

provavelmente devido sua localização interradicular, localização em região anterior da mandíbula; em faixa etária acima de 40 anos; margens não lobuladas e afastamento radicular. Todavia, este relato mostra a importância de mesmo em situações clínicas como esta, pensarmos na hipótese de ceratocisto odontogênico no diagnóstico.

## RESUMO

Apresentando uma natureza de crescimento própria, atingindo grandes dimensões sem se manifestar clinicamente e sendo potencialmente recidivante, o Ceratocisto Odontogênico é uma forma distinta de cisto odontogênico, obrigando a classe odontológica a ter considerações diferentes dos demais cistos que acometem a cavidade oral. Os autores descrevem um caso clínico que faz diagnóstico diferencial com o cisto periodontal lateral e discutem sua histologia, prognóstico e opções de tratamento.

**Unitermos:** Ceratocisto, Cisto, Cisto Odontogênico.

## SUMMARY

Presenting its own growth nature, reaching great dimensions without clinically manifesting itself, the Odontogenic Keratocyst is a distinct form of Odontogenic cyst, leading the dentistry class to have different considerations from the other cysts that happen in the oral cavity. The authors describe a clinical case that makes a differential diagnosis with the periodontal lateral cyst and discusses its histology, prognosis and treatment options.

**Uniterms:** Keratocyst, Cyst, Odontogenic cysts.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHLFORS, E. et al. The odontogenic keratocyst: A benign cystic tumor. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 42, p. 10, 1984.
- BRAMLEY, P. A. The odontogenic keratocyst: an approach to treatment. *Int J Oral Surg*,

- n. 3, p. 337, 1974.
- BRANNON, R. B. The odontogenic keratocyst: a clinicopathologic study of 312 cases. Part II histologic features. *Oral Surg*, n. 43, p. 233-255, 1977.
- BRONDUM, N.; JENSEN, V. J. Recurrence of keratocysts and decompression treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, n. 72, p. 265-9, 1991.
- BROWNE, R. M. The odontogenic keratocyst, histological features and their correlation with clinical behavior. *Br Dent J*, n. 131, p. 239, 1971.
- CROWLEY, T. E. et al. Odontogenic keratocysts: A clinical and histologic comparison of the parakeratin and orthokeratin variants. *J Oral Maxillofac*, n. 50, p. 22-26, 1992.
- EPHROS, H.; LEE, H. Treatment of a large odontogenic keratocyst using the Brosch Procedure. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 50, 1992.
- FOLEY, W. L. et al. Malignant transformation of odontogenic keratocyst: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 49, p. 768-771, 1991.
- FORSSELL, K. et al. A clinical and radiographic study of odontogenic keratocyst in jaws. *Proc Finn Dent Soc*, n. 70, p. 121-34, 1974.
- GIL, J. N. et al. Ceratocisto Odontogênico - Contribuição para diagnóstico e tratamento. *Rer Portuguesa de Est Med e Cir Maxillofac*, n. 40, p. 107-112, 1999.
- KAKARANTZA-ANGELOPOULOU, E.; NICOLATOU, O. Odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 48, p. 593-599, 1990.
- LASKIN, D. M. *Oral and Maxillofacial surgery*. 1ª ed. Vol 2. St. Louis. C. V. Mosby Company, 1985.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 1ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1995.
- NEVILLE, B. W. et al. Odontogenic Keratocysts of the Midline Maxillary Region. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 55, p. 340-344, 1997.
- PELED, M. et al. Conservative approach to unerupted teeth within cystic lesions in Gorlin's syndrome. *Am J Orthod Dentofac Orthop*, n. 99, p. 294-7, 1991.
- PINDBORG, J. J.; HANSEN, J. Studies on odontogenic cyst epithelium. Clinical and roentgenologic aspects of odontogenic keratocysts. *Acta Pathol Microbiol Scand*, n. 58, p. 283, 1963.
- SHAFER, W. G. et al. *Tratado de Patologia Bucal*. 4ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1987.
- SHEAR, M. *Cistos da região bucomaxilofacial*. 4ª ed. São Paulo. Santos, 1999.
- STENMAN, G. et al. In vitro growth characteristic of human odontogenic keratocyst and dentigerous cysts. *J Oral Pathol*, n. 15, p. 143, 1983.
- STOELINGA, P. J. W.; PETERS, J. H.: A note on the origin of keratocyst of the jaws. *Int J Oral Surg*, n. 2, p. 37-44, 1973.
- TOLLER, P. A. Autoradiography of explants from odontogenic cyst. *Br Dent J*, n. 131, p. 57, 1971.
- TOMMASI, A. F. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1989.
- VOORSMIT, R. A. C. A. et al. The management of keratocyst. *J Maxillofac Surg*, n. 9, p. 227, 1981.
- WOOD, N. K.; GOAZ, P. W. *Diagnóstico diferencial das lesões bucais*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1983.
- WOOLGAR, J. A. et al. A comparative study of the clinical and histological features of recurrent and nonrecurrent odontogenic keratocyst. *J Oral Pathol*, n. 16, p. 124, 1987.
- WISOCKI, G. P.; Sap, J. P.: Scanning and transmission electron microscopy of odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Med*, n. 40, p. 494, 1975.
- ZACHARIADES, N. et al. Odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg*, n. 43, p. 177, 1985.

# ③ Colagem Homógena em Dentes Permanentes

## INTRODUÇÃO

A preocupação em restabelecer a integridade da saúde bucal sempre foi um dos principais objetivos da Odontologia, dentro desse parâmetro a Dentística Restauradora tem como alguns desafios devolver a harmonia oclusal e a estética dos dentes destruídos por cárie ou fratura. Nenhum dos materiais dentários disponíveis consegue reunir todas as vantagens e propriedades ideais a ponto de serem considerados substitutos completos da estrutura dental perdida. TENERY (1978) comentava que havendo a possibilidade de utilização do próprio dente como material restaurador esta deveria ser a 1ª opção<sup>14</sup>. A busca de um material com propriedades semelhantes aos tecidos dentários têm levado muitos pesquisadores a experimentar colagens autógenas ou homogêneas totais ou parciais de fragmentos ou elementos dentários, decíduos ou permanentes<sup>11</sup>. Técnicas restauradoras alternativas estão sendo desenvolvidas, com o intuito de devolver as características morfofuncionais e estética da denteção decídua e permanente, da forma mais conservadora possível<sup>6</sup>.

### Nilton Oliveira da Costa

Professor-Mestre de Dentística Clínica da FO-UNIDERP - Campo Grande/MS

### Liel Trindade Vargas

Terezinha de Jesus C. Ferreira  
Professores de Dentística Clínica da FO-UNIDERP - Campo Grande/MS

### Patrícia Taques Rabacov Elon Flávia Moreira Ferreira

Acadêmicas do 5º ano do curso de Odontologia da UNIDERP - Campo Grande/MS



Fig. 1 - Aspecto clínico inicial



Fig. 2 - Adaptação do dente selecionado.



Fig. 3 - Dente colado e reconstruído.

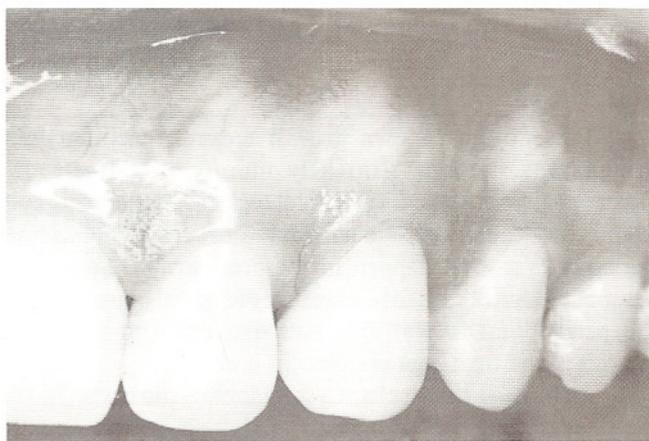


Fig. 4 - Caso clínico após 6 meses.

A introdução da técnica de condicionamento ácido (BUONOCORE), associada a evolução dos materiais com propriedades adesivas, promoveu grandes modificações na Odontologia restauradora. Esse avanço tecnológico e científico permitiu o aprimoramento da técnica de colagem de fragmentos de dentes naturais para restaurar dentes anteriores e posteriores, tornando-a uma técnica alternativa extremamente interessante para a reconstrução de dentes com lesões de cárie extensas ou fraturas. Diante disso, a valorização do reaproveitamento do dente, seja ele decíduo ou permanente, assume fundamental alternativa na recomposição anatômica das estruturas dentárias perdidas<sup>2,12</sup>.

A técnica de colagem de fragmentos de dentes naturais não é recente. São de autoria de TENERY (1963) e de CHOSACK e EIDELMAN (1964), os primeiros trabalhos sobre colagem de fragmentos dentários encontrados na literatura, esses autores propuseram a técnica de colagem quando da ocorrência de fraturas em dentes anteriores, os quais eram reconstituídos por meio da reposição do fragmento dentário perdido utilizando-se a técnica do condicionamento ácido do esmalte e resina composta, chamando atenção para a necessidade de manter o fragmento emergido em solução salina, evitando a desidratação. Dentes desidratados fraturam-se com facilidade, sendo também desfavoráveis para a penetração de

adesivos dentinários hidrofílicos. As colagens além de conservadora, mostraram-se muito favoráveis quanto à estética e resistência<sup>2,6,15</sup>.

Dentro desse raciocínio, GABRIELI (1981) tratou a possibilidade de restaurar dentes fraturados com fragmentos de dentes extraídos, armazenados em banco de dentes, surgindo assim as colagens heterôgenas no Brasil<sup>5</sup>. Diferentes técnicas de união entre o fragmento e a estrutura dentária remanescente têm sido descritas por vários autores, relatando os sucessos clínicos alcançados. Em 1990, KONZEN e BUSDATO descreveram a reconstrução de um primeiro molar permanente por meio da colagem de um fragmento de dente natural, obtido em banco de dentes<sup>8</sup>. SANTOS e BIANCHI (1991) aplicaram esta técnica também em dentes permanentes anteriores e posteriores, relatando resultados clínicos muito satisfatórios, visto que o procedimento não apresentou nenhum resultado indesejável e ainda pôde se evitar o uso de restaurações metálicas<sup>12</sup>.

Essa técnica estendeu-se a Odontopediatria, considerando como um dos primeiros trabalhos publicados por TAVARES et al (1992), relatando a reconstrução de um dente decíduo posterior, utilizando-se fragmento proveniente de um dente humano<sup>13</sup>. A continuidade das pesquisas no campo odontopediátrico levou IMPARATO et al. (1993), DUARTE et



Fig. 5 - Caso clínico inicial



Fig. 6 - Colagem do dente selecionado.

al. (1995) a realizarem reabilitação bucal através de colagens múltiplas. Nas fraturas de coroas de dentes anteriores e posteriores, as técnicas de colagem de fragmentos dentais tanto homogêneos quanto autógenos, encorajam a audácia de profissionais que propõem técnicas alternativas para a restauração de dentes extensamente destruídos. Estes procedimentos quando executados corretamente, resultam em sucesso, substituindo ou adiando a confecção de próteses<sup>2,9</sup>. Dentes que se apresentam com a coroa destruída e a porção radicular passível de ser recuperada, é imprescindível que seja feito um tratamento com a finalidade de devolver a integridade para o paciente<sup>7</sup>. O uso de "pinos biológicos" intra-canais é uma nova opção de trabalho, em dentes anteriores extensamente destruídos, com fragilidade radicular e às vezes condenados por alguns profissionais. Esses pinos são confeccionados a partir de dentes extraídos e armazenados em um banco de dentes. Os dentes naturais, também, são utilizados para a reconstrução de dentes posteriores extensamente destruídos e com tratamento endodôntico, através da colagem homogênea de um fragmento total ou parcial da porção oclusal de um dente obtido em um banco<sup>2,4,6,10,11,13,15,16</sup>. O banco de dentes é formado a partir de dentes doados pelos pacientes ou pela população. Os dentes adquiridos devem ser considerados como fontes potenciais de infecção e, portanto, submetidos a um processo criterioso de limpeza com água oxigenada 10 vol. e esterilização em autoclave a 121 °C por 15 minutos<sup>6,10,13</sup>. O dente selecionado, para a confecção do "pino biológico", deve de preferência ter o diâmetro compatível com o canal, de tal forma que sua raiz sirva de núcleo e a coroa de base da futura restauração. A adaptação dos pinos deve ser feita de forma que esses preencham boa parte do canal radicular, à semelhança dos demais tipos de pinos.

## CASOS CLÍNICOS

### DENTES ANTERIORES

#### Procedimento Clínico

1. Diagnóstico e indicação clínica radiográfica: avaliação do tratamento endodôntico e do diâmetro do canal a partir de uma radiografia periapical;
2. Preparo do canal para adaptação do pino: remoção da

obturação do canal, mantendo de 4 a 5mm de obturação apical. O canal deve ser regularizado com brocas de Batt, expondo-se assim os canalículos dentinários;

3. Seleção e preparo do dente: o dente deve ser selecionado em um banco de dentes e já deve estar estéril, recebendo então tratamento endodôntico, que consiste no emprego de uma broca de Gates-Gliden compatível com o canal e utilizada com acesso apical. Instrumenta-se todo o canal e porção coronária irrigando-se com líquido de Dakin. Após a secagem do canal, deve-se preenchê-lo com ionômero de vidro com o auxílio de seringa Centrix ou lântulo.

4. Adaptação do dente ao canal: todo o cimento radicular deve ser removido, ficando exposta a dentina radicular. A raiz deve ficar adaptada o melhor possível às paredes do canal do dente proporcionando assim uma fina camada do material cimentante. A coroa do dente deve ficar exposta para que o esmalte sofra condicionamento ácido.

5. Radiografia periapical: verificar à adaptação do dente selecionado às paredes do canal;

6. Cimentação do dente: deve ser feito o condicionamento ácido da dentina intraradicular e da raiz do dente aplica-se um sistema adesivo e o dente é cimentado no canal com cimento dual tipo Enforce;

7. Reconstrução da coroa do dente com resina composta: A coroa do dente cimentado serve como base da restauração, reduzindo-se a quantidade de resina a ser colocada para reconstruir a coroa. A coroa foi reconstruída com resina composta híbrida (Herculite - Kerr) pela técnica convencional de resina fotopolimerizável;

8. Acabamento, polimento e ajuste oclusal.

## DISCUSSÃO

As resinas compostas cada vez mais melhoradas, vêm ocupando um grande espaço na Odontologia restauradora moderna, consistindo em uma alternativa para a reconstrução de dentes permanentes. As técnicas realizadas mostraram ser de fácil execução, não consumindo muito tempo de trabalho. A reconstrução de dentes anteriores dispensa fases laboratoriais e pode ser realizada em uma única sessão.

As restaurações realizadas por meio da colagem de frag-



Fig. 7 - Caso clínico terminado.



Fig. 8 - Radiografia após caso clínico concluído.

mentos ou elementos dentários representam mais uma opção clínica, para a reconstrução de dentes permanentes. Pelo fato de utilizar dente natural apresentam resultados clínicos e estéticos satisfatórios, com a vantagem de oferecer a lisura de superfície do esmalte do fragmento e manutenção das características morfológicas dos dentes restaurados<sup>2,6,10,12,16</sup>. Pinos confeccionados a partir de dentes extraídos estão sendo utilizados em trabalhos recentes, por sua compatibilidade e adaptação evitando tensões no interior da raiz ocasionadas por pinos metálicos<sup>7</sup>.

As principais vantagens desses métodos são, a conservação de maior quantidade de estrutura dentária sadia, baixo custo e ótimo resultado estético<sup>13,12,16</sup>. É um fato devidamente comprovado que a resina composta tem ótima fixação ao esmalte, devido ao microembricamento obtido pelo condicionamento ácido, somados a grande evolução dos adesivos dentinários que também oferecem uma adesão devido ao embricamento mecânico entre o sistema adesivo e a matriz dentinária<sup>13</sup>. Esta é a grande vantagem das técnicas que utilizam dentes naturais como material restaurador, "pino de dente" ou "núcleo de dente", dado que a adesão da resina composta ao esmalte e a dentina já está mais que provada ser eficiente<sup>9</sup>. Para a realização dos procedimentos de colagem, é necessário o emprego de resinas compostas e/ou cimentos resinosos e de um banco de dentes que é o fator fundamental para a difusão do método proposto, além do domínio correto da técnica. Compor um banco de dentes exige poucos investimentos, o importante é ter uma infra-estrutura organizada do ponto de vista estrutural e legal. Os dentes ao serem doados devem ter o consentimento do paciente que deverá ser esclarecido do destino dos mesmos<sup>6,10</sup>.

A técnica demonstra ser eficiente podendo ser considerada mais uma alternativa, principalmente para os casos de grandes destruições coronárias. As desvantagens, se houver, estão nas dificuldades de se obter dentes com as características desejadas, adaptação do dente ao canal, seleção da cor ideal nas colagens de fragmentos e a recusa por alguns pacientes.

## CONCLUSÃO

A execução dessa técnica alternativa tem permitido a recuperação estética e funcional de dentes destruídos, aliado a

rapidez e baixo custo, determinando o sucesso desta e constituindo-se em uma opção a mais para restaurar biologicamente dentes extensamente afetados. Uma nova alternativa restauradora, não se colocando como a "melhor" e sim, apenas como a mais "biológica"<sup>6</sup>.

Até o momento poucos trabalhos foram realizados testando estes novos métodos de reconstrução de dentes anteriores, novos trabalhos devem ser realizados com amostragem maior e acompanhamento clínico posterior.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUONOCORE, M.G. apud ROSENBLATT, A.; KOZMHINSKY, V.
2. BUSATO, A.L.S. et al. Restaurações biológicas da odontopediatria ao paciente adulto. *Âmbito Odontológico*, 4/96p. 20-1.
3. CHOSACK, A.; EIDELMAN, E. apud ZYTKIEVITZ, E. et al.
4. DUARTE, D.A. et al. Colagem de fragmentos dentários em molares deciduos. *Revista APCD*, 49, (1): 76-7, jan/fev., 1995.
5. GABRIELI, F. et al. Apresentação e avaliação clínica de restaurações de dentes anteriores com fragmentos adaptados de dentes extraídos. *RGO*, 2: 85-87, abr./jun., 1981.
6. IMPARATO, J.C.P. Restaurações biológicas em dentes deciduos. Colagem de fragmentos de dentes naturais. In: CÔRREA, M.S.N.P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo, 463-472, 1998.
7. IMPARATO, J.C.P. Restaurações de dentes anteriores: Técnica alternativa de coroas de resina composta e pinos biológicos. *J. Bras. Odontoped. Odonto Bebê*, 1, (3): 13-20, 1998.
8. KONZEN, V.; BUSATO, A.L.S. Coroa total com dente natural extraído. *RGO*, 38 (3): 195-206, mai/jun., 1990.
9. NONAKA, T. et al. Reconstrução Biológica da coroa dental. *RGO*, 42: 922-94, abr/mai/jun., 1999.
10. POZZOBON, R.T. et al. "Overlay Natural". Uma opção restauradora através de colagem de fragmento dental. *J. Bras. Clínica Estética em Odol.*, 4: 19, 63-68, 1999.
11. ROSENBLATT, A.; KOZMHINSKY, V. Colagem heterógena em dentes deciduos armazenados à seco. *RGO*, 43: 210-213, jul/ago., 1995.
12. SANTOS, J.F.F.; BIANCHI, J. Restoration of severely damaged teeth with Resin bonding systems: Case reports. *Quint. Intern.* 22: 611-5, 1991.
13. TAVARES, A.C. et al. Reconstrução de dente deciduo posterior utilizando fragmento dentário humano. Relato de um caso. *Rev. Fac. Odontol., FZL* 4 (2): 113-7, jul/dez., 1992.
14. TENERY, T.N. apud POZZOBON, R.T, et al.
15. YOUSSEF, M.N. Restauração de dentes posteriores tratados endodonticamente através de colagem. *Rev. Odont. do Brasil Central*. 2 (2): 23-24, 1992.
16. ZYTKIEVITZ, E. Colagem heterógena em dentes deciduos. *RGO*, 41 (2): 71-75, MAR/ABR., 1993.