

MARSUPIALIZAÇÃO, ERUPÇÃO DENTAL E EXÉRESE CÍSTICA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Fernanda Haverroth Schunemann
Acadêmica de Graduação do Curso
de Odontologia da Univille

Aleysson Olimpio Paza
Professor de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Univille
E-mail: <pazaface@gmail.com>.

Lúcia Fátima de Castro Ávila
Professora de Estomatologia da Univille

Cristiano Cardoso Carvalho
Especialista em Patologia Buco-Dental

Luisa Gomes Gregol
Cirurgiã-dentista

RESUMO

As lesões císticas são encontradas com relativa frequência na cavidade bucal. O presente artigo relata o caso clínico de um paciente adolescente que apresentava radiolucidez no corpo da mandíbula, encontrada no exame radiográfico e associada a leve disestesia na região mentoniana. Verificou-se uma imagem radiolúcida ampla no corpo mandibular esquerdo, associada ao dente 75 ainda presente no arco com tratamento endodôntico e o dente 35 incluso horizontalmente na região basilar do corpo da mandíbula. A opção foi exodontia no dente 75, marsupialização, enxerto, acompanhamento clínico e radiográfico. Após 23 meses de acompanhamento, a radiografia final apresentou o dente 35 em posição na arcada e o remanescente do cisto foi removido cirurgicamente e realizado enxerto ósseo no local, com acompanhamento radiográfico e após a realização do tratamento ortodôntico.

Palavras-chaves: Diagnóstico diferencial, Enxerto, Marsupialização, Dentição Decídua.

INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos originam-se do epitélio que participa direta ou indiretamente da odontogênese, como a lâmina dentária, o órgão do esmalte e seus respectivos remanescentes, bem como seus restos embrionários. “Um cisto pode

ser definido simplesmente como um espaço patológico revestido por epitélio” (Regezi, 2000), ou conforme Prado e Salim (2002), como uma cavidade patológica revestida por epitélio, cujo o conteúdo é líquido ou semi-sólido.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cistos odontogênicos são divididos em dois grandes grupos: de desenvolvimento

e inflamatórios. Os de Desenvolvimento são os cistos: dentígero, erupção, ceratocisto odontogênico, odontogênico ortoceratinizado, gengival do recém-nascido, gengival do adulto, periodontal lateral, odontogênico calcificante e odontogênico glandular. Os cistos inflamatórios são: Periapical (radicular), Periapical (radicular) Residual e de bifurcação vestibular.

A cavidade cística é geralmente preenchida por material fluido e, não raro, cristais de colesterol que são, também, encontrados na parede da lesão (Tommasi, 2002). As lesões císticas são tratadas das seguintes formas: tratamento endodôntico (conservador) e cirúrgico, sendo este dividido em enucleação, marsupialização e a marsupialização seguida de enucleação.

O objetivo deste trabalho foi de relatar um caso clínico de cisto diagnosticado na região de corpo da mandíbula que foi tratado por meio de marsupialização seguida de enucleação, por se tratar de uma lesão de grande extensão.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 13 anos, procurou o Curso de Odontologia da UNIVILLE com queixa de sensação estranha na região esquerda do lábio inferior. Foi solicitada radiografia panorâmica e observou-se imagem radiolúcida ampla no corpo mandibular esquerdo, associada ao dente 75 com tratamento endodôntico e o dente 35 incluso horizontalmente na região do corpo da mandíbula (Figura 1).



Figura 1: Radiografia Inicial

À palpação, havia discreto aumento volumétrico vestibular na região do dente 35. Ao relato do paciente, percebeu-se que o quadro de disestesia teve evolução nos últimos 60 dias.

Como conduta para o tratamento, realizou-se procedimento de exodontia do 75 e biópsia in-

cisional da lesão, encaminhada para exame histopatológico. Não foi realizado o fechamento total do alvéolo, com intenção de unir o epitélio bucal ao epitélio da lesão (suspeita cística), a fim de promover a marsupialização da possível lesão cística. O diagnóstico foi de Cisto Dentígero Infectado ou Cisto Periodontal Apical.

O paciente apresentou pós-operatório normal, sendo confeccionado mantenedor de espaço com prolongamento para o interior da lesão. O paciente permaneceu em acompanhamento clínico e radiográfico, observando-se a regressão da lesão e a movimentação dental espontânea do dente 35 até a sua erupção (Figura 2)



Figura 2: Erupção espontânea do 35.

Após 23 meses de acompanhamento realizou-se uma tomografia computadorizada onde o tamanho da lesão cística e o grau de osteogênese foram observados e detectou-se a neoformação óssea cortical vestibular, lingual, mesial e distal. A seguir, procedeu-se a exérese do resíduo da lesão com enxertia óssea de material Bifásico Composto de Hidroxiapatita e β Tricálcio Fosfato (Straumann Bone Ceramic) (figura3).



Figura 3: Curetagem do cisto, e após a realização do enxerto ósseo.

Foi realizado procedimento de remoção da lesão residual, a qual foi enviada para exame histopatológico, a fim de confirmar o diagnóstico, realizando-se a enxertia óssea. Com a cicatriza-

ção da enxertia óssea, obteve-se uma radiografia final verificando sucesso no enxerto e remoção do cisto (Figura 4).



Figura 4: Radiografia Final.

DISCUSSÃO

É importante o conhecimento da cronologia de erupção e queda dos dentes decíduos para perceber radiograficamente quando algum problema está acontecendo. Apesar de apresentar variações nesta sequência de acordo com a idade, sabe-se que segundo Estágios de Nolla, entre 10 e 11 anos, os pré-molares devem erupcionar. Se apenas um pré-molar inferior erupcionou e o outro não, é por que algo anormal está ocorrendo, portanto deve-se fazer um exame radiográfico para visualizar se apresenta algo impedindo a esfoliação do decíduo ou a erupção do permanente.

Além do conhecimento da cronologia de erupção, o controle radiográfico é essencial. Com as radiografias pode-se acompanhar a erupção do dente permanente que apresentava-se incluso horizontal e erupcionou em seu devido local. É importante salientar que com a erupção espontânea do 35, não foi necessária a realização de cirurgias maiores para extração do permanente que encontrava-se incluso, havendo assim a preservação das estruturas dental e nervosa, além de ter um procedimento menos traumático ao paciente.

Ao analisar na radiografia todos os dentes do paciente, notou-se ausência de restaurações profundas, porém o dente 36 apresenta-se com tratamento endodôntico, levantando a hipótese de equívoco cometido ao analisar-se apenas radiografia periapical, que apresentava uma área radiolúcida no ápice do mesmo, uma vez que o paciente nunca havia sido submetido a uma radiografia panorâmica. O tratamento realizado para este dente talvez não fosse necessário se em vez de radiografia periapical, fosse feita uma panorâmica e estudo

do caso, para perceber que a área radiolúcida não estava relacionada com o dente 36.

A evolução do caso demonstrou que não possuía relação com a imagem radiolúcida, imagem que também nos trouxe grandes dificuldades para encontrar o verdadeiro diagnóstico, que poderia ser resultado de cisto inflamatório do 75, no qual um conteúdo para a histopatologia foi coletado através do alvéolo no momento da extração do 75, portanto, mais superficial e não tão próximo ao 35. Ainda poderia ser que o cisto de desenvolvimento dentígeno do 35 alterou sua característica em razão da contaminação pela lesão endodôntica do 75.

Apesar da dificuldade para se chegar a uma conclusão do diagnóstico específico, a decisão para que se realizasse um bom tratamento e o menos traumático possível foi de curetagem, que se deu pela tomografia computadorizada e a opção por “Material aloplástico para enxerto” (marca comercial Straumann BONE CERAMIC) se deu em função de ser um defeito ósseo favorável do tipo cavidade, em que o material com potencial osteocondutor é uma opção indicada para o caso, sem a necessidade de enxertia óssea autógena.

A opção de tratamento foi em função da idade do paciente (potencial osteogênico) e inicialmente, para evitar lesão nervosa no feixe alveolar inferior, uma vez que o paciente relatava disestesia no exame inicial. A manutenção da conduta conservadora (marsupialização) foi mantida em razão da ótima evolução do caso, sendo extremamente necessário nesta situação o acompanhamento clínico e radiográfico. O controle clínico foi através de irrigação com soro fisiológico e monitoração da higiene bucal além da manutenção do aparelho mantenedor de espaço para o acompanhamento radiográfico foram realizadas radiografias panorâmicas a cada 3 meses para avaliar a evolução do cisto e o surpreendente aproveitamento do dente 35 que inicialmente não se considerava possível de aproveitar devido a sua localização e posicionamento. Enquanto se acompanhava o caso, foi mantido em boca um mantenedor de espaço para que os dentes vizinhos não migrassem para o espaço edêntulo, o que impedia a correta erupção do dente 35. Quando o dente 35 já apresentava-se em boca, foi necessário tratamento ortodôntico e uma correta posição do dente na arcada, buscando função e estética do dente em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação radiográfica é essencial para os pacientes que não apresentam erupção dental no período correspondente para verificar o motivo e fazer um tratamento adequado do caso. Além da avaliação radiográfica, o exame histopatológico é muito importante para ajudar no diagnóstico diferencial. No caso apresentado a marsupialização mostrou-se um método relativamente conservador e indutor de formação óssea na mandíbula em um paciente adolescente e o procedimento ci-

rúrgico para exérese do resíduo foi indispensável. Métodos cirúrgicos conservadores estão indicados para pacientes jovens, uma vez que o metabolismo e o potencial reparador desses são coadjuvantes no tratamento das patologias, previamente diagnosticadas.

Para o caso apresentado, a necessidade de mantenedor de espaço, o acompanhamento radiográfico, o exame histopatológico e o tratamento ortodôntico foram indispensáveis, além da escolha de marsupialização seguida de exérese para o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bastos, EG, Cruz, MCFN, Martins, GAS, Mendes, MC, Marques, RVCF. (2011). Marsupialization of mandibular dentigerous cyst in a 7 years old child in the mixed dentition: case report. *Rev Odontol UNESP*, 40(5): 268-271.
2. Neto, M.D.E., Barbosa, D.Z., Silva, C.J., Silva, M.C.P. (2007). *Marsupialização e Enucleação do cisto radicular apical*. Ver INPEO de Odonto. Cuiabá – MT, v. 1, n. 1, p. 1-64.
3. Neville, Brad W. et al. (2004). *Patologia oral & maxilofacial*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
4. Prado, Roberto, Salim, Martha. (2002). *Cirurgia Bucomaxilofacial, diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: medsi.
5. Regezi, Joseph A., Sciubba, James J. (2000). *Patologia Bucal: Correlações Clinicopatológicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
6. Ribeiro, Paulo Domingos Jr. et al. (2004). Abordagens cirúrgicas do cisto periodontal apical. Considerações sobre qual técnica utilizar. *Salvita*, Bauru, v. 23, n. 2, p. 303-316.
7. Shafer, WG, Hine, MK, Levy, BM. (1987). *Tratado de patologia bucal*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
8. Shear, M. (1999). *Cistos da Região Bucomaxilofacial*. 3. ed. São Paulo: Santos.
9. Toledo, Orlando Ayrton de, et al. (2006). Terapia de cisto dentígero por meio da marsupialização. *Rev Ibero-Am Odontopediat Odontol Bebê*, 9(48): 110-114.
10. Tommasi, Antonio. (2002). *Diagnóstico em patologia*. 3.ed. São Paulo: Pancast.

Marsupialization, dental eruption and excision fibrosis - a case report

ABSTRACT

Odontogenic Cysts are often located in jaws. They are originated by odontogenic epithelium and classified in inflammatory and development origin. The case is reported of an 13-year-old white teenager who was diagnoses with Odontogenic Infected Cyst around tooth number 35 and periapical to tooth number 75. The signs and symptoms were mandibular radiolucence and alveolar inferior dysestesia. The treatment proposed was biopsy and marsupialization. After 2 years, de cyst was removed and the teeth number 35 erupted. A bone graft augmentation filled the cyst cavity. The aim of this treatment was safe the permanente teeth and avoid mandibular neurosensorial damage.

Endereço para correspondência/Corresponding author:

Aleysson Olímpio Paza
Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE
Rua Paulo Malschitzki, 10, Zona Industrial Norte Joinville/SC
CEP: 89219710