**, vol. 25, nº 4, p. 187-189, out./dez. 2007

KARAMANIS, S. et al. Implant placement after marsupialization of a dentigerous cyst. **Journal of Oral Implantology**, vol. 32, nº 6, p. 313-316, 2006.

KIRTANIYA, B. et al. Marsupialization: a conservative approach for treating dentigerous cyst in children in the mixed dentition (Case Report). **Journal of Indian Society of Periodontics and Preventive Dentistry**, vol. 28, nº 3, p.203-208, jul./sept. 2010.

NEVILLE, B. et al. **Patologia oral e Maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 566-569.

SALMEN, F. Vantagens do uso de enxerto autógeno de sínfise mandibular para correção de defeitos localizados dos maxilares. **Revista Catarinense de Implantodontia**, vol. 4, nº 5, p. 10-12, 2003.

SANTOS, S. et al. Cisto dentífero: relato de caso cirúrgico. **Revista Científica OCEX**, nº 4, p. 28-31, 2000.

SETTE-DIAS, A. et al. Cisto dentífero seqüencial: relato de caso. **Robrac**, vol. 17, nº 44, p. 133-137, 2008.

TEIXEIRA, R. et al. Decompression of a maxillary dentigerous cyst. **RGO**, Porto Alegre, vol. 59, nº 2, p. 299-303, abir./jun. 2011.

VAZ, L.; RODRIGUES, M.; FERREIRA JÚNIOR, O. Cisto dentífero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **RGO**, Porto Alegre, vol. 58, nº 1, p. 127-130, jan./mar. 2010.