







Cisto dentígero com transformação ameloblástica

Quiste dentígero con transformación ameloblástica

Dentigerous cyst with ameloblastic transformation

Klinger de Souza Amorim¹ , Anne Caroline Gercina Carvalho Dantas² , Allen Matheus da Silva Nascimento² , Monique Lorem Souza Rios³ , Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior³ , Liane Maciel de Almeida Souza² 

¹Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica. Piracicaba, Brasil.

²Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Odontologia. Aracaju, Brasil.

³Universidade Tiradentes, Departamento de Odontologia. Aracaju, Brasil.



Cómo citar: de Souza Amorim K, Carvalho Dantas ACG, da Silva Nascimento AM, Souza Rios ML, Cavalcanti de Albuquerque Júnior RL, de Almeida Souza LM. Cisto dentígero com transformação ameloblástica. Rev Cubana Estomatol. 2021;58(1):e3028

RESUMO

Introdução: O cisto dentígero se origina pela separação do folículo que fica ao redor da coroa de um dente incluso. É o tipo mais comum de cisto odontogênico do desenvolvimento. O seu crescimento é lento, assintomático, e pode atingir grandes dimensões. **Objetivo:** Relatar um caso clínico cirúrgico de cisto dentígero com transformação ameloblástica, localizado na mandíbula, de paciente, gênero feminino, melanoderma, 14 anos. **Caso clínico:** Ao exame radiográfico apresentou área radiolúcida unilocular com margem bem definida e esclerótica envolvendo a coroa das unidades 48 e 47. Foi realizada enucleação e curetagem da lesão com exodontia destas unidades sob anestesia local em ambulatório, e aplicada a crioterapia na loja óssea. Encaminhou-se o conteúdo da lesão para exame histopatológico e o diagnóstico de cisto dentígero com transformação ameloblástica foi fechado. **Comentários principais:** No momento a paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 3 anos com neoformação óssea e sem recidivas.

Palavras-chave: cisto dentígero; crioterapia; ameloblastoma.

ABSTRACT

Introduction: Dentigerous cysts are caused by the separation of the follicle remaining around the crown of unerupted teeth. They are the most common type of developmental odontogenic cyst. Their growth is slow and asymptomatic, and they may reach large dimensions. **Objective:** Report a surgical case of dentigerous cyst with ameloblastic transformation. **Case presentation:** A case is presented of a black female 14-year-old patient. Radiography revealed an area of unilocular radiolucency with well-defined margins enveloping the crowns of teeth 48 and 47. Treatment was a combination of enucleation and curettage of the lesion, exodontia of the teeth and cryotherapy to devitalize the surrounding bone. Eventual histopathological examination confirmed the diagnosis of dentigerous cyst with ameloblastic transformation. **Conclusions:** At the time when the report was written, the patient had been followed up for three years after surgery, showing bone neof ormation and no recurrence of the lesion.

Keywords: dentigerous cyst; cryotherapy; ameloblastoma.

RESUMEN

Introducción: El quiste dentígero se origina por la separación del folículo que se queda alrededor de la corona de un diente no erupcionado. Es el tipo más común de quiste odontogénico de desarrollo. Su crecimiento es lento, asintomático y puede alcanzar grandes dimensiones. **Objetivo:** Reportar un caso quirúrgico de quiste dentígero con transformación ameloblástica. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 14 años, de color de piel negra. La radiografía demostró una radiolucidez unilocular con márgenes bien definidos que envolvían la corona de los dientes 48 y 47. El tratamiento involucró una combinación de enucleación y curetaje de la lesión, exodoncia de los dientes y crioterapia para desvitalizar el hueso circundante. Se realizó el examen histopatológico, luego, se confirmó el diagnóstico de quiste dentígero con transformación ameloblástica. **Conclusiones:** Al momento de la redacción del reporte la paciente se encontraba en seguimiento posoperatorio de tres años con neof ormación ósea y sin recidivas.

Palabras clave: quiste dentígero; crioterapia; ameloblastoma.

INTRODUÇÃO

Os cistos dentígeros (CD) são considerados os cistos odontogênicos do desenvolvimento mais comuns e responsáveis por aproximadamente 20 % de todos os cistos que ocorrem em mandíbula.⁽¹⁾ É originado pela separação do folículo que se encontra ao redor da coroa de um dente não irrompido⁽²⁾ e a sua etiopatogenia ainda não é totalmente conhecida. Entretanto, acredita-se que esta patologia pode estar relacionada ao epitélio reduzido do órgão do esmalte, iniciando seu desenvolvimento, logo após a formação da coroa do dente. O seu crescimento, então, está relacionado ao acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do órgão do esmalte e a coroa do dente não irrompido.^(3,4)

Este tipo de lesão apresenta-se de forma assintomática e com crescimento lento. Entretanto, não são auto limitantes, sendo assim, podem crescer consideravelmente causando assimetria facial, expansão da cortical óssea, deslocamento de dentes ou de suas estruturas adjacentes, parestesia e incômodo.⁽³⁾

O CD possui características radiográficas como radiolucidez com limites bem definidos, margem esclerótica e halo radiopaco e costuma ser associado às coroas de dentes retidos e se fixam na junção amelocementária.⁽⁴⁾ Apresenta-se como uma área radiolúcida unilocular, embora aspectos multiloculares também possam ocorrer nas grandes lesões.^(5,6) Podem exibir três variantes radiográficas (central, lateral e circunferencial), de acordo com o envolvimento da coroa.⁽³⁾

Histologicamente, as características do cisto dentígero são variáveis, portanto, não podem ser utilizadas com segurança para distingui-las de outros tipos de cistos odontogênicos.⁽²⁾ Caso não esteja inflamado, possui uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo e delgado, revestido por células epiteliais não ceratinizadas, composto por duas ou três camadas de células planas ou cuboidais. Todavia, quando há uma infecção secundária presente, o tecido conjuntivo é mais denso, com

variável infiltração de células inflamatórias crônicas. O epitélio de revestimento pode apresentar níveis variáveis de hiperplasia, com desenvolvimento de cristas epiteliais com características escamosas mais marcantes.^(1,2,5)

Algumas lesões, como o queratocisto e o ameloblastoma unicístico, podem apresentar características clínico-radiográficas semelhantes.⁽⁴⁾ Apesar de raro, já foi descrito sobre a possibilidade de o revestimento de um cisto dentígero sofrer transformação neoplásica para um ameloblastoma.^(6,7)

RELATO DE CASO

Paciente de 14 anos, gênero feminino, melanoderma compareceu ao ambulatório II da disciplina de Cirurgia I no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, localizado na cidade de Aracaju, no Brasil, após ter sido encaminhada pelo ortodontista, que foi procurado para dar início ao tratamento ortodôntico. Ao exame clínico, não apresentava alterações nem aumento de volume na mucosa.

Ao exame radiográfico de rotina da ortodontia (panorâmica) foi constatado lesão radiolúcida unilocular possuindo margem bem definida e esclerótica que envolvia a coroa das unidades 4.8 e 4.7 (Fig. 1).



Fig. 1 - Radiografia panorâmica inicial realizada em janeiro de 2016 apresentando lesão radiolúcida unilocular possuindo margem bem definida e esclerótica que envolvia a coroa das unidades 4.8 e 4.7.

Foi realizado em ambulatório sob anestesia local a enucleação e curetagem da lesão juntamente, remoção das unidades 4.8 e 4.7 e aplicação de crioterapia na loja óssea. O conteúdo da membrana da lesão foi encaminhado para exame histopatológico.

A macroscopia revelou em um fragmento da lesão com apresentação de consistência borrachóide, formato irregular, e superfícies lisas, exibindo coloração ora pardacenta ora acastanhada. Aos cortes, foram observadas secções de coloração ora esbranquecida ora enegrecida e consistência já descrita.

O exame microscópico corados em Hematoxilina-Eosina (HE) revelou fragmento de cápsula cística intensamente infiltrada por linfócitos, plásmocitos, e grande quantidade de neutrófilos exibindo proeminente neoformação vascular (Fig. 2A e 2B).

Em outras áreas do espécime o tecido conjuntivo encontrava-se menos inflamado, denso e com ilhotas inativas de epitélio odontogênico (Fig. 2C e 2D). A cápsula cística se apresentava parcialmente revestida por epitélio escamoso não queratinizado exibindo hiperplasia arciforme pronunciada, exocitose, espongirose e degeneração hidrópica que, em áreas focais, assume uma aparência mais delgada e uniforme, porém descontínuo, constituído por células cuboidais pequenas (Fig. 2A).

Em uma das secções foi possível notar a presença de proliferação de células epiteliais cuboidais pequenas e uniformes sob a forma de cordões anostomosados, que se insinuavam no tecido conjuntivo fibroso lembrando a lâmina dentária (Figura 2E). A presença de exsudato serofibrinoso completa o quadro histopatológico de cisto dentígero inflamado com área focal de proliferação epitelial compatível com ameloblastoma plexiforme (Fig. 2F).

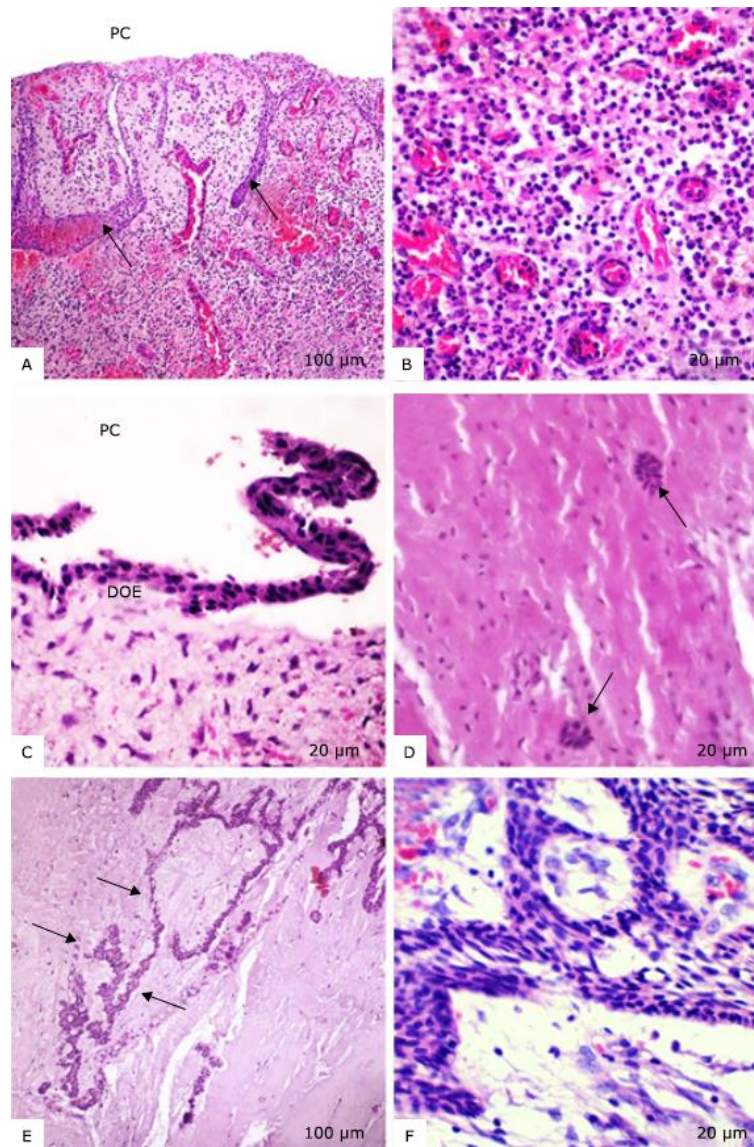


Fig. 2 - Corte histológico corado em HE. Área inflamada do cisto mostrando **A.** cavidade patológica revestida por epitélio escamoso apresentando hiperplasia (setas pretas grossas) (100 ×); e **B.** cápsula fibrosa cística exibindo tecido de granulação exuberante, rico em vasos capilares hiperêmicos e intenso infiltrado inflamatório crônico (400 ×). **C.** Área não inflamada do cisto mostrando cavidade patológica revestida por epitélio odontogênico fino (400 ×). **D.** Presença de ilhas epiteliais odontogênicas inativas (400 ×). **E.** Proliferação intracapsular de cordões epiteliais anastomosados semelhantes à lâmina dentária (400 ×). **F.** Detalhe dos cordões epiteliais formados por células cúbicas com núcleos hipercrômicos, em aparência compatível com ameloblastoma plexiforme (400 ×).

Concluiu-se em um laudo diagnóstico de cisto dentífero inflamado com área focal de proliferação epitelial compatível com ameloblastoma plexiforme. Até o presente momento a paciente encontra-

se em acompanhamento clínico e radiográfico pós-operatório de 2 anos e 11 meses com neoformação óssea na região (Fig. 3).



Fig. 3 - Radiografia panorâmica de acompanhamento de 3 anos apresentando osso sadio nos locais onde havia lesão, sem qualquer sinal de recidiva.

DISCUSSÃO

O cisto dentígero costuma ocorrer predominantemente nas três primeiras décadas de vida, tem como predileção o sexo masculino e acomete mais indivíduos leocodermas⁽⁸⁾ e dentes mais frequentemente acometidos pelo CD são os terceiros molares inferiores, já que estes possuem maior chance de se encontrarem inclusos.⁽⁹⁾ Por outro lado, a ocorrência de ameloblastomas em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos é incomum como relata um trabalho que observou apenas 14,6% em 206 casos de ameloblastoma eram em crianças.⁽¹⁰⁾

A paciente supracitada apesar de possuir idade equivalente à que predomina em relação a esse tipo de cisto, não possui idade equivalente a que predomina o ameloblastoma, assim como também não se enquadra nos critérios de incidência quanto ao sexo e raça. Apesar da sua maior frequência ser em dentes inclusos, o cisto dentígero pode ocorrer em qualquer dente impactado inclusive em segundos molares inferiores como visto no caso relatado.

Cistos e tumores odontogênicos são entidades distintas com uma ocorrência bastante comum na mandíbula. O revestimento de cistos odontogênicos mostra um potencial de transformação neoplásica para neoplasias malignas não odontogênicas como carcinomas de células escamosas ou carcinomas mucoepidermóides, bem como tumores odontogênicos como o adenomatoide e o ameloblastoma. No entanto, poucos casos foram relatados de tumores decorrentes de cistos odontogênicos.⁽¹¹⁾

É possível que estes dados relativos as transformações neoplásicas sejam mascarados pelo tempo de evolução em que se encontram as lesões. Cistos e tumores odontogênicos são diagnosticados em sua maioria através de achados radiográficos,⁽⁴⁾ o que pode comprometer a hipótese de sua origem. No presente relato o diagnóstico foi feito quando a lesão ainda tinha pequenas dimensões e a paciente aos 14 anos, o que pode ter favorecido encontrar essa fase mista de características histológicas da cápsula cística.

O ameloblastoma é um tumor de origem odontogênica que, embora seja benigno, apresenta um comportamento infiltrativo local. Esse tipo de tumor acomete geralmente, a região posterior da mandíbula. São descritos histologicamente em cinco tipos: folicular, plexiforme, acantomatoso, de células basais e granulosas, sendo que os dois primeiros são as variantes mais encontradas.⁽²⁾ Eles são caracterizados por uma alta taxa de recorrência devido à natureza invasiva local, sendo assim, requerem um diagnóstico exato e tratamento cirúrgico. No entanto, as modalidades de tratamento não foram claramente definidas.⁽¹²⁾ No laudo histopatológico da paciente, foi observado área focal de proliferação epitelial compatível com ameloblastoma plexiforme.

O tratamento do cisto dentígero deve levar em consideração a idade do paciente, e o envolvimento de dentes e outras estruturas anatômicas. A modalidade de tratamento a ser escolhida irá depender das características clínico-radiográficas. Em acordo com a literatura foram realizadas a curetagem e a enucleação que consiste na remoção da lesão cística por inteiro, sem rupturas juntamente com a remoção do dente não-erupcionado.⁽¹³⁾ A remoção completa do cisto dentígero é importante devido à possibilidade de recorrência da lesão, e de a camada epitelial poder se transformar em tumores como carcinoma espinocelular e ameloblastoma.⁽²⁾ A mutação ou supraexpressão do gene p53, um regulador oncogênico, situado no braço curto do cromossomo 17 pode estar relacionada a um aumento na proliferação celular, principalmente na progressão de cistos e tumores. Além disso, o cisto dentígero foi descrito como um dos cistos com a mais alta taxa de expressão do gene p53.⁽¹⁴⁾ Por outro lado, o tratamento conservador (marsupialização, enucleação e curetagem) em ameloblastomas, embora, preserve a integridade do osso, está associado a altas taxas de recidiva⁽¹²⁾ enquanto o tratamento radical pode deixar um grande defeito funcional e estético.⁽¹⁵⁾ A crioterapia foi associada ao tratamento, já que o nitrogênio líquido possui a capacidade de desvitalizar o osso in situ e manter a estrutura inorgânica intacta. Além de reduzir a frequência de recidivas proporciona menor morbidade, preservando a função e melhorando o resultado estético se comparado a tratamentos mais radicais como uma ressecção.⁽¹⁶⁾

Devido à chance de recorrências faz-se necessário acompanhamento do paciente, neste caso, ela vem sendo assistida há 3 anos.

CONCLUSÕES

O cisto dentígero é uma entidade patológica que exige do cirurgião dentista uma minuciosa investigação diagnóstica e um plano de tratamento adequado, a fim de erradicar a lesão, mas sempre buscando minimizar os danos as estruturas adjacentes. Para o cisto dentígero com transformação ameloblástica, a associação enucleação/crioterapia parece promover resultados satisfatórios, tanto funcional e esteticamente quanto no controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Cyst and tumors of odontogenic origin. In: Rajendran R, editor. Shafer's Textbook of Oral Pathology. 7th ed. New Delhi: Elsevier India; 2012. p. 259-63.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
3. Fenyó-Pereira M. Radiologia Odontológica e Imagiologia. 2.^a ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2013.
4. Shear M, Speight PM. Cistos da Região Bucomaxilofacial. 4.^a ed. São Paulo: Santos: Grupo Editorial Nacional; 2011.
5. Robinson RA. Diagnosing the most common odontogenic cystic and osseous lesions of the jaws for the practicing pathologist. Mod Pathol. 2017 [acessado: 28/02/2020]; 30(S1):S96-S103. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/modpathol2016191>
6. Kondamari SK, Taneeru S, Guttikonda VR, Masabattula GK. Ameloblastoma arising in the wall of dentigerous cyst: Report of a rare entity. J Oral Maxillofac Pathol. 2018 [acessado: 18/07/2019]; 22(Suppl 1):S7-S10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29491596>
7. Bhushan NS, Rao NM, Navatha M, Kumar BK. Ameloblastoma arising from a dentigerous cyst-a case report. J Clin Diagn Res. 2014 [acessado: 28/02/2020];8(5):ZD23-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24995259>
8. Sridevi K, Kaushik A, Ramaswamy P, Manjula M, Vinod VC, Aravinda K. Dentigerous Cysts of Maxillofacial Region- Clinical, Radiographic and Biochemical Analysis. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2015 [acessado: 18/02/2020]; 13(49):8-11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26620742>
9. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic Cysts and Neoplasms. Surg Pathol Clin. 2017 [acessado: 30/04/2019]; 10(1):177-222. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28153133>
10. Olaitan AA, Adekeye EO. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. Br J Oral Maxillofac Surg. 1996 [acessado: 28/02/2020]; 34(3):248-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8818260>
11. Jayanandan M, Shamsudeen SM, Srinivasan SK, Kumar SN, Pulikkottil TB. Desmoplastic Ameloblastoma Arising in a Dentigerous Cyst - A Case Report and Discussion. J Clin Diagn Res. 2016 [acessado: 30/04/2019]; 10(8):ZD38-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27656586>
12. Laborde A, Nicot R, Wojcik T, Ferri J, Raoul G. Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2017 [acessado: 30/04/2019]; 134(1):7-11. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1879729616301624>

13. Jha DK, Naik DS, Tripathi DS, Pradhan DS. Dentigerous Cyst Or Unicystic Ameloblastoma: A Diagnostic Dilemma. Eur J Biomed Pharm Sci. 2016 [acessado: 28/02/2020]; 3(5):587-91. Disponível em: <https://www.omicsonline.org/open-access/crispr-technology-advantages-limitations-and-future-direction.pdf>

14. Seyedmajidi M, Nafarzadeh S, Siadati S, Shafae S, Bijani A, Keshmiri N. p53 and PCNA Expression in Keratocystic Odontogenic Tumors Compared with Selected Odontogenic Cysts. Int J Mol Cell Med. 2013 [acessado: 2/02/2020]; 2(4):185-93. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24551811>

15. Vayvada H, Mola F, Menderes A, Yilmaz M. Surgical management of ameloblastoma in the mandible: Segmental mandibulectomy and immediate reconstruction with free fibula or deep circumflex iliac artery flap (evaluation of the long-term esthetic and functional results). J Oral Maxillofac Surg. 2006 [acessado: 2/02/2020]; 64(10):1532-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16982313>

16. Pogrel MA, Montes DM. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? Int J Oral Maxillofac Surg. 2009 [acessado: 18/07/2019]; 38(8):807-12. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19297131>

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Klinger de S. Amorim exame clínico e procedimento cirúrgico, acompanhamento da paciente e redação do relato de caso.

Anne Caroline G. Carvalho Dantas redação, formatação do artigo e autora correspondente.

Allen Matheus da S Nascimento revisão da literatura. Monique Lorem Souza Rios fez parte do acompanhamento do paciente e registro fotográfico do mesmo e atualização bibliográfica.

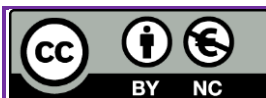
Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior deu o laudo histopatológico e revisou o artigo.

Liane M. de A. Souza planejamento do procedimento cirúrgico, realização do procedimento cirúrgico e revisão final do manuscrito.

Recibido: 24/08/2019

Aceptado: 27/02/2020

Publicado: 26/11/2020



Este artículo de *Revista Cubana de Estomatología* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista Cubana de Estomatología*.