

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDUTA CLÍNICA DE UM CISTO FOLICULAR INFLAMATÓRIO MANDIBULAR

¹Professor Assistente,
Centro Ciências da
Saúde, Centro Universi-
tário Sagrado Coração.

²Professora Colaboradora,
Departamento de Odon-
topediatria, Ortodontia
e Saúde Coletiva, Facul-
dade de Odontologia de
Bauru, Universidade de
São Paulo, Brasil.

²Professora Associada,
Departamento de Odon-
topediatria, Ortodontia
e Saúde Coletiva, Facul-
dade de Odontologia de
Bauru, Brasil.

²Professora Titular,
Departamento de Odon-
topediatria, Ortodontia
e Saúde Coletiva, Facul-
dade de Odontologia de
Bauru, Universidade de
São Paulo, Brasil.

²Professora Associada,
Departamento de Odon-
topediatria, Ortodontia
e Saúde Coletiva, Facul-
dade de Odontologia de
Bauru, Brasil.

³Doutora, Departamento
de Odontopediatria,
Ortodontia e Saúde
Coletiva, Faculdade de
Odontologia de Bauru,
Brasil.

Autor correspondente:
Luciana Lourenço Ribeiro Vitor
luciana.vitor@unisagrado.edu.br

Recebido em: 09/06/2020

Aceito em: 15/07/2020

*Differential diagnosis and
management of inflammatory
follicular cyst in mandibular
anterior area*

Luciana Lourenço Ribeiro Vitor¹

Paula Karine Jorge²

Mariel Tavares Oliveira Prado Bergamo³

Thais Marchini Oliveira²

Maria Aparecida Andrade Moreira Machado²

Daniela Rios²

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Diagnóstico diferencial e conduta clínica de um cisto folicular inflamatório mandibular. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 2, p. 407-417, 2020.

RESUMO

Este artigo descreve a dificuldade em diagnosticar um cisto folicular inflamatório na área anterior da mandíbula em um menino com dentinogênese imperfeita tipo I (DI-1). Um menino de 6 anos de idade, com DI-1, procurou tratamento devido ao comprometimento estético. O exame radiográfico revelou uma lesão periapical envolvendo os dentes decíduos incisivo central e lateral direitos. Esses dentes foram extraídos sem intercorrências. Após três meses, a criança se queixou de dor em um edema de cor azulada na mesma área. O diagnóstico

diferencial foi de cisto folicular e a lesão foi acompanhada. Como os sinais e sintomas persistiram, o tratamento de escolha foi a descompressão da lesão, seguido por irrigação abundante e curetagem das paredes da lesão. O acompanhamento clínico e radiográfico, mostrou, após 6 meses, remissão da lesão, reparo ósseo, e erupção ativa dos incisivos permanentes. As características incomuns deste caso, fizeram com que o diagnóstico de cisto folicular inflamatório fosse dificultado.

Palavras-chave: Cisto odontogênico. Cisto radicular. Dentinogênese imperfeita.

ABSTRACT

This article reports the difficulties in diagnosing an inflammatory follicular cyst in the mandibular anterior area of a boy with type I dentinogenesis imperfecta (DI-I). A 6-year-old boy, with DI-I, sought treatment due to esthetic complaints. The radiographic examination revealed a periapical lesion involving the right primary central and lateral incisors. These teeth were extracted with no complications. After three months, the boy complained of pain in a blue-black edema in the same area. The differential diagnosis was of follicular cyst and the lesion was followed-up. As the signs and symptoms persisted, the treatment of choice was to decompress the lesion, followed by copious irrigation, and lesion's wall curettage. After six months, the clinical and radiographic follow-up showed lesion remission, bone repair, and active eruption of permanent incisors. The uncommon characteristics of the case make the diagnosis of inflammatory follicular cyst difficult.

Keywords: Odontogenic cyst. Radicular cyst. Dentinogenesis imperfecta.

INTRODUÇÃO

Cistos odontogênicos são cavidades circunscritas por um epitélio e preenchidos por tecido conjuntivo derivado de células remanescentes de epitélio odontogênico (MARQUES *et al.*, 2017, SILVA *et al.*, 2018). Tanto o cisto radicular quanto o cisto folicular são originários de restos epiteliais de dentes já formados, mas o primeiro vem dos restos epiteliais de Malassez devido à estimulação bacte-

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Diagnóstico diferencial e conduta clínica de um cisto folicular inflamatório mandibular. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 2, p. 407-417, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço
Ribeiro *et al.* Diagnóstico
diferencial e conduta
clínica de um cisto
folicular inflamatório
mandibular. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 39, n. 2,
p. 407-417, 2020.

riana, e o segundo vem do epitélio reduzido do esmalte sem inflamação, mas com alterações citobiológicas (TAKATA *et al.*, 2011). Por outro lado, o cisto inflamatório folicular é um cisto dentígero causado pelo exsudato inflamatório que se espalhou dentro do folículo dentário do dente permanente (MARQUES *et al.*, 2017). A presença de um dente decíduo infeccionado ou de um tratamento endodôntico fracassado está relacionada a um cisto folicular inflamatório (MARQUES *et al.*, 2017).

Clinicamente, as lesões mais comuns são cisto radicular e cisto folicular (TAKATA *et al.*, 2011). O cisto dentígero abrange cerca de 16-21% de todos os cistos odontogênicos (NARULA *et al.*, 2011). O cisto folicular inflamatório relacionado a dentes decíduos é raro e compreende somente 0,5-3,3% do número total de cistos radiculares tanto na dentadura decídua quanto na permanente (SHETTY *et al.*, 2010; GUPTA *et al.*, 2016; SANDHYARANI *et al.*, 2016). Devido à anatomia da região de furca e ao maior tempo de permanência na boca, o cisto folicular inflamatório é mais frequente nos sucessores permanentes dos molares decíduos do que nos dentes anteriores (SHETTY *et al.*, 2010; TOOMARIAN *et al.*, 2011; NAGARATHNA *et al.*, 2013; ULOOPI *et al.*, 2015; GUPTA *et al.*, 2016; SANDHYARANI *et al.*, 2016).

Em muitos casos, os cistos foliculares inflamatórios são assintomáticos e descobertos nas radiografias periapicais de rotina (NARULA *et al.*, 2011). O tratamento desse cisto depende da localização, da integridade óssea e da proximidade de estruturas vitais, podendo necessitar de uma abordagem cirúrgica ou não cirúrgica (NARULA *et al.*, 2011; GUPTA *et al.*, 2016; SANDHYARANI *et al.*, 2016). O tratamento cirúrgico compreende tanto a marsupialização quanto a enucleação (SHETTY *et al.*, 2010; NARULA *et al.*, 2011; TOOMARIAN *et al.*, 2011; NAGARATHNA *et al.*, 2013; ULOOPI *et al.*, 2015; GUPTA *et al.*, 2016; SANDHYARANI *et al.*, 2016). A indicação de tratamento desses cistos é delicada, pois a lesão inflamatória persistente pode afetar o desenvolvimento do sucessor permanente (NARULA *et al.*, 2011).

A Odontopediatria possui tipos distintos de tratamento para crianças com diferentes condições clínicas. A dentinogênese imperfeita tipo 1 (DI-1) (OMIM #125490) é causada pela mutação no gene DSPP, que é responsável por codificar as proteínas dentinárias, fosfoproteína e sialoproteína (MCKUSICK, 1998; LI *et al.*, 2017). Clinicamente, a DI-1 afeta mais severamente os dentes decíduos que os dentes permanentes, apresentando o seguinte fenótipo: dentes de cor marrom-azulado ou marrom opalescente, coroas mais largas e raízes mais estreitas, canais radiculares pequenos ou obliterados, e desgas-

te coronário severo (MCKUSICK, 1998). Devido à obliteração dos canais radiculares, as infecções/necroses pulpaes não são comuns. Consequentemente, cistos foliculares inflamatórios são raros.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi relatar as dificuldades em diagnosticar um cisto folicular inflamatório mandibular na área anterior em um menino de 6 anos de idade, com dentinogênese imperfeita tipo 1.

RELATO DE CASO

Todos os procedimentos foram explicados detalhadamente e os pais leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um menino de 6 anos de idade, com DI-1 (OMIM #125490) (MCKUSICK, 1998) procurou tratamento odontológico devido a comprometimento estético. Inicialmente, foi realizada anamnese e, durante o exame clínico, foram verificados aspectos clínicos característicos de dentes com alterações (Figura 1A). O exame radiográfico revelou que o incisivo central inferior direito decíduo apresentava o canal radicular sem obliteração e com lesão periapical que também envolvia o incisivo lateral (Figura 1B). O planejamento do tratamento incluiu a extração dos dentes decíduos incisivos centrais e laterais, e a execução do procedimento ocorreu sem nenhuma intercorrência (Figura 2A).

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Diagnóstico diferencial e conduta clínica de um cisto folicular inflamatório mandibular. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 2, p. 407-417, 2020.

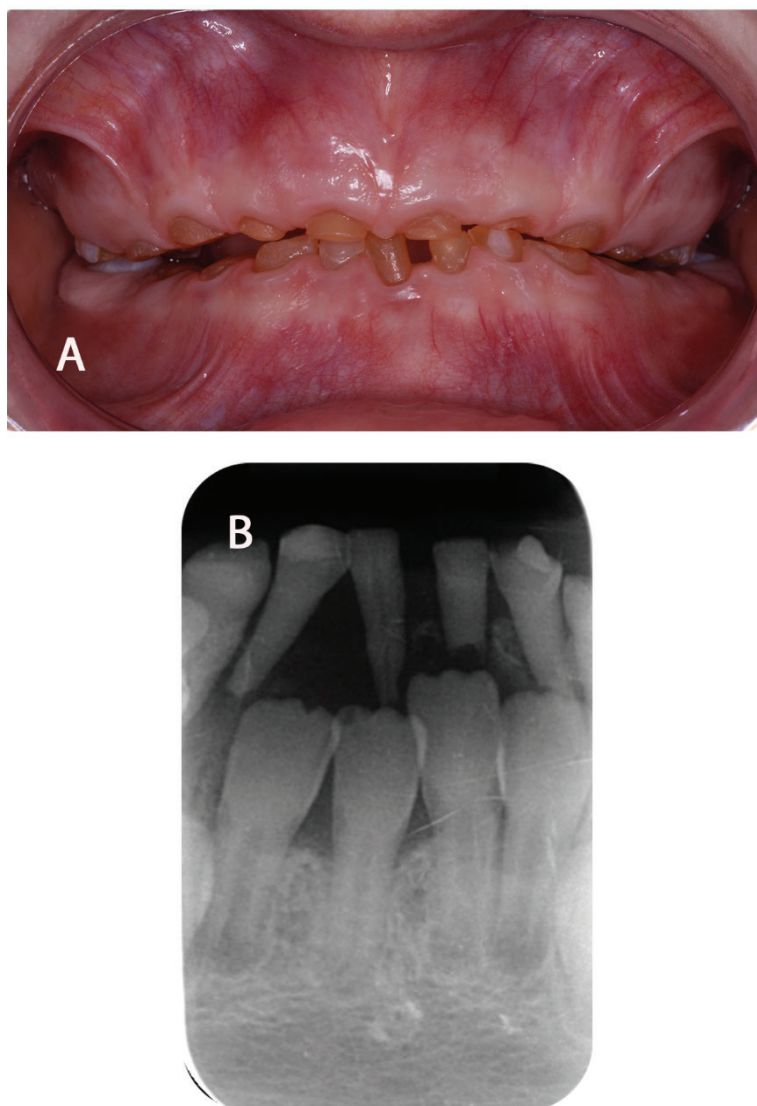


Figura 1 - Fotografias Iniciais – A) Visão Frontal Intraoral; B) Radiografia periapical dos incisivos inferiores decíduos dos lados direito e esquerdo.

Após três meses do procedimento cirúrgico, a criança se queixou de dor em um edema de cor azulada na mesma área em que os dentes foram extraídos (Figura 2B). Naquele momento, a lesão foi diagnosticada como cisto folicular e a conduta foi de acompanhamento da lesão até a erupção dos dentes permanentes. Após uma semana, o paciente relatou aumento da dor e foi realizada outra radiografia periapical que revelou uma área radiolúcida acompanhada do deslocamento dos incisivos permanentes. O diagnóstico final foi de cisto folicular inflamatório e decidimos por intervir cirurgicamente (Figura 2C e 2D).

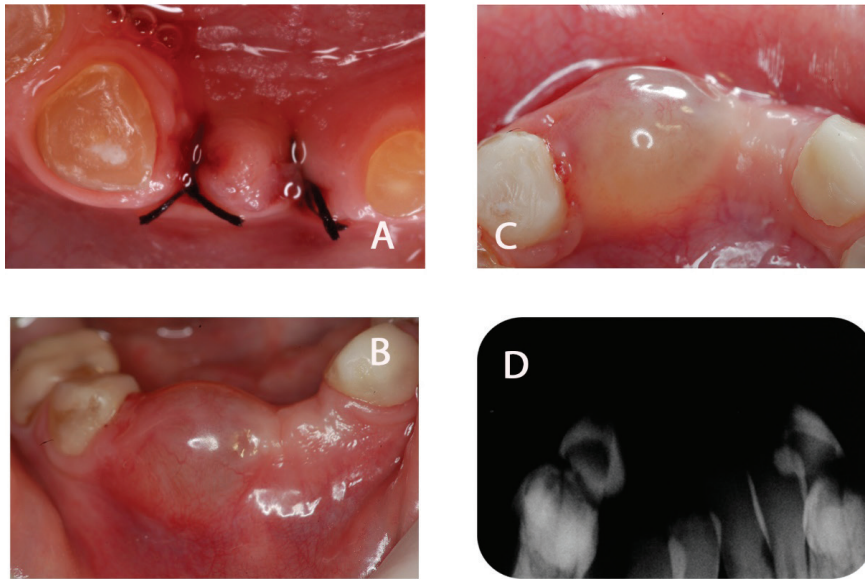


Figura 2 - Curso da Lesão – A) Exodontia dos incisivos decíduos do lado direito; B) e C) Aspecto clínico da lesão; D) Aspecto radiográfico da lesão.

Durante a incisão, notou-se o surgimento de um líquido purulento (Figure 3A). O tratamento de eleição foi a descompressão da lesão, seguida pela irrigação abundante com solução salina e curetagem das paredes da lesão (Figura 3B). Após seis meses, no acompanhamento clínico e radiográfico, observamos a remissão da lesão com reparo ósseo e a erupção ativa dos incisivos permanentes (Figuras 3C e 3D).

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Diagnóstico diferencial e conduta clínica de um cisto folicular inflamatório mandibular. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 2, p. 407-417, 2020.

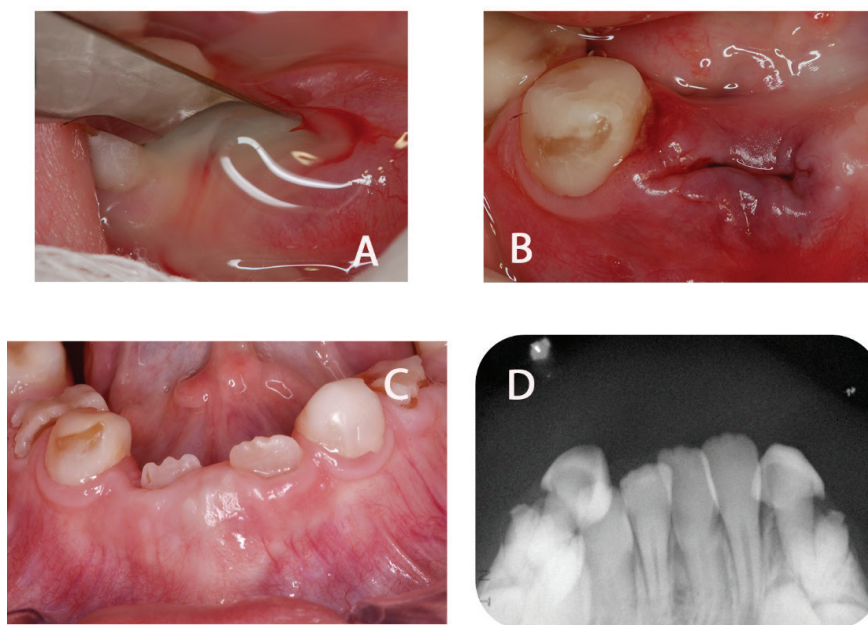


Figura 3 - Tratamento cirúrgico do cisto folicular inflamatório: A) Incisão; B) Descompressão da lesão; C) Acompanhamento clínico após 6 meses; D) Acompanhamento radiográfico após 6 meses.

DISCUSSÃO

Este relato de caso possui características únicas que levaram a dificuldades no diagnóstico: preservação do canal radicular de um dente com DI-1, a área óssea acometida e os aspectos clínicos e radiográficos do cisto folicular inflamatório. Muito provavelmente por causa dessas peculiaridades do achado, a literatura sobre o assunto é escassa, o que torna comparações difíceis.

De forma não usual para dentes com DI-1, neste relato de caso, existiu tecido pulpar no dente incisivo central inferior direito decíduo, que necrosou, resultando em um cisto periapical. Radiograficamente, dentes com dentinogênese imperfeita, dentre outras características, apresentam raízes mais estreitas do que o normal e a câmara pulpar e canais radiculares são completamente obliterados, o que torna as infecções/necroses pulpares incomuns (MCKUSICK, 1998). Baseado nesses achados radiográficos, cistos foliculares inflamatórios seriam raros em crianças com DI-1.

Geralmente uma expansão óssea grande e generalizada ocorre quando o osso é acometido pelo cisto folicular inflamatório (GURLER *et al.*, 2017; MARQUES *et al.*, 2017). Neste relato de caso, ob-

servamos que houve apenas o deslocamento dos dentes permanentes inferiores anteriores, sem expansão da cortical óssea, somente detectável pela radiografia periapical. O cisto folicular inflamatório é comumente encontrado em radiografias periapicais de rotina devido à falta de sintomas (NARULA *et al.*, 2011).

Outra característica incomum deste relato de caso foi a ocorrência do cisto folicular inflamatório na região anterior. Comumente, este ocorre na região posterior em virtude da proximidade das raízes dos molares decíduos com os germes dos pré-molares permanentes (SHETTY *et al.*, 2010; TOOMARIAN *et al.*, 2011; NAGARATHNA *et al.*, 2013; ULOOPI *et al.*, 2015; GUPTA *et al.*, 2016; SANDHYARANI *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018)

Na odontopediatria, os tratamentos para o cisto periapical resultante da necrose do canal radicular podem ser tanto a pulpectomia quanto a extração dentária (NAGARATHNA *et al.*, 2013; SANDHYARANI *et al.*, 2016). Neste caso, a extração foi escolhida devido ao estreitamento do canal radicular do dente com DI-1, o que dificultaria um tratamento endodôntico convencional. A manutenção do incisivo central inferior decíduo naquelas condições poderia resultar em danos ao germe do dente permanente sucessor (GUPTA *et al.*, 2016). Enfatizamos que apesar da curetagem gentil da lesão periapical pós-extração a fim de preservar o germe do dente permanente (LI *et al.*, 2017), ocorreu o surgimento do cisto folicular inflamatório.

Clinicamente, a lesão deste relato de caso apresentou-se com um aspecto de cisto folicular, porém, a radiografia revelou um deslocamento dos germes dos dentes permanentes anteriores. A presença do líquido purulento, no momento da incisão, levou ao diagnóstico de cisto folicular inflamatório. Quando ocorre em dentes posteriores, o tratamento cirúrgico compreende tanto a marsupialização quanto a enucleação (SHETTY *et al.*, 2010; NARULA *et al.*, 2011; TOOMARIAN *et al.*, 2011; NAGARATHNA *et al.*, 2013; ULOOPI *et al.*, 2015; GUPTA *et al.*, 2016; SANDHYARANI *et al.*, 2016). Devido às características peculiares deste caso clínico, optou-se por uma conduta de tratamento conservadora de descompressão, seguida pela irrigação abundante com solução salina e curetagem das paredes da lesão (GURLER *et al.*, 2017; MARQUES *et al.*, 2017). Outras opções de tratamento seriam a biópsia de tecido mole e a aspiração. Uma biópsia de tecido mole estaria apenas recomendada quando a lesão persiste por mais de duas semanas após a remoção do fator etiológico e a aspiração é considerada um teste auxiliar, pois não estabelece um diagnóstico final (AAPD, 2019-2020). Seis meses de controle clínico e radiográfico mostraram que a conduta realizada para este paciente foi satisfatória.

VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Diagnóstico diferencial e conduta clínica de um cisto folicular inflamatório mandibular. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 2, p. 407-417, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço
Ribeiro *et al.* Diagnóstico
diferencial e conduta
clínica de um cisto
folicular inflamatório
mandibular. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 39, n. 2,
p. 407-417, 2020.

CONCLUSÃO

- 1 As características incomuns do caso dificultaram o diagnóstico de cisto folicular inflamatório.
- 2 No acompanhamento no período de seis meses, a conduta clínica conservadora para o tratamento da lesão se mostrou satisfatória.
- 3 O odontopediatra deve estar ciente de situações como essas durante os exames de rotina das crianças, principalmente as que apresentam alterações genéticas como a dentinogênese imperfeita.

REFERÊNCIAS

- AAPD. Management Considerations for Pediatric Oral Surgery and Oral Pathology. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**, p. 402-411, 2019-2020.
- GUPTA, S. S.; SHETTY, D. C.; URS, A. B.; NAINANI, P. Role of inflammation in developmental odontogenic pathosis. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology: JOMFP**, v.20, n. 1, p. 164, 2016.
- GURLER, G.; YILMAZ, S.; DELILBASI, C. *et al.* Conservative surgical treatment of the jaw cysts in children: Case study of five patients. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v.20, n. 9, p. 1216-1220, September 1, 2017 2017. Case Report.
- LI, F.; LIU, Y.; LIU, H. *et al.* Phenotype and genotype analyses in seven families with dentinogenesis imperfecta or dentin dysplasia. **Oral diseases**, v.23, n. 3, p. 360-366, 2017.
- MARQUES, N. P.; MARQUES, N. C. T.; SAKAI, V. T.; HANEMANN, J. A. C. Inflammatory follicular cysts associated to necrotic primary teeth. **Eur Arch Paediatr Dent**, v.18, n. 4, p. 279-285, Aug 2017.
- MCKUSICK, V. A. **Mendelian inheritance in man: a catalog of human genes and genetic disorders**. JHU Press, 1998.
- NAGARATHNA, C.; JAYA, A.; JAIGANESH, I. Radicular cyst followed by incomplete pulp therapy in primary molar: A case report. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.31, n. 3, p. 191, 2013.
- NARULA, H.; AHUJA, B.; YELURI, R.; BALIGA, S.; MUNSHI, A. K. Conservative non-surgical management of an infected radicular cyst. **Contemporary clinical dentistry**, v.2, n. 4, p. 368, 2011.
- SANDHYARANI, B.; NOORANI, H.; SHIVAPRAKASH, P.; DAYANAND, A. H. Fate of pulpectomized deciduous teeth: Bilateral odontogenic cyst? **Contemporary clinical dentistry**, v.7, n. 2, p. 243, 2016.
- SHETTY, S.; ANGADI, P. V.; REKHA, K. Radicular cyst in deciduous maxillary molars: A rarity. **Head and neck pathology**, v.4, n. 1, p. 27-30, 2010.
- SILVA, L. P.; GONZAGA, A. K.; SEVERO, M. L. *et al.* Epidemiologic study of odontogenic and non-odontogenic cysts in children and adolescents of a Brazilian population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.23, n. 1, p. e49-53, Jan 1 2018.
- VITOR, Luciana Lourenço Ribeiro *et al.* Diagnóstico diferencial e conduta clínica de um cisto folicular inflamatório mandibular. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 2, p. 407-417, 2020.

VITOR, Luciana Lourenço
Ribeiro *et al.* Diagnóstico
diferencial e conduta
clínica de um cisto
folicular inflamatório
mandibular. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 39, n. 2,
p. 407-417, 2020.

TAKATA, N.; YOKOO, S.; KOMORI, T. The cytobiological differences between two odontogenic cyst-lining keratinocytes. **Kobe J Med Sci**, v.57, n. 2, p. E75-86, Dec 28 2011.

TOOMARIAN, L.; MOSHREF, M.; MIRKARIMI, M.; LOTFI, A.; BEHESHTI, M. Radicular cyst associated with a primary first molar: A case report. **Journal of Dentistry (Tehran, Iran)**, v.8, n. 4, p. 213, 2011.

ULOOPI, K.; SHIVAJI, R. U.; VINAY, C.; SHRUTHA, S.; CHANDRASEKHAR, R. Conservative management of large radicular cysts associated with non-vital primary teeth: a case series and literature review. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.33, n. 1, p. 53, 2015.

