

Cisto Folicular Inflamatório - Importância na Odontopediatria

Inflammatory Follicular Cyst - Importance in Pediatric Dentistry

Eluza PIASSI*

Márcia Costa LOUVAIN**

Licinia Maria DAMASCENO***

Fernando L. Duarte de ALMEIDA****

PIASSI, E.; LOUVAIN, M.C.; DAMASCENO, L.M.; ALMEIDA, F.L.D. de. Cisto folicular inflamatório – importância na Odontopediatria. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.31, p.218-221, maio/jun. 2003.

O presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de cisto folicular inflamatório, enfocando a necessidade do diagnóstico precoce de lesões periapicais em dentes decíduos. O tratamento realizado foi a extração do dente decíduo, associada à descompressão da lesão, não necessitando da extração do dente permanente envolvido.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto folicular; Dente decíduo; Tratamento do canal radicular.

*Especialista em Odontopediatria, Professora Substituta da Disciplina de Odontopediatria / UFF-RJ; Rua Barão de Itapagipe, 385/2/208, Tijuca – CEP 20261-005, Rio de Janeiro, RJ; e-mail: epiassi@ig.com.br

INTRODUÇÃO

Uma infecção pulpar de dentes decíduos cariados é comum em crianças jovens, podendo causar uma infecção periapical e, conseqüentemente, uma injúria no dente sucessor permanente, originando, em alguns casos, uma hipoplasia do esmalte, uma interrupção no desenvolvimento do dente permanente ou a formação de um cisto dentígero (BROOK & WINTER, 1975).

Por definição, o cisto dentígero deve estar associado à coroa de um dente não-irrompido ou em desenvolvimento (REGEZI & SCIUBBA, 1991). Entretanto, existem dois tipos distintos deste cisto: os cistos que surgem dos distúrbios do processo eruptivo com possível obstrução venosa e transudação, descritos como cistos foliculares obstrutores, e os cistos que surgem em associação com dentes decíduos infectados, por degeneração cística do epitélio reduzido do esmalte ou pela união entre o folículo e o cisto perirradicular do dente decíduo, sendo denominados de cistos foliculares inflamatórios (SHAW *et al.*, 1980).

Normalmente, as coroas dos dentes que não irrupcionaram estão circundadas por um folículo, o qual, microscopicamente, é composto por tecido que varia de mixomatoso a colágeno-fibroso, contendo ninhos de epitélio odontogênico (WOOD

& GOAZ, 1983).

Radiograficamente, o folículo aparece como um halo homogêneo radiotransparente com limites radiopacos, representando osso compacto contínuo com a lâmina dura na área da junção entre cimento e esmalte (WOOD & GOAZ, 1983).

Worth (1963) relatou que, quando uma radiotransparência folicular assintomática atinge cerca de 2,5cm de diâmetro e a tábua cortical circunjacente está mal definida, o fato é altamente sugestivo de alteração patológica.

Stafne (1969) afirmou que, se o espaço pericoronário nas radiografias chegar a 2,5mm de largura, presume-se que está havendo acúmulo de líquido no folículo, havendo alteração patológica em 80% dos casos.

Para Shafer *et al.* (1987), o dente não-irrompido pode estar envolvido simetricamente pela radiotransparência, embora a distinção entre um cisto dentígero pequeno e um folículo dentário aumentado seja bastante arbitrária, especialmente porque o cisto pequeno e o folículo aumentado seriam histologicamente idênticos. Somente

**Especialista em Odontopediatria, Professora Substituta da Disciplina de Odontopediatria / UFF-RJ, Mestranda em Odontopediatria – FORP-USP

*** Especialista em Odontopediatria, Mestre em Odontopediatria / UFRJ

**** Professor de Cirurgia / EAP/ABO-RJ

quando a radiotransparência atinge um tamanho considerável é que a distinção pode ser melhor realizada.

Devido às diferenças císticas que podem ocorrer em tais folículos dentários, retardando a irrupção e/ou deslocando os dentes não-irrompidos, é importante identificar qualquer patologia em desenvolvimento.

O objetivo do trabalho é relatar um caso clínico e discutir o tratamento proposto para o cisto folicular inflamatório.

RELATO DO CASO

Paciente V.C.A., do sexo masculino, nove anos de idade, apresentou-se à Clínica de Odontopediatria de uma instituição particular de ensino, queixando-se de um aumento de volume do lado direito da face.

Ao exame clínico, notou-se que o aumento de volume se localizava na região do segundo molar decíduo inferior direito (85). Este dente possuía uma restauração de amálgama, não apresentando mobilidade. À palpação, notou-se uma superfície dura, sem sintomatologia dolorosa.

Inicialmente, foi realizada uma radiografia *bite wing* deslocada para inferior, revelando que o dente decíduo (85) havia sido submetido a terapia pulpar, apresentando imagem radiolúcida extensa na região periapical (Figura 1). Na radiografia panorâmica, foi evidenciada uma lesão com contornos regulares e nítidos, envolvendo a região do segundo pré-molar adjacente (Figura 2).

No exame radiográfico oclusal, observou-se uma expansão da cortical vestibular da mandíbula, justificando o aumento de volume nesta região (Figura 3).

O paciente foi encaminhado à Clínica de Cirurgia da mesma instituição. O tratamento realizado consistiu na remoção do dente decíduo e na descompressão da lesão cística, acompanhada de biópsia incisional. O material foi encaminhado para exame histopatológico e confirmou-se o diagnóstico de cisto folicular inflamatório.

Seis meses após a cirurgia, o exame radiográfico panorâmico evidenciou redução parcial da lesão cística (Figura 4) e, ao exame clínico, irrupção de um terço da coroa do pré-molar inferior (Figura 5).

Após doze meses de controle, as radiografias panorâmica e oclusal demonstraram excelente recuperação óssea (Figuras 6 e 7) e, ao exame clínico, o dente se apresentava completamente irrupcionado (Figura 8).

DISCUSSÃO

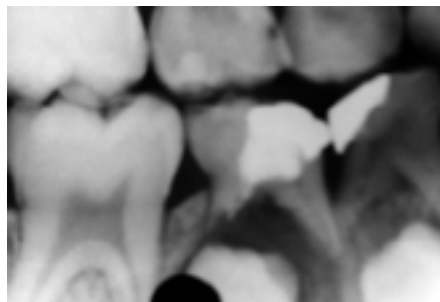


FIGURA 1: Imagem radiolúcida na região periapical do dente 85.

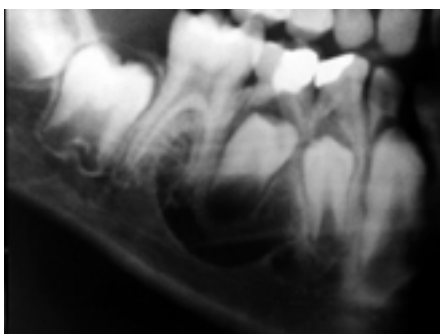


FIGURA 2: Imagem radiolúcida envolvendo região do dente 45.

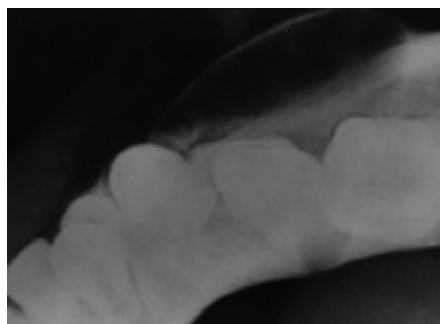


FIGURA 3: Expansão da cortical vestibular da mandíbula.

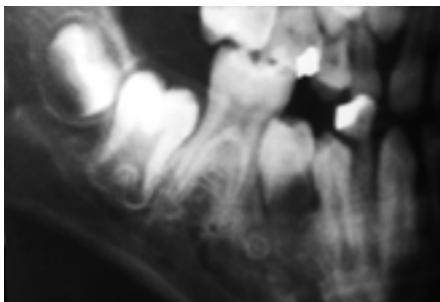


FIGURA 4: Após seis meses, redução parcial da lesão cística (45).



FIGURA 5: Após seis meses, irrupção de um terço da coroa do dente 45.

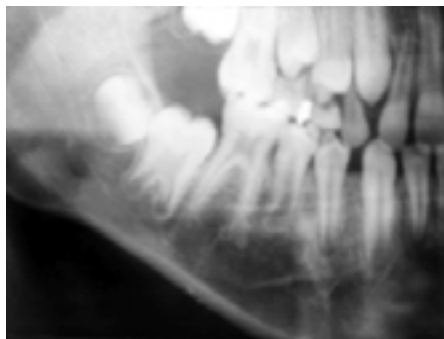


FIGURA 6: Após um ano, neofor-mação óssea na região periapical do dente 45.



FIGURA 7: Após um ano, redução completa da expansão vestibular da mandíbula.



FIGURA 8: Após um ano, irrupção completa do dente 45.

O cisto folicular inflamatório é mais revelado pelo exame radiográfico de rotina ou pelo aumento de volume da região afetada. Quando um aumento é observado, suspeita-se de um processo inflamatório ou de um processo neoplásico. Para se fazer um diagnóstico conclusivo, são necessários uma boa história clínica e exames complementares.

As características clínicas encontradas na maioria dos casos de cisto de origem inflamatória relatados por Benn & Altini (1996) foram aumento de volume na face e sintomatologia dolorosa. Treze dos quinze casos de cistos avaliados estavam associados a dentes decíduos desvitalizados.

Por outro lado, Azas & Shteyer (1973) relataram cinco casos de cisto folicular inflamatório associados a dentes decíduos necrosados, dos quais três casos eram assintomáticos e dois tinham sintomatologia dolorosa. No caso relatado, o paciente apresentou-se assintomático e somente procurou atendimento odontológico pelo aumento de volume.

O exame clínico deve ser complementado com exames radiográfico e histopatológico. Inicialmente, a radiografia periapical é realizada, para observar se o dente decíduo apresenta envolvimento com a patologia. Porém, as radiografias oclusal e panorâmica são necessárias para auxiliar o diagnóstico. Foi observado, através do exame radiográfico, que a patologia envolvia um dente decíduo com tratamento endodôntico realizado anteriormente.

Os autores não sabiam a procedência da terapia pulpar do dente decíduo envolvido, ou seja, qual a técnica utilizada, quando e em que condições foi realizada. É indiscutível que cada caso necessita de uma terapia apropriada e que o diagnóstico errado pode implicar o fracasso da técnica. Entretanto, como indicam os autores Puppini-Rontani *et al.* (1999), após a terapia pulpar em dentes decíduos existe a necessidade de preservação através de exame clínico e radiográfico a cada seis meses, até a esfoliação dos dentes. Acreditamos que, no caso relatado, a formação do cisto foi causada pelo insucesso da terapia pulpar, permitindo a progressão da infecção para o germe do sucessor.

Segundo Azaz & Shteyer (1973), Silva *et al.* (1995) e Brook & Winter (1975), a radiografia oclusal revela o grau de expansão óssea, justificando o aumento de volume da região. A radiografia panorâmica evidencia a extensão da lesão radiolúcida que envolve a região periapical do dente decíduo e o sucessor permanente, como relatam Silva *et al.* (1995) e Shaw *et al.* (1980).

Cerca de 25 a 30% dos ameloblastomas surgem a partir dos cistos foliculares, e a possibilidade de o cisto sofrer proliferação ameloblástica tem que ser levada em consideração no tratamento (AZAZ & SHTEYER, 1973), por isso é necessário o exame histopatológico para finalizar o diagnóstico.

De acordo com Azaz & Shteyer (1973), existem várias possibilidades para o tratamento do cisto folicular inflamatório: enucleação, extração do dente decíduo associada à descompressão da lesão ou marsupialização. Estes autores trataram quatro casos de cisto folicular inflamatório com a extração do dente decíduo e marsupialização e um caso com extração do dente decíduo e enucleação.

Para Shaw *et al.* (1980) e Brook & Winter (1975), o tratamento para o cisto folicular inflamatório consiste na extração do dente decíduo e marsupialização. Entretanto, quando o cisto atinge o desenvolvimento do dente permanente e causa uma interrupção deste desenvolvimento, um deslocamento ou uma impactação, o tratamento será a enucleação.

Outro tratamento a ser considerado é a extração do dente decíduo, seguida da curetagem da lesão, como relatado por Mello *et al.* (1991) e Shaw *et al.* (1980).

Nos quinze casos relatados por Benn & Altini (1996), todos os cistos foram tratados pela extração dos dentes decíduos desvitalizados e marsupialização, permitindo a irrupção normal do dente permanente, sendo este o tratamento de escolha de Silva *et al.* (1995).

Peruchi *et al.* (2001) utilizaram uma técnica alternativa para o tratamento do cisto folicular inflamatório numa criança de oito anos de idade. A técnica consistiu de drenagem cística através dos canais radiculares do dente 85. Houve a descompressão da cavidade cística, permitindo a irrupção do sucessor permanente.

Shafer *et al.* (1987) consideram que o tratamento para o cisto dentífero é ditado pelo tamanho da lesão. As lesões menores podem ser removidas cirurgicamente em sua totalidade, sem grande dificuldade. Os cistos maiores são tratados frequentemente pela inserção de um dreno cirúrgico ou marsupialização.

Como descrito acima, existem várias opções de tratamento para o cisto folicular inflamatório. No caso relatado, instituiu-se como tratamento a extração do dente decíduo associada à descompressão da lesão, como citado por Azaz & Shteyer (1973). Consideramos ser este um tratamento menos traumático para o paciente.

Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v. 6, n. 31, p.218-221, maio/jun. 2003. POSSI, E.; LOUVAIN, M.C.; DAMASCENO, L.M.; ALMEIDA, F.L.D. de. Inflammatory follicular cyst – importance in Pediatric Dentistry. **J Bras**

This study is a case report on an inflammatory follicular cyst, emphasizing the need of an early diagnosis of periapical injury in primary teeth. The proposed treatment was the extraction of the primary tooth and alleviation of the pressure of the cyst without extracting the permanent tooth involved.

KEYWORDS: Follicular cyst; Deciduous tooth; Root canal therapy.

CONCLUSÃO

As lesões periapicais nos dentes decíduos podem causar danos aos sucessores permanentes. Por isso, o tratamento endodôntico se faz necessário, assim como a sua preservação clínica e radiográfica, para um diagnóstico precoce das lesões decorrentes de possíveis insucessos.

O tratamento para o cisto folicular inflamatório no caso relatado incluiu a extração do dente decíduo associada à descompressão da lesão, não sendo necessária a extração do dente permanente envolvido.

REFERÊNCIAS

- AZAZ, B.; SHTEYER, A. Dentigerous cysts associated with second mandibular bicuspids in children: report of five cases. **J Dent Child**, Baltimore, v. 40, p. 29-31, Jan./Feb.1973.
- BENN, A.; ALTINI, M. Dentigerous cysts of inflammatory origin. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, St Louis, v.81, n.2, p.203-209, Feb. 1996.
- BROOK, A.H.; WINTER, G.B. Developmental arrest of permanent tooth germs following pulpal infection of deciduous teeth. **Br Dent J**, London, v.139, n.9, p.9-11, July 1975.
- MCDONALD, R.E.; AVERY D.R. **Odontopediatria**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 598p.
- MELLO, H.S.; MELLO, I.L.; MELLO, M.S. Cisto folicular inflamatório. Relato de um caso. **Rev Bras Odont**, Rio de Janeiro, v.48, n.5, p.18-20, set./out. 1991.
- PERUCHI, C.M.S.; SILVA, E.B.; BORSATTO, M.C.; PARDINI, L.C.; GOSUEN, L.C. Tratamento Alternativo Não-cirúrgico de Cisto Dentífero em Criança: Relato de Caso. **Robrac**, Goiânia, v.10, n.29, p.9-13, 2001.
- PUPPIN-RONTANI, R.M.; POSSODON, R.F.; KASSAWARRA, A.B.C. Estudo retrospectivo de pulpotomias realizadas com formocresol em dentes decíduos. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.2, n.7, p.206-210, maio/jun. 1999.
- REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia Bucal – correlações clinicopatológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 390p.
- SHAFFER, W.G.; HING, M.K.; LEVY, B.M. **Tratado de Patologia Bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837p.
- SHAW, W.; SMITH, M.; HILL, F. Inflammatory Follicular Cysts. **J Dent Child**, Baltimore, v.47, n.2, p.11-25, Mar./Apr. 1980.
- SILVA, E.P.; MEDEIROS, P.L.; MEDEIROS, P.J. Cisto folicular inflamatório. Re-
- visão da Literatura e Relato de um Caso. **Rev Bras Odont**, Rio de Janeiro, v.52, n.4, p.23-28, jul./ago. 1995.
- STAFNE, E.C. Oral roentgerographic diagnosis. 3. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1969. *Apud* WOOD, N. K.; GOAZ, P.W. **Diagnóstico diferencial das lesões bucais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983. 593p.
- WOOD, N.K.; GOAZ, P.W. **Diagnóstico diferencial das lesões bucais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983. 593p.
- WORTH, H.M. **Principles and practice of oral radiologic interpretation**. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1963. 342p.
- Recebido para publicação em: 26/04/2002
- Enviado para reformulação em: 21/06/2002
- Aceito para publicação em: 30/07/2002