

UNIT - UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANIELLY VILMA FERREIRA DOS SANTOS
RICARDO FREIRE WILTSHIRE DE CARVALHO

CISTO DENTÍGERO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS,
RADIOGRÁFICAS E TRATAMENTO - REVISÃO DE
LITERATURA

ARACAJU
2018

ANIELLY VILMA FERREIRA DOS SANTOS
RICARDO FREIRE WILTSHIRE DE CARVALHO

CISTO DENTÍGERO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS,
RADIOGRÁFICAS E TRATAMENTO - REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

Prof^o MSc. José Carlos Pereira

ARACAJU
2018

ANIELLY VILMA FERREIRA DOS SANTOS
RICARDO FREIRE WILTSHIRE DE CARVALHO

CISTO DENTÍGERO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS,
RADIOGRÁFICAS E TRATAMENTO - REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Orientador

1º Examinador

2º Examinador

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Prof^o MSc. José Carlos Pereira orientador dos discentes Anielly Vilma Ferreira dos Santos e Ricardo Freire Wiltshire de Carvalho atesto que o trabalho intitulado: CISTO DENTÍGERO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS E TRATAMENTO - REVISÃO DE LITERATURA está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no manual para a realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Orientador

CISTO DENTÍGERO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS E TRATAMENTO - REVISÃO DE LITERATURA

Anielly Vilma Ferreira dos Santos ^a, Ricardo Freire Wiltshire de Carvalho ^b, José Carlos Pereira ^c.

^(a) Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(b) Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(c) MSc. Professor Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes

Resumo

Os cistos dentígeros ocorrem com maior frequência na mandíbula do que na maxila, na maioria das vezes lesiona sobretudo a região anterior da maxila e posterior da mandíbula, associados a coroas de dentes retidos, que envolvem a coroa do dente. A lesão advinda deste tipo de cisto, normalmente é assintomática, somente em casos onde o cisto está inflamado é que apresenta sintomatologia dolorosa. Para se obter um diagnóstico preciso, a análise da lesão não pode se limitar a exames de imagem, mas deve sim ser realizado um bom exame clínico e histopatológico completo, devido a existência de cistos com aspectos radiográficos idênticos ao do cisto dentígero. O tratamento de escolha para os cistos dentígeros deve levar em conta o tamanho do cisto e a idade do paciente. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre cisto dentígero, pesquisar sua causa, característica clínicas, radiográficas, histopatológicas e tratamento, buscou ainda realizar um estudo comparativo entre os autores, fazendo uma avaliação de qual a melhor maneira de diagnosticar e tratar o cisto dentígero, conseguindo caracterizá-lo, diferenciando-o de outras imagens radiográficas com aspectos similares.

Palavras-chave: Cisto dentígero. Cistos odontogênicos. Cisto retido. Características. Tratamento.

Abstract

The dentigerous cysts occur more frequently in the mandible than in the maxilla, most often lesions mainly the anterior region of the maxilla and posterior of the mandible, associated with crowns of retained teeth, which surround the crown of the tooth. The lesion arising from this type of cyst usually is asymptomatic, only in cases where the cyst is inflamed, it presents painful symptomatology. To obtain a precise diagnosis, the lesion analysis cannot be limited to imaging tests, but a good clinical examination and histopathological complete should be performed, due to the presence of cysts with radiographic features identical to those of the dentigerous cyst. The treatment of choice for dentigerous cysts should consider the size of the cyst and the age of the patient. The objective of this study was to carry out a literature review on dentigerous cyst, to investigate its cause, clinical, radiographic and histopathological characteristics and treatment, and to carry out a comparative study among the authors, evaluating the best way to diagnose and treat dentigerous cyst, being able to characterize it, differentiating it from other radiographic images with similar aspects.

Keywords: Dentiger cyst. Odontogenic cysts. Cysto retained. Characteristics. Treatment.

1. Introdução

O cisto dentígero é definido como sendo uma concavidade patológica formada a partir de um dente não irrompido ou semi-erupcionado, originando-se por intermédio de deformações no epitélio reduzido do órgão do esmalte ou entre o epitélio e a coroa do dente. Em razão de serem danificações permanentes, possuem desenvolvimento prolongado, não exibem sintomas, na maioria das vezes seu diagnóstico só é encontrado nos exames rotineiros de imagem. Os mais acometidos por este tipo de enfermidade são os pacientes do sexo masculino, raça branca, na faixa etária entre a primeira e terceira décadas de vida, onde compromete-se mais os terceiros molares inferiores e consecutivamente os caninos superiores (MORA e GRANADOS, 2013; SILVA, 2010; BASTOS *et al.*, 2011).

O cisto dentígero é uma espécie de cisto odontogênico, uma lesão benigna etiopatogenia não elucidada, que se origina posteriormente ao desenvolvimento integral da coroa do dente, pela concentração de fluido entre esta e o epitélio reduzido do esmalte. Estes cistos são de maior incidência na faixa etária de 21 a 30 anos, mas pode também ser encontrado em crianças e adolescentes, onde nesta faixa etária é mais frequente a ocorrência da lesão cística (ZANIRATO *et al.*, 1998; BASTOS *et al.*, 2011).

Também conhecido como folicular, ou seja, um cisto odontogênico de desenvolvimento, que progride como consequência da fragmentação do folículo, que circunda a coroa de um dente impactado, denotando a expressão “dentí-gero” o sentido de “contendo um dente”. O cisto dentígero é o segundo tipo mais frequente entre os cistos odontogênicos. Na mandíbula, seu posicionamento mais encontrado é no terceiro molar, e na

maxila, os dentes caninos são mais circundados. Entre os cistos odontogênicos, o dentígero é o que pode tornar-se mais agressivo, encontrando-se permanentemente correlacionado à coroa de dentes impactados ou inclusos, raramente afeta os dentes decíduos (VAROLI *et al.*, 2000; MAURETTE *et al.*, 2007; DANTAS, 2013).

O cisto dentígero é definido como uma cavidade patológica recoberta pelo epitélio que constitui em seu núcleo elemento fluido ou semi-fluido. A origem do cisto dentígero se dá através de resíduos epiteliais que se proliferam por meio traumático ou infeccioso (BASTOS *et al.*, 2011; SILVA, 2010).

Comumente, a lesão advinda do cisto dentígero está diretamente correlacionada a um terceiro molar incluso na mandíbula e não manifesta sintomas. Em acometimentos, em que o cisto alcança proporções aumentadas, é possível constatar o abaulamento da cortical óssea seguida de dor (SILVA, 2010)

O cisto dentígero, é o cisto odontogênico que pode tornar-se o mais agressivo da categoria, estando sempre associado à coroa de dentes impactados ou inclusos, sendo o de maior incidência entre os cistos odontogênicos de desenvolvimento, abrangendo aproximadamente 20% de todos os cistos encontrados nos maxilares (VAROLI *et al.*, 2000; SANTOS *et al.*, 2011).

Há uma vasta existência de prognósticos que buscam explicar como se origina um cisto dentígero, uma das teorias propõe que o cisto advém da inflamação dos tecidos periapicais, o qual origina-se a partir da necrose da polpa dentária dos decíduos, ocasionando o influxo da concentração de fluido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte na coroa do germe dentário. Assiduamente são constatadas polpa necrosada posteriormente a lesão

em dentes decíduos (GONDIM *et al.*, 2008; SILVA, 2010).

Radiograficamente, o cisto dentífero caracteriza-se por uma imagem radiolúcida, bem demarcada por cortical óssea e por uma margem esclerótica associada à coroa de um dente incluído (SAFIRA *et al.*, 2009)

Para se chegar ao diagnóstico efetivo de cisto dentífero, basear-se apenas em resultados de exames de imagem sugere um resultado inconcludente, já que o diagnóstico do mesmo sugere ter aspectos radiográficos idênticos àqueles observados em ceratocistos odontogênicos e ameloblastomas uniloculares (MILORO *et al.*, 2008).

Silva (2010) afirma que o tratamento para o cisto dentífero é efetuado principalmente por meio de dois métodos, a enucleação e a marsupialização.

O presente trabalho além de fazer uma revisão da literatura sobre as características clínicas e radiográficas, busca apontar os principais meios de tratamento do cisto dentífero.

2. Revisão de Literatura

2.1 Características Clínicas

Em um estudo retrospectivo por um período de 10 anos por meio de avaliações clínicas e histopatológicas, é possível afirmar que o cisto dentífero ocorre mais comumente entre a primeira e terceira décadas de vida, sendo diagnosticado especificamente em pessoas do gênero masculino e leucodermas (FERNANDES *et al.*, 2006).

Devido eventualmente à maior ocorrência de dentes retidos na mandíbula do que na maxila, a ocorrência de cisto dentíferos, exibe uma incidência acentuada no que se refere aos terceiros molares inferiores, subsequente aos caninos superiores e

raramente em terceiros molares superiores (DALEY e WYSOCKI, 1995).

Os terceiros molares inferiores, seguidos dos caninos superiores, eventualmente dentes supranumerários e odontomas, podem estar comprometidos com o desenvolvimento do cisto dentífero, entretanto, sua etiopatogenia ainda não é inteiramente conhecida. Pressupõe-se que a proliferação epitelial em torno de uma cavidade integrada de líquido, cresça continuamente por pressão osmótica durante um longo período de tempo, enquanto o dente não irromper. Caso esta pressão seja suprimida e o dente irrompa, o cisto dentífero deixa de ser uma entidade patológica. Seu desenvolvimento ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, lento e assintomático, porém pode atingir dimensões consideráveis, causando deformação facial, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes, necessitando de intervenção cirúrgica para o diagnóstico e tratamento desta lesão. O índice de recidiva é baixo (3,7%), assim possui um prognóstico favorável (VAZ *et al.*, 2010).

Os cistos dentíferos são assintomáticos, e somente em casos raros alcançam grandes proporções. Quando este quadro ocorre, uma vez que acomete na expansão óssea e assimetria facial, é possível detectar clinicamente. Essas características decorrem da exagerada pressão osmótica da lesão, predeterminando ao elemento à ocorrência de fraturas patológicas por erosão da cortical óssea.

Em estudos retrospectivos que relatam a ocorrência de cistos odontogênicos, os ceratocistos odontogênicos são citados como lesões destrutivas, que origina-se da lâmina dentária ou seus remanescentes, e tem avançada taxa de recidiva, supostamente concernente aos resíduos

do epitélio cístico (SANTOS *et al.*, 2006).

Além da origem, o cisto dentífero, o ceratocisto odontogênico e o ameloblastoma unicístico, apresentam particularidades clínicas e radiográficas comuns (MONSERAT *et al.*, 2002).

Durante o desenvolvimento do cisto dentífero pode-se considerar um período sub-clínico, no qual é apreciada qualquer sintomatologia; a sua detecção se dá através do exame de imagem. No decorrer do seu desenvolvimento começa a externalizar o estágio clínico para expandir a deformação cortical no local de nascimento do cisto (palato, entre outros), apagando os sulcos da face ou produzir uma deformidade facial, perda de dentes por reabsorção radicular intensa dos dentes adjacentes e dor, após um longo período, as extremidades corticais, por afinamento e palpação produz uma sensação de pulsação, podendo posteriormente ser infectado e apresentar os sinais e sintomas de inflamação até fistulizar, deixando sair um fluido seropurulento (MONSERAT *et al.*, 2002).

2.2 Características Radiográficas

Por meio de exames de imagem é possível observa-se à presença de uma cavidade radiolúcida unilocular com margens escleróticas precisas relativa à coroa de um dente impactado. Todavia, a sua descoberta se dá na maioria das vezes por meio de radiografias, mas o diagnóstico não pode se limitar apenas a resultados radiográficos, já que o diagnóstico do mesmo possui características radiográficas idênticas a outras lesões. Raramente a ocorrência de cisto dentíferos está agregado a dentes decíduos e o seu diagnóstico não deve-se limitar a exames de imagem, mas deve também abranger o exame clínico e um criterioso diagnóstico histopatológico (TAMI-MAURY *et al.*,

2000; GONDIM *et al.*, 2008; SILVA, 2010).

A diferenciação do cisto dentífero com o aumento do folículo dentário é complicado. De acordo com alguns investigadores, o espaço radiolúcido que circunda a coroa do dente deve ter pelo menos 3 a 4 mm de diâmetro, para que o cisto seja considerado um cisto dentífero. No entanto, basear o diagnóstico de cisto dentífero em apenas características radiográficas não é suficiente, justamente por que os ameloblastomas uniloculares, os ceratocistos odontogênicos, e muitas outras lesões odontogênicas e não odontogênicas podem apresentar características radiográficas substancialmente congêneres àquelas do cisto dentífero (NEVILLE *et al.*, 2009).

Conforme a envoltura com a coroa, ou seja de acordo com a relação coroa/cisto, os cistos dentíferos podem retratar três intercorrências radiográficas, podendo ser elas: circunferencial, lateral e central. Na modalidade central o cisto circunda a coroa do dente que está no núcleo do cisto. Na modalidade lateral, verificada comumente em terceiros molares inferiores, o cisto está correlacionado aos componentes mesio ou disto angular do dente envolvido. Na modalidade circunferencial, o cisto circunda a coroa e se estende por uma distância ao longo da raiz, de tal maneira que parece estar dentro do cisto. No caso de lesões mais amplas o diagnóstico diferencial se dá pelo Ceratocisto Odontogênico ou Ameloblastoma. A reabsorção de raízes é uma característica comumente diagnosticada em ameloblastomas, lesão esta em que os dentes envolvidos apresentam reabsorção radicular em ponta de faca ou de flauta, o que comumente não é observado em cistos dentíferos (FREITAS *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2015).

Avaliando as características radiográficas é possível visualizar áreas radiotransparentes uniloculares associadas a um dente incluído/impactado. O ceratocisto odontogênico e os cistos dentígeros possuem classificações de cistos de desenvolvimento e o ameloblastoma é designado tumor benigno (SILVA, 2010).

À semelhança do cisto dentígero, o ameloblastoma é livre de sintomas e radiograficamente mostra-se como uma imagem radiotransparente uni ou multilocular. Outras patologias também podem equivocar o reconhecimento do cisto dentígero, contudo em ínfima proporcionalidade, especificamente como o tumor odontogênico adenomatóide, o tumor de Pindborg e o fibroma ameloblástico (TAMI-MAURY *et al.*, 2000).

Diversos métodos de exames por imagens são utilizados na odontologia para diagnóstico, sendo a radiografia panorâmica (RP) utilizada com maior frequência quando comparada à tomografia computadorizada (TC). Ambas consistem em instrumentos importantes que auxiliam na conclusão diagnóstica de lesões localizadas no complexo bucomaxilofacial. Ao se utilizar a RP, torna-se possível evidenciar alterações ósseas em estágios iniciais, enquanto que a TC torna-se um exame mais útil, por oferecer condições de analisar de forma nítida e precisa estas alterações, bem como para planejamento e simulações cirúrgicas. Para analisar as estruturas anatômicas internas com pouca distorção e sem sobreposição de imagem, utiliza-se a tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional (TC3D). Soma-se a estes, a ressonância magnética, ultrasonografia e radiografia convencional (NAKAYAMA *et al.*, 1999; FONTANELA e CRESTANI, 1998; Frederiksen, 2000; Pereira *et al.*, 2001).

2.3 Diagnóstico Histopatológico

Sem possuir propriedades microscópicas particulares, o cisto dentígero não pode ser distinguido de outros cistos odontogênicos com segurança. Em geral, este tipo de cisto, é constituído por uma parede de tecido conjuntivo, a qual, permanentemente, é extremamente compactada e integrada de tecido conjuntivo fibroso coberto por um revestimento transparente de epitélio pavimentoso estratificado (SILVA, 2010).

Uma infecção distendida e constante em um dente decíduo infeccionado possivelmente ocasionará uma irritação crônica do folículo dentário do dente não erupcionado o que pode originar um cisto dentígero. (VASCONCELOS *et al.*, 2017)

Decorrente das diversas pressuposições de diagnósticos obtidos frente à imagem radiográfica de cisto dentígero, é possível afirmar que é imprescindível a utilização do exame histopatológico de todo o cisto, tanto para um diagnóstico preciso, quanto para um tratamento efetivo. Apenas o diagnóstico histopatológico atesta o resultado e indica exequíveis variações neoplásicas do epitélio de revestimento, precisando que tais patologias malignas podem apresentar características análogas, tanto radiograficamente como clinicamente, aos meios benignos (VAROLI *et al.*, 2000).

Neville *et al.* (2009) afirmam que as características histopatológicas variam de acordo com a presença ou não de inflamação. No cisto sem inflamação, o envoltório do tecido fibroso é disposto frouxamente e a substância essencial compõe-se de quantia significativa de glicosaminoglicanos. No envoltório fibroso podem estar presentes pequenas ilhas ou cordões de restos de epitélio odontogênico aparentemente inativos. O revestimento epitelial consiste em duas

a quatro camadas de células achatadas não queratinizadas, e a interface entre o epitélio e o tecido conjuntivo são planas. No cisto com inflamação o envoltório fibroso é mais colagenizado e o infiltrado crônico de células inflamatórias é variável.

2.4 Tratamento

O tamanho do cisto, assim como a idade do paciente são os aspectos que definem a escolha da melhor forma de tratamento que será adotado. Cistos de menor proporção, sem grandes envoltórios anatômicos podem ser prontamente removidos cirurgicamente pelo procedimento da enucleação. No diagnóstico de cistos maiores, o tratamento por meio da enucleação é contraindicado, já que há risco da ocorrência de hemorragias, fratura, comunicação com outras cavidades, proximidade com dentes e estruturas anatômicas nobres, aplica-se neste caso, o procedimento da marsupialização e descompressão, buscando abrandar a pressão no interior da cavidade cística, deste modo, diminuindo o seu tamanho. A alternativa da manutenção do dente permanente, em pacientes pediátricos, fornece a oportunidade da erupção deste, objetivando isto, a escolha do Cirurgião Dentista pela técnica da descompressão cística deve ser sempre levada em consideração. Além do mais, o procedimento cirúrgico da descompressão é uma técnica pouco agressiva e infinitesimal mutiladora, sendo apropriada para crianças, atendendo a imprescindibilidade de uma preservação implacável, esta técnica compreende a instalação de um aparelho cilíndrico ou dreno cirúrgico rígido e estéril anexo ao cisto, precautelando a obliteração da mucosa, com a finalidade de realizar regas intralesionais, com o propósito de minimizar sua pressão nuclear, impossibilitar o desenvolvimento da

lesão e impulsionar sua neoformação óssea (SANTOS *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2015; SAFIRA *et al.*, 2009).

A técnica da descompressão consiste na instalação de dispositivo cilíndrico ou dreno cirúrgico rígido e estéril adjacente à lesão, prevenindo a oclusão da mucosa, para que sejam realizadas irrigações intralesionais, a fim de diminuir sua pressão interna, evitar o crescimento da lesão e estimular sua neoformação óssea (SANTOS, *et al.* 2011).

A marsupialização e a enucleação são as técnicas clássicas para o tratamento do cisto dentígero, podendo estar associadas a manobra de descompressão, com utilização de um dispositivo de descompressão, apresenta-se como opção quando seguida de enucleação, para o tratamento do cisto dentígero de grandes dimensões. No entanto, os critérios para a escolha de uma destas modalidades não são claramente definidos, pela falta de estudos exaustivos e de controles adequados. Como critérios para diagnóstico e tratamento aceitos, devem-se levar em consideração o tamanho do cisto, a idade do paciente, os dentes envolvidos e o envolvimento de outras estruturas anatômicas. A modalidade de tratamento a ser escolhida irá depender das características clínico-radiográficas em questão ((TAMI-MAURY *et al.*, 2000; GONDIM *et. al.*, 2008; SILVA, 2010).

Em sua maioria, os profissionais optam pelo tratamento por meio da enucleação, com a remoção do dente impactado, buscando impossibilitar a reincidência da lesão. O Cirurgião Dentista deve levar em conta a vissitude de implementar uma marsupialização em lesões de grande porte, visando a diminuição do seu volume, e subsequentemente, enucleá-la, conquanto afirmam que existe uma maior tendência de infecção durante o

decorrer do tratamento. Ainda em relação ao tratamento, é importante ressaltar que na possibilidade da não remoção do dente lesionado, pode ser tracionado ortodonticamente no final do tratamento. Todavia, para tal, é necessário que seja feita uma avaliação da efetividade da erupção da unidade associada ao cisto, assim como a idade do paciente, dado que, em alguns casos, o posicionamento da dentição e o desenvolvimento etário dificultam a execução desta manobra (SAFIRA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2011).

Após sua remoção, a amostra da lesão deve ser encaminhada para exame histopatológico para conclusão do diagnóstico, onde, na maioria dos cistos dentígeros, o prognóstico, é positivamente bom, com baixo nível de reincidência após a remoção completa da lesão (SILVA *et al.*, 2015).

2.5 Prognóstico

O prognóstico para o cisto dentígero é bom quando a cápsula cística se é extraída em sua totalidade, ou seja, a enucleação deve ocorrer de forma completa para que não ocorra a possível transformação em um tumor caso seja feita uma remoção parcial. Além do exame histopatológico, o acompanhamento pós-operatório do paciente deve ser realizado, onde por meio de radiografias periódicas por no mínimo dois anos o paciente é avaliado quanto a recidiva (Lima *et al.*, 2005 *apud* SILVA *et al.*, 2009).

Os cistos dentígeros tem grande potencial de se transformar em outras entidades patológicas de origem odontogênica e devido a isto o exame histopatológico da parede cística se faz de extrema importância para excluir a possibilidade de degeneração do epitélio caracterizando um ameloblastoma ou carcinoma (Lima *et al.*, 2005 *apud* SILVA *et al.*, 2009).

Tami-Maury *et al.* (2000) afirmam que quando se trata de pequenos cistos o prognóstico é benéfico já que a erradicação cirúrgica se processa sem demais complicações e em sua maioria não há reincidência. Quando os cistos dentígeros se encontram desenvolvidos, o prognóstico é previsto, visto que implica em ampla perda óssea e osso muito delgado, transcorrendo o risco de fratura patológica.

3. Discussão

De acordo com Tami-Maury *et al.* (2000), para se obter o diagnóstico correto de cisto dentígero, a avaliação dos sintomas não deve ser estritamente relacionada a apenas resultados colhidos por meio de exames de imagens rotineiros, deve-se aplicar também o exame clínico e um criterioso exame histopatológico, devido a existência de patologias que se assemelham radiograficamente a outros cistos.

Para Silva (2010), os cistos dentígeros são frequentemente localizados na região dos terceiros molares inferiores e caninos superiores impactados e são o segundo tipo de cistos mais comum entre os cistos odontogênicos.

Tami-Maury *et al.* (2000), Gondim *et al.* (2008), Silva (2010) e Safira (2009), afirmam que em regra, o cisto é diagnosticado em exames radiográficos de rotina, onde observa-se uma imagem radiotransparente unilocular, bem demarcada por cortical óssea, circundando a coroa de um dente retido/impactado, a partir da amostra cervical.

Silva (2010), Varoli *et al.* (2000) e Maurette *et al.*, (2007), denotam que o cisto, só é observado clinicamente, quando já existe algum sinal de dilatação óssea e com assimetria facial, quanto aos sintomas, passam quase que despercebidos, ou seja, em sua maioria

os cistos dentígeros são assintomáticos, de acordo com os autores, somente em casos onde o cisto está infectado é que apresenta sintomatologia dolorosa.

Conforme Santos (2011), Silva *et al.* (2015), Safira *et al.* (2009), o tratamento para os cistos dentígeros é determinado em conformidade com o tamanho da lesão e idade do paciente. Lesões de menor porte podem ser facilmente extraídas cirurgicamente pela técnica da enucleação, nos casos em que há expansão de corticais, o procedimento da descompressão é a indicado, em crianças, deve ser considerada a aplicação da técnica de descompressão cística.

4. Considerações Finais

Por meio do levantamento literário é possível afirmar que o cisto dentígero é um tipo de cisto odontogênico que danifica a coroa de um dente incluso.

O diagnóstico histopatológico, é fundamental para o diagnóstico efetivo de cisto dentígero, pois é através deste diagnóstico que é possível descartar os demais tipos de lesão com particularidades similares. Sendo de extrema importância, o acompanhamento pós-operatório do paciente por pelo menos 2 anos, seja ele criança, adolescente ou adulto.

É inegável que para um diagnóstico efetivo de cisto dentígero e também uma indicação do tratamento correto a ser realizado, é necessário, ao profissional, um conhecimento aprofundado das particularidades deste tipo de cisto, já que ele apresenta características semelhantes a outros cistos odontogênicos.

5. Referências Bibliográficas

1. BASTOS, Eider G.; CRUZ, Maria C.F.N. da; MARTINS, Gregório A. S.; MENDES, Mellyna C.; MARQUES, Rogério V. C. F. **Marsupialização de cisto dentífero na mandíbula em uma criança de sete anos de idade na dentição mista: relato de caso.** Rev Odontol UNESP, Araraquara, vol.40, n 5, p. 268-271, set./out 2011.
2. DALEY, T.D. WYSOCKI, G.P. **The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma.** Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology, vol.79, n.1, p.77-81, jan. 1995.
3. DANTAS, João F. C.; ARAÚJO, Vanessa S.; NETO, João N. N.; SANTOS, Taíse M.; SERRA, Elis C. S.; SARMENTO, Viviane A. **Cisto dentífero em seio maxilar: relato de dois casos.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.13, n.1, p. 41-46, jan./mar. 2013.
4. FERNANDES, A. M.; SOUZA, A. F.; MESQUITA, R. A.; CARMO, M. A. V.; AGUIAR, M. C. F. **Análise das características clínico-histopatológicas do cisto dentífero: estudo retrospectivo de 10 anos.** Cienc Odontol Brás, vol.9, n.2, p.56-60, abr./jun 2006.
5. FONTANELA, V.; CRESTANI M. B. **Modelos anatômicos tridimensionais do esqueleto facial obtidos de tomografia computadorizada.** Ver. Fac. Odontol. Porto Alegre. 1998; 39(1): 20-2.
6. FREDERIKSEN, N L. **Specialized radiographic techniques.** In: White SC, Pharoah MJ. Oral radiology: principles and interpretation. Sant Louis: Mosby; 2000. p. 217-40.
7. FREITAS, C. F.; PANELLA, J.; FERREIRA, T. L. D.; Cruvinel, L. M. C. M. **Estudo radiográfico dos cistos dos maxilares in: panella j. radiologia odontológica e imaginologia.** Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, Capítulo 14. Estudo Radiográfico dos Cistos dos Maxilares; p 211-213, 2006.
8. GONDIM, J. O.; NETO, J. J.; NOGUEIRA, R. L.; GIRO, E. M. **Conservative management of a dentigerous cyst secondary to primary tooth trauma.** Dental Traumatology. Oxford: Blackwell Publishing, v. 24, n. 6, p. 676-679, 2008.
9. LIMA, Lúcia H. M. de A.; LIMA, Marcelino G. de; GUIMARÃES, Karis B.; COSTA, Lino J. da.; 2005 *apud* SILVA, M. A.; PINHEIRO, T. N.; RAUSCH, F. Z. **Cisto dentífero: revisão de literatura e relato de caso.** 2009, p. 1-10. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/79936>. Acessado em: 12 de Out. de 2018.
10. MAURETTE, A. de; **Tratamiento de quiste dentífero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos: Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas.** Acta odontol. Venez., vol.45, n.1, pp. 109-112, 2007.
11. MIROLO, M.; GHALI, G. E.; LARSEN, P. E.; WAITE, P. D. **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson.** 2ed. Santos Editora.v. 1, 764f, 2008.
12. MONSERAT, Enrique; GUDIÑO, Josè; SEIJAS, Alberto; AYOUBI, Alexis G.; MARTÍNEZ, José A. C.; MARTÍNEZ, Javier; CASTILLO, Tito; ACOSTA, Sofía. **Quiste dentífero, presentación de um caso.** Acta Odontológica Venezolana, Caracas, v.40, n.2, p.1-4, 2002.

13. MORA, Sergio Castro; GRANADOS, Rosa E. Del Valle. **Tumor odontogénico queratinizante: revisão de literatura y reporte de tres casos clínicos en la clínica de medicina y patología oral de facultad de odontología de la universidad latina de costa rica.** Revista Odontología Vital-Enero-Junio. Año 11. v. 1, n. 18, p. 5-13, 2013.
14. NAKAYAMA, E.; YOSHIURA, K.; YUASA, K.; TABATA, O.; ARAKI, K.; KANDA, S. **Detection of bone invasion by gingival carcinoma of the mandible: a comparison of intraoral and panoramic radiography and computed tomography.** Dentomaxillofac Radiol. 1999; 28(6): 351-6.
15. NEVILLE, B. W.; DAMM D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia oral e maxilofacial.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 972p, 2009.
16. PEREIRA, A. C.; CAVALCANTI, M. G. P.; TOSSATO, P. S.; GUIDA, F. J.; DUAIK, M. C. A.; KUROISHI, M. **Análise de carcinomas epidermóides por meio da radiografia panorâmica e tomografia computadorizada.** Pesqui. Odontol. Bras. 2001; 15(4): 320-6.
17. SAFIRA, L. C.; PAIM, J. M.; CARNEIRO, B. J.; QUEIROZ, C. S.; OLIVEIRA, T. B.; RAMALHO, L. P.; SARMENTO, V. A. **Cisto dentífero em mandíbula: relato de caso clínico.** R. Ci. méd. biol., Salvador, v.8, n.2, p. 225-229, mai./ago. 2009.
18. SANTOS, M. E. S. M.; SILVA, A. R. de B. L.; PALMEIRA, P. T. de S. S.; PEREIRA, V. de F.; FARIA, D. L. B. de. **Cisto dentífero em criança – um caso peculiar tratado por descompressão.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.11, n.3, p. 21-28, jul./set. 2011.
19. SANTOS, Joanes S.; MELO, Maria de F. B.; LIMA, Júlio L. O. **Cisto dentífero em pacientes geriátricos: relatos de dois casos clínicos com acompanhamento de 5 anos.** Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, vol.47, n.3, p.163-167, 2006.
20. SILVA, C. E. X. dos S. R. da; FRARE, J. G.; CERRI, A.; RODRIGUEZ, A. C.; COSTA, D. M. **Cisto dentífero de grandes dimensões: acesso intraoral e reabilitação.** REV ASSOC PAUL CIR DENT. Vol. 69, n 4, p. 345-9, 2015.
21. SILVA, Wendel A. Ribeiro. **Cisto dentífero- uma revisão de literatura.** 2010. 41f. (Pós Graduação *Latu Sensu* em Radiologia Odontológica e Imaginologia) - Faculdade de Ciências biológicas da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2010.
22. TAMI-MAURY, I. L.; LOPEZ, T.; MOUSTARIH, Y.; MORETTA, N.; MONTILLA, G.; RIVERA, H. **Quiste Dentífero: revisão bibliográfica y presentación de un caso.** Acta Odontológica Venezolana, vol.38, n.2, p. 29-38 jun, 2000.
23. VASCONSELOS, Rodrigo G. VASCONCELOS, Marcelo G.; OLIVEIRA, Denise H. I. P. de; AVELAR, Wellington V.; BARBOZA, Carlos A. G.; QUEIROZ, Lélia M. G. **Localização incomum de cisto dentífero: relato de caso.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, 16(4) 315 - 318 Out./Dez., 2017.
24. VAROLI, Felipe. P.; BUSCATTI, Marcio Y.; COSTA, Claudio;

- FERREIRA, Evangelo T. T. **Cisto dentígero associado a um dente supranumerário: relato de caso.** *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, v. 18, n. 1, p. 61-65, 2000.
25. VAZ, L. G. M.; RODRIGUES, M. T. V., JUNIOR, O. F. **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.
26. ZANIRATO, J. B.; PINTO, L. H. M. **Cisto dentígero tratado por marsupialização.** *Revista gaúcha de odontologia*, Porto Alegre, vol. 46, n.3, p.149-151, 1998.