



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

MANUEL HENRIQUE DE MEDEIROS NETO

**MÚLTIPLOS CISTOS DENTÍGEROS EM PACIENTE NÃO SINDRÔMICO:
relato de caso raro**

CAMPINA GRANDE - PB

2014

MANUEL HENRIQUE DE MEDEIROS NETO

**MÚLTIPLOS CISTOS DENTÍGEROS EM PACIENTE NÃO SINDRÔMICO:
relato de caso raro**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia, pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande-PB.

Orientadora: Prof^a. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M488m Medeiros Neto, Manuel Henrique de.
Múltiplos cistos dentígeros em paciente não síndrômico
[manuscrito] : relato de caso raro / Manuel Henrique de Medeiros
Neto. - 2014.
27 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes,
Departamento de Odontologia".

1. Patologia bucal. 2. Cisto dentígero. 3. Diagnóstico
diferencial. I. Título.

21. ed. CDD 616.31

MANUEL HENRIQUE DE MEDEIROS NETO

**MÚLTIPLOS CISTOS DENTÍGEROS EM PACIENTE NÃO SINDRÔMICO:
relato de caso raro**

Aprovado em 02/07/2014

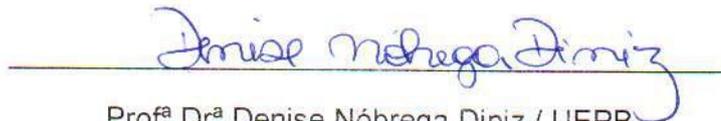
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Daliana Queiroga de Castro Gomes / UEPB
(Orientadora)



Prof. Me. Tony Santos Peixoto / UEPB
(1º Examinador)



Profª Drª Denise Nóbrega Diniz / UEPB
(2ª Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado o dom da vida e a oportunidade de concretizar esse sonho, e por ter me amparado em meio às adversidades encontradas no decorrer do curso. Muito obrigado, meu Deus!

Aos meus pais, pelo amor e dedicação para comigo, por sempre acreditarem em mim e nunca medirem esforços para me fazer chegar mais longe. Agradeço a vocês por todos os sacrifícios feitos para me proporcionar sempre o melhor. A vocês, os meus mais sinceros agradecimentos. Essa vitória é nossa!

À minha família querida, por sempre me estimular e apoiar durante todo esse tempo, vocês, com certeza, ajudaram-me a escrever esse capítulo da minha vida.

Aos meus amigos, que me deram força e me incentivaram a chegar até aqui.

Aos meus professores, desde os do ensino infantil até os da graduação, vocês foram essenciais na minha formação, cada um do seu jeito, compartilhando um pouco do seu conhecimento e experiência, não só científica, mas também de vida. Agradeço, de forma especial, à professora Daliana Queiroga de Castro Gomes, minha orientadora nesse trabalho, pela orientação, apoio e confiança, durante a elaboração deste trabalho, e pela oportunidade de aprendizado no decorrer do projeto de extensão no Hospital Napoleão Laureano.

Ao Professor Tony Peixoto, por me ajudar na elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso, realizando a cirurgia deste relato de caso. Agradeço também por sua paciência e dedicação, tanto dentro, como fora da Universidade, sempre se mostrando solícito a me ensinar e incentivar.

À professora Denise Nóbrega Diniz por ter aceitado fazer parte da minha banca examinadora, contribuindo para o enriquecimento do meu trabalho.

À professora Pollianna Muniz Alves, que me ajudou fazendo a análise histopatológica das lesões e, a professora Alcione Barbosa Lira de Farias por me ajudar na elaboração e confecção das próteses dentárias.

Ao técnico em prótese dentária, Christopher, por toda paciência e ajuda na confecção das próteses.

À toda equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na pessoa do Prof. Dr. Rafael Gempel, Coordenador do estágio, pela

oportunidade do estágio extracurricular, e por todos os ensinamentos e conhecimentos compartilhados.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer de forma bastante especial aos meus colegas de graduação pela parceria e amizade construída no decorrer do curso, vocês com certeza já fazem parte da minha história. Que a nossa amizade se mantenha firme e forte mesmo com a distância e com o passar do tempo.

Enfim, agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para o meu sucesso e conclusão deste curso. A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

O Cisto Dentígero (CD) é o mais comum dos cistos de desenvolvimento. O tratamento é cirúrgico por meio de enucleação, ou ainda marsupialização. Neste trabalho, relatou-se um caso clínico de dois CDs em maxila e mandíbula em um paciente não sindrômico do sexo masculino, 49 anos de idade, diagnosticado após radiografia de rotina. Na mesma, observou-se lesão extensa, radiolúcida, unilocular, com margens bem definidas envolvendo três dentes retidos na mandíbula e, uma lesão com iguais características, porém, em menor dimensão, envolvendo outro dente na maxila. Realizada biópsia incisional na lesão mandibular, comprovou a hipótese diagnóstica de CD. Os cistos foram enucleados em duas etapas cirúrgicas, sendo o da mandíbula, sob anestesia geral e o da maxila sob anestesia local. O paciente encontra-se em preservação, sem recidiva da lesão e o mesmo foi reabilitado proteticamente. Diante do exposto, ressalta-se a importância da realização de biópsia incisional nos casos de lesões extensas e enfatiza-se que a presença de múltiplos CDs é uma condição rara em pacientes não sindrômicos, como o paciente deste relato.

Palavras-chave: Patologia bucal. Cisto Dentígero. Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

The dentigerous cyst (DC) is the most common developmental cysts. The treatment is surgical by enucleation or marsupialization. We report a case of two CDs in the maxilla and mandible in a non-syndromic male patient, 49 years old, diagnosed after routine radiography. In it, there was extensive, radiolucent, unilocular lesion with well-defined margins involving three teeth retained in the jaw, and a lesion with similar characteristics, but to a lesser extent, involving another tooth in the jaw. Incisional biopsy performed in the mandibular lesion confirmed the diagnosis of CD. The cysts were enucleated in two operative steps, and the jaw under general anesthesia and local anesthesia of the jaw. The patient is under observation without recurrence and was rehabilitated proteticamente. Given the above, we emphasize the importance of incisional biopsy in cases of extensive lesions and emphasizes that the presence of multiple CDs is a rare condition in non-syndromic patients, as our patient.

Keywords: Oral Pathology. Dentigerous cyst. Differential diagnosis.

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1.	Radiografia panorâmica pré-operatória.....	14
Figura 2.	Cápsula e dentes da lesão mandibular.....	15
	2.A. Imagem macroscópica da cápsula da lesão mandibular...	15
	2.B. Dentes envolvidos pela lesão mandibular.....	15
Figura 3.	Radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando o dente 41.....	16
Figura 4.	Cápsula e dente da lesão maxilar.....	16
	4.A. Imagem macroscópica da cápsula da lesão maxilar.....	
	4.B. Dente envolvido pela lesão maxilar.....	
Figura 5	Cortes histopatológicos das lesões.....	17
	5.A. Visão geral do corte histopatológico da lesão mandibular.....	17
	5.B. Visão aproximada do corte histopatológico da lesão mandíbula.....	17
	5.C. Visão geral do corte histopatológico da lesão maxilar.....	17
	5.D. Visão aproximada do corte histopatológico da lesão maxilar.....	17
Figura 6.	Radiografia panorâmica após preservação de 4 meses.....	18
Figura 7.	Paciente antes da reabilitação protética.....	18
Figura 8.	Próteses parciais provisórias com overlay.....	19
Figura 9.	Paciente reabilitado proteticamente.....	19

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro1. Revisão de literatura de múltiplos/bilaterais CDs em pacientes não sindrômicos, evidenciando o sexo, a idade, a localização e a forma de tratamento.....	20

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	13
3 RELATO DE CASO	14
4 DISCUSSÃO	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
6 REFERÊNCIAS	25

APÊNDICE

1 INTRODUÇÃO

Os cistos são considerados lesões benignas que, quando presentes por um longo período de tempo, podem causar algum desconforto e promover deformidades (CARVALHO et al., 2011). A degeneração do folículo da coroa de um dente incluso culmina com uma formação cística denominada, Cisto Dentífero (CD). Dentre os cistos de desenvolvimento, este é considerado o mais comum. Acredita-se que sua patogênese se dê por meio do acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente (MORAIS et al., 2011).

O CD pode acometer qualquer dente dos maxilares, mas, na maioria dos casos, o dente envolvido é o terceiro molar inferior. Em geral, estes cistos são descobertos em radiografias de rotina para investigar a ausência de erupção de algum dente; não possui sintomatologia dolorosa; mais comuns na segunda e terceira década de vida e radiograficamente apresentam-se como uma lesão radiolúcida com margens escleróticas bem definidas, associada à coroa de um dente incluso na junção cimento-esmalte (SALUJA et al., 2010). Para Costa et al. (2011), o desenvolvimento do CD pode acarretar sérias complicações clínicas, como assimetria facial, deslocamento de dentes, erupção ectópica, impaction dentária e reabsorção radicular de dentes adjacentes.

Apesar dos CDs serem cistos de desenvolvimento comuns, CDs múltiplos ou bilaterais são extremamente raros e dificilmente relatados. Os CDs múltiplos ou bilaterais são geralmente associados à síndrome de Maroteaux-Lamy (mucopolissacaridose tipo VI), Displasia Cleidocraniana, Síndrome do nevo basocelular (*Síndrome de Gorlin-Goltz*) e, em alguns casos, podem ser induzidos por fármacos. O efeito combinado de ciclosporina e um bloqueador de cálcio também é relatado como causa do surgimento de CDs múltiplos (TAMGADGE et al., 2011).

Segundo Morais et al. (2011), essa patologia faz diagnóstico diferencial com outras lesões que acometem os mesmos sítios e apresentam aspectos clínico-radiográficos semelhantes como o Tumor Odontogênico Cetarocisto (TOC), ameloblastoma unilocular e Tumor Odontogênico Adenomatóide (TOA), além de lesões com pior prognóstico, como o cisto odontogênico glandular. Por

isso, o diagnóstico definitivo deve sempre ser obtido, por meio do exame histopatológico.

A remoção do dente associado ao cisto e a enucleação cuidadosa do tecido mole capsular é o tratamento definitivo na maioria dos casos, embora aqueles com grandes dimensões possam ser tratados pela marsupialização. (SANTANA; REBELLATO; MACHADO, 2012).

Durante a pesquisa na literatura, na base de dados estudada, não foi encontrado nenhum caso de paciente não sindrômico com múltiplos CDs associados a pré molar superior e inferior. Diante do exposto, este trabalho teve como finalidade relatar um caso clínico de dois CDs extensos, um envolvendo o dente a maxila e o outro a mandíbula, tratados por enucleação.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este trabalho constitui-se em um relato de caso clínico, com abordagem qualitativa. A cirurgia para remoção a lesão mandibular foi realizada no Centro Cirúrgico da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), e a cirurgia da lesão maxilar, na clínica da Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral (LINCCO), que funciona no Departamento de Odontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). As análises histopatológicas foram feitas no Laboratório de Patologia do Departamento de Odontologia da UEPB.

As cirurgias foram realizadas em um paciente do sexo masculino, 49 anos de idade, não branco, brasileiro, natural de Campina Grande – PB, casado, professor, o qual assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice), autorizando a exposição do seu caso segundo a Resolução nº196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1996).

3 RELATO DE CASO

Paciente 49 anos de idade, sexo masculino, compareceu a clínica da Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral (LINCCO) do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) encaminhado por uma cirurgiã dentista, que verificou a presença de uma lesão radiolúcida na mandíbula após uma radiografia periapical de rotina. O paciente não se queixou de sintomatologia dolorosa. Ao exame físico Intraoral, observou-se um discreto aumento de volume na região anterior da mandíbula do mesmo e, ausência de vários dentes em ambos os maxilares. Foi solicitada uma radiografia panorâmica, em que se verificou uma área radiolúcida, unilocular, com margens bem definidas, unida à junção cimento-esmalte do primeiro pré-molar inferior esquerdo e, devido a sua expansão e crescimento, o canino inferior do mesmo lado também estava envolvido pela lesão, que ultrapassava a linha média. Detectou-se também uma área radiolúcida com as mesmas características, porém, em menor dimensão, unida à junção cimento esmalte do segundo pré-molar superior esquerdo (Figura 1). Na lesão maxilar, a hipótese diagnóstica foi de CD, já na lesão mandibular as hipóteses diagnósticas foram de ameloblastoma unicístico, cisto odontogênico glandular e CD, nesta sequência.



Figura 1: Radiografia panorâmica pré-operatória, exibindo uma lesão radiolúcida com margens escleróticas, associada ao 25, e uma lesão radiolúcida com margens escleróticas na região anterior da mandíbula.

Após biópsia incisional da lesão mandibular, obteve-se o resultado histopatológico de CD, o que comprovou a hipótese diagnóstica.

A enucleação da lesão mandibular (Figuras 2A e 2B) foi realizada por meio de acesso intrabucal, incisão trapezoidal, descolamento mucoperiósteo, ostectomia marginal, remoção dos dentes envolvidos pela lesão, sendo detectado um terceiro dente não observado antes na radiografia panorâmica: o incisivo central inferior direito, que estava sobreposto ao incisivo lateral inferior direito (já erupcionado) e se apresentava com um aspecto bem radiolúcido de difícil visualização na radiografia. (Figura 3). Em seguida, fez-se a remoção da cápsula, curetagem, remodelação das bordas da loja óssea e limpeza do leito cirúrgico. Posteriormente reposicionou-se o retalho e realizou-se a sutura simples com pontos separados. O paciente foi medicado e teve alta hospitalar no dia seguinte sem alterações e/ou queixas.



Figura 2: A) Imagem macroscópica da cápsula da lesão mandibular. B) Dentes envolvidos pela lesão mandibular.

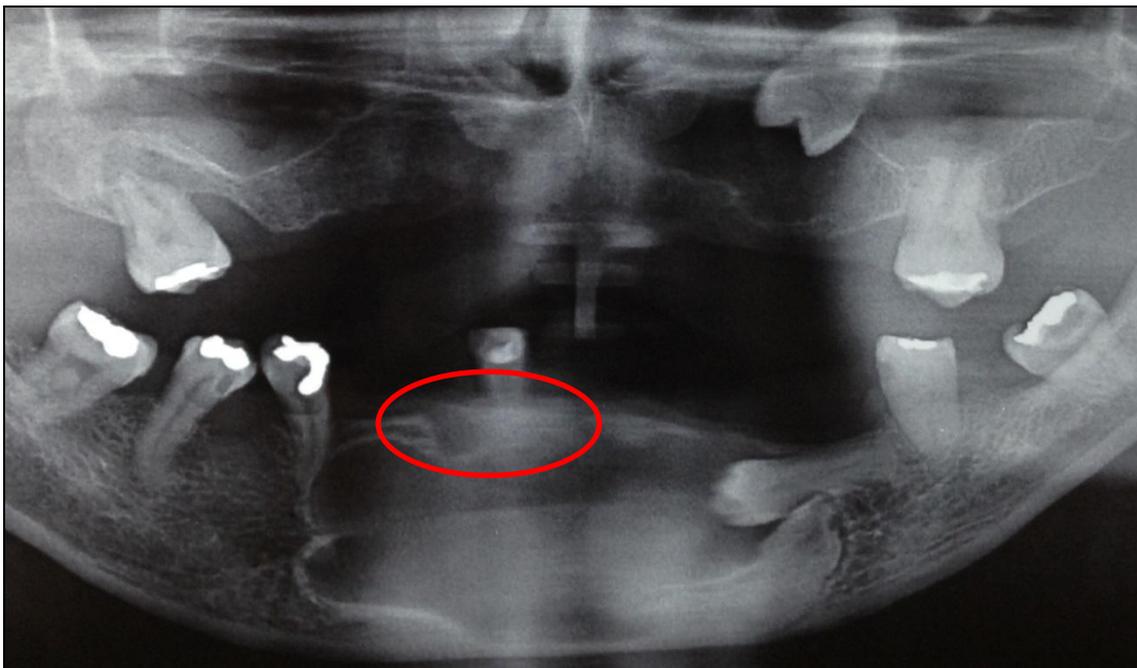


Figura 3: Radiografia panorâmica pré-operatória evidenciando o dente 41.

Após doze dias, a lesão maxilar foi enucleada (Figuras 4A e 4B), por meio de acesso intrabucal, incisão trapezoidal, descolamento do retalho mucoperiosteal, ostectomia, remoção do dente incluído, enucleação da lesão seguida de curetagem, remodelação óssea, limpeza da loja cirúrgica, reposição do retalho e sutura simples com pontos separados. Optou-se por uma biópsia excisional pelo fato de não se tratar de uma lesão de grandes dimensões



Figura 4: A) Imagem macroscópica da cápsula da lesão maxilar. B) Dente envolvido pela lesão maxilar.

As lesões foram enviadas para análise histopatológica, e nos cortes histopatológicos examinados, corados em hematoxilina e eosina, observou-se fragmento de lesão cística de origem odontogênica revestida por epitélio pavimentoso estratificado delgado, composto por três ou quatro camadas de células cúbicas com interface epitélio-conjuntivo plana e áreas focais de acantose. A cápsula cística era composta por tecido conjuntivo fibroso de densidade variada exibindo fibras colágenas em direções variadas, fibroblastos fusiformes, leve/moderado (lesão maxilar/lesão mandibular) infiltrato inflamatório crônico com distribuição focal/difusa (lesão maxilar/lesão mandibular) e leve vascularização (Figura 5).

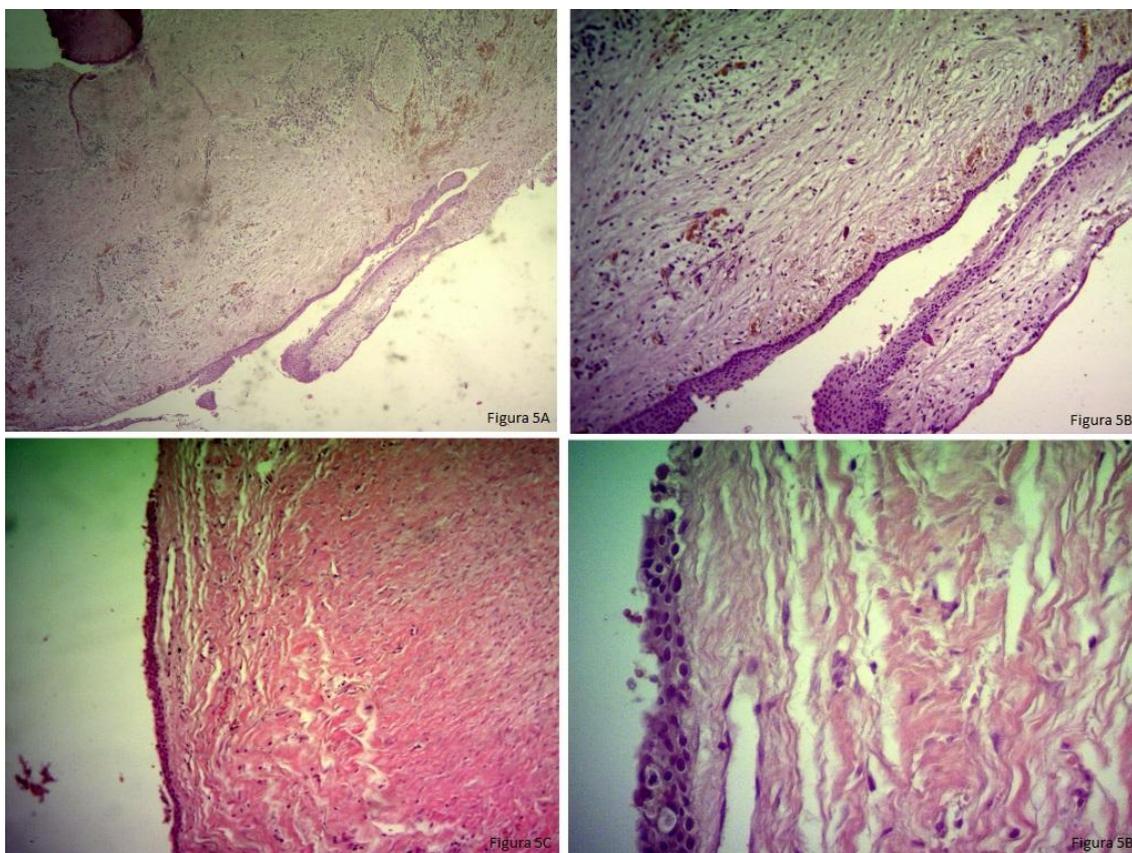


Figura 5: A) Visão do corte histopatológico da lesão mandibular em um aumento de 100 vezes. B) Visão do corte histopatológico da lesão maxilar em um aumento de 100 vezes. C) Visão do corte histopatológico da lesão mandibular em um aumento de 400 vezes. D) Visão do corte histopatológico da lesão maxilar em um aumento de 400 vezes.

O paciente encontra-se em preservação de aproximadamente quatro meses, sendo possível verificar uma reparação óssea bastante significativa na radiografia panorâmica pós-operatória (Figura 6).



Figura 6: Radiografia panorâmica após preservação de 4 meses.

Uma reabilitação protética pós-cirúrgica foi realizada no paciente para oferecer um melhora funcional e estética, proporcionando assim um aumento da sua qualidade de vida (Figura 7, 8 e 9).



Figura 7: Paciente antes da reabilitação protética.



Figura 8: Próteses parciais provisórias com overlay.



Figura 9: Paciente reabilitado proteticamente.

4 DISCUSSÃO

Os CDs, em geral, se apresentam de forma solitária. CDs múltiplos ou bilaterais são raros na ausência de síndromes. Normalmente são encontrados em associação com a síndrome de Maroteaux -Lamy, Displasia Cleidocraniana e *Síndrome de Gorlin-Goltz*. (AHER et al., 2013). Uma extensa pesquisa na literatura de língua Inglesa identificou apenas 21 casos. (TAMGADGE et al., 2011), que pode ser visto no (Quadro 1).

Quadro 1:Revisão de literatura de múltiplos/bilaterais CDs em pacientes não síndrômicos, evidenciando o sexo, a idade, a localização e a forma de tratamento.

Autor	Sexo	Idade	Localização	Tratamento
MYERS, 1943	Feminino	19	3º molar inferior	Enucleação
HENEFER, 1964	Feminino	52	3º molar superior	Enucleação
STANBACK, 1970	Masculino	9	1º molar inferior	Enucleação
CALLAGHAN, 1973	Masculino	38	3º molar inferior	Enucleação
BURTON; SCHEFFER, 1980	Feminino	57	3º molar inferior	Enucleação
SWERDLOFF; ALEXANDER; CEEN; FERGUSON, 1980	Feminino	7	1º molar inferior	Enucleação
CRINZI; 1982	Feminino	15	3º molar inferior	Enucleação
MCDONNELL; 1988	Masculino	15	2º pré-molar e 2º molar inferior	Enucleação
EIDINGER; 1989	Masculino	15	1º molar inferior	Enucleação
O'NEIL; MOSBY; LOWE, 1989	Masculino	5	1º molar inferior	Enucleação
BANDERAS; GONZALEZ; RAMIREZ; ARROYO, 1996	Masculino	38	3º molar inferior	Enucleação
SANDS; TOCCHIO, 1998	Feminino	3	Incisivo central inferior e 1º	Enucleação

			molar inferior	
KO; DOVER; JORDAN, 1999	Masculino	42	3º molar inferior	Enucleação
DE BIASE; OTTOLENGHI; POLIMENI;BENVENUTO; LUBRANO; MAGLIOCCA, 2001	Masculino	8	1º molar inferior	Enucleação
SHAH; THUAU; BEALE, 2002	Masculino	39	3º molar inferior	Sem tratamento
USTUNER; FITOZ; ATASOY; ERDEN; AKYAR, 2003	Masculino	6	Caninos superiores	Enucleação
BATRA; ROYCHOUDHURY; BALAKRISHAN; PARKASH, 2004	Feminino	15	3º molar e 2º pré-molar inferior	Enucleação
FRIETAS et al., 2006	Masculino	13	3º molar superior e 2º molar inferior	Enucleação
TURKIYE, 2007	Masculino	51	3º molar inferior	Enucleação
FREGNANI et al., 2008	Masculino	5	1º molar inferior	Enucleação
SERGIO et al., 2009	Masculino	5	Molares inferiores	Enucleação

A grande maioria dos CDs é associada ao terceiro molar inferior e canino superior, seguidos pelos pré-molares inferiores, terceiros molares superiores e raramente os pré-molares superiores. Estudos mostraram que a taxa de ocorrência de CD envolvendo pré-molares superiores foi de 2,7%, em comparação com 45,7% envolvendo o terceiro molar inferior. (TAMGADGE et al., 2011).

O caso apresentado é bastante raro, pois se trata de múltiplos CD em um paciente não sindrômico, o qual teve associação com um pré-molar superior. A extensão das lesões também é algo que se deve destacar, principalmente, a lesão mandibular que tem um tamanho significativo, cruzando a linha média e retendo três dentes em sua totalidade, possuindo uma

característica não comum em CD, diferente da maior parte dos casos relatados na literatura (FREGNANI et al., 2008; VAZ; RODRIGUES; FERREIRA JÚNIOR, 2010; PRABHAKAR; SANDHU, 2011; NAGAVENI; UMASHANKARA; RADHIKA, 2011; PATEL; PATEL; VENKATARAGHAVAN, 2013).

O diagnóstico preciso é imprescindível para traçar o tratamento correto. Os exames de imagem são largamente utilizados no planejamento do tratamento desses cistos. A radiografia panorâmica é bastante utilizada para avaliação dessas lesões, que podem ser confundidas com outras lesões que possuem características radiográficas semelhantes, e que podem ter um pior prognóstico. No entanto, segundo Freitas et al. (2006), em casos de lesões extensas, a Tomografia Computadorizada (TC) pode ser uma alternativa necessária, pois fornece informações sobre a origem, tamanho exato, relação da lesão com as corticais ósseas e com estruturas anatômicas adjacentes. No entanto, no presente caso, a radiografia panorâmica foi analisada e por meio dela foi possível traçar o planejamento cirúrgico, mesmo se tratando de lesões extensas.

Para se fechar o diagnóstico de CD, foi necessário um exame histopatológico. Histologicamente, o CD, apresenta uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso arranjado frouxamente com pequenas ilhas ou cordões de epitélio odontogênico e infiltrado inflamatório mononuclear. O epitélio de revestimento é em geral do tipo pavimentoso estratificado não ceratinizado, com duas a quatro camadas de células epiteliais cúbicas, tendo a interface epitélio-conjuntivo plana (COSTA et al., 2011; SILVEIRA et al., 2009), o que corrobora com o resultado encontrado no caso apresentado.

A seleção para o tratamento cirúrgico adequado do CD depende da idade do indivíduo, da dimensão da lesão osteolítica e da sua relação com as estruturas anatômicas adjacentes, que podem ser observadas radiograficamente. O protocolo de tratamento padrão para CD é a enucleação e extração dos dentes envolvidos (MOTAMEDI; TALES, 2005; SANTANA; REBELLATO; MACHADO, 2012).

De acordo com Santana, Rebellato e Machado (2012), a enucleação é a terapia de escolha para cistos de dimensões menores e quando não há continuidade com estruturas anatômicas importantes. Outra opção de tratamento cirúrgico é a marsupialização, usualmente, recomendada em casos

de lesões extensas, pois promove a descompressão e redução da lesão. É considerada como uma técnica cirúrgica menos invasiva, pois pode manter o dente impactado em sua cavidade, promover a sua erupção e minimizar o risco de danos a estruturas anatômicas importantes. Deve ser a primeira escolha para crianças e quando o dente permanente associado com a lesão é impedido de erupcionar.

Em crianças com cistos extensos, há risco de fraturas ósseas, e os germes dentários permanentes podem ser lesados ou desvitalizados ao proceder-se com uma enucleação. Assim, a realização de uma marsupialização inicial diminuirá o tamanho do cisto e do defeito ósseo, permitindo que o dente relacionado a ele irrompa em uma posição normal, podendo, caso necessário, ser indicada uma enucleação em um segundo tempo cirúrgico. (SANTANA; REBELLATO; MACHADO, 2012).

No caso relatado, optou-se pela enucleação, uma vez que se tratava de um paciente adulto, que não tinha mais capacidade de erupção espontânea dos dentes, e um tracionamento ortodôntico não era viável, levando em consideração a localização dos dentes inclusos e o edentulismo parcial do paciente. Outros fatores considerados na escolha da enucleação foram: o fato das lesões não estarem associadas a estruturas anatômicas importantes; não existir risco eminente de fratura, além da enucleação ser o tratamento com maior chance de sucesso, sem recidivas.

O paciente deste relato encontra-se em proervação após realização das intervenções cirúrgicas e da reabilitação protética. O acompanhamento pós-operatório é de extrema relevância, pois, por meio deste, é possível constatar a ausência de sinais de recidivas, além da neoformação óssea no lugar, em que existia a lesão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como os CDs são bastante frequentes, é importante que os profissionais atentem às regiões clínicas de anodontias e solicitem radiografias que possam ajudar em um possível diagnóstico de um CD, para estabelecer um tratamento precoce, evitando que a lesão evolua e resulte em maiores complicações para o paciente.

É necessário um conhecimento aprofundado das características clínicas e radiográficas dessa patologia para um diagnóstico correto e uma indicação precisa da técnica cirúrgica a ser empregada como tratamento do cisto.

Os CDs múltiplos ou bilaterais são considerados bastante raros. Na ocorrência destas lesões, uma completa avaliação do paciente deve ser realizada para excluir a hipótese de associação com alguma síndrome, ressaltando-se a importância da execução de uma biópsia incisiva nos casos de lesões extensas para que assim se possa fazer um melhor planejamento cirúrgico.

6 REFERÊNCIAS

- AHER, V. et al. Dentigerous Cysts in Four Quadrants: A Rare and First Reported Case. **Journal of Surgical Technique and Case Report**, v. 5, n. 1, p. 21-26, jan./jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96**. Brasília, DF, 1996.
- CARVALHO, R. W. F. et al. Cisto Dentífero: Um Estudo Epidemiológico de 192 Casos. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 11, n. 33, p. 35-39, jul./set. 2011.
- COSTA, D. D. et al. Cisto dentífero associado a canino incluso em maxila. **ClipeOdonto**, Taubaté, v. 3, n. 1, p. 32-36, 2011.
- FREGNANI, E. R. et al. Metachronous Bilateral Dentigerous Cysts Associated With Permanent First Molars. **Journal of Dentistry for Children**, v. 75, n. 2, 2008.
- FREITAS, D.Q. et al. Bilateral dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. **Dentomaxillofacial Radiology**, v. 35, p. 464–468, 2006.
- MORAIS, H. H. A. et al. Cisto Dentífero Bilateral em Mandíbula: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v. 11, n. 1, p. 9-12, jan./mar. 2011.
- MOTAMEDI, M. H.; TALESH, I K. T. Management of extensive dentigerous cysts. **Br Dent J.**, v.198, n. 4, p. 203-206, fev. 2005.
- NAGAVENI, N. B.; UMASHANKARA, K.V.; RADHIKA, N.B. Inflammatory dentigerous cyst associated with an endodontically treated primary second molar: a case report. **Archives of Orofacial Sciences**, v. 6, n. 1, p. 27-31, 2011.
- PATEL, K.; PATEL, N.; VENKATARAGHAVAN, K. Management of a Dentigerous Cyst Associated with Inverted and Fused Mesiodens: A rare Case Report. **Journal of International Oral Health**, v. 5, n. 4, p. 73-77, jul./ago. 2013
- PRABHAKAR, V.; SANDHU, S. V. Nonsyndromic bilateral maxillary dentigerous cysts: Review of literature and report of an unusual case. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra** 6, v. 8, n. 5, 2011.
- SALUJA, J. S. et al. Multiple dentigerous cysts in a nonsyndromic minor patient: Report of an unusual case. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, Kanpur, v. 1, n. 2, p. 168-172, jul./dez. 2010.
- SANTANA, N. M.; REBELLATO, N. L. B.; MACHADO, M. A. N. Divergências de Tratamento do Cisto Dentífero: Revisão Sistemática. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v. 12, n. 1, p. 85-92, jan./mar. 2012.

SILVEIRA, V. A. S. et al. Cisto dentígero inflamatório relacionado a dente permanente: considerações etiopatológicas. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 38, n. 3, p. 143-147, 2009.

TAMGADGE, A. et al. Bilateral dentigerous cyst in a non-syndromic patient: Report of an unusual case with review of the literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, Mumbai, v. 15, n. 1, p. 91-95, jan./abr. 2011.

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

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito da utilização do meu histórico de antecedentes familiar e pessoal, bem como a retenção e uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas no meu prontuário, referentes inclusive ao meu estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais, revistas científicas nacionais e internacionais.

Campina Grande, 01 de julho de 2014

Jose Meliton Gomes Menezes

Assinatura do paciente

RG: 7.700.737

Romulo Thiago M. Isidoro
Testemunha 1

RG: 002614216

Erik Leffitt Tavares Monteiro
Testemunha 2

RG: 2001027010480