

# Relação diagnóstica entre folículo pericoronário e cisto dentífero

*Diagnostic relationship between pericoronal follicle and dentigerous cyst*

João Paulo de CARLI<sup>1</sup>  
 Juliana Tereza COLPANI<sup>1</sup>  
 Maria Salete Sandini LINDEN<sup>1</sup>  
 Norberto Perri MORAES<sup>2</sup>  
 Melissa Feres DAMIAN<sup>1</sup>  
 Soluete Oliveira da SILVA<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Relacionar os diagnósticos histopatológico e radiográfico para casos de folículo pericoronário e cisto dentífero de terceiros molares inferiores.

**Métodos:** Foram selecionadas, em arquivos, as lâminas histológicas e as respectivas radiografias panorâmicas dos casos diagnosticados como folículo pericoronário e cisto dentífero. Obteve-se uma amostra de 62 casos elegíveis: 45 folículos pericoronários e 17 cistos dentíferos. Para confirmação do diagnóstico histopatológico foram reavaliadas as informações clínicas dos pacientes e as lâminas histológicas. No exame radiográfico foi realizada a mensuração das imagens radiolúcidas pericoronárias, sendo que medidas iguais ou maiores do que 2,5mm foram utilizadas como parâmetro para o diagnóstico de cistos dentíferos. A comparação entre os resultados dos diagnósticos histopatológico e radiográfico, atribuídos aos 62 casos apurados, foi feita pelos testes de sensibilidade, especificidade e valor preditivo.

**Resultados:** Os resultados mostraram que a medida de 2,5mm para o halo radiolúcido pericoronário foi pouco sensível no diagnóstico de cisto dentífero.

**Conclusão:** O diagnóstico diferencial das imagens radiolúcidas pericoronárias deve ser esclarecido pela soma de dados clínicos, radiográficos e histopatológicos.

**Termos de indexação:** cisto dentífero; diagnóstico diferencial; radiografia panorâmica.

## ABSTRACT

**Objective:** Associate the histopathological and radiographic diagnoses of cases of pericoronal follicle and dentigerous cyst of the mandibular third molars.

**Methods:** Histological slides and the respective panoramic radiographs of cases diagnosed as pericoronal follicle and dentigerous cyst were selected from files. A sample of 62 eligible cases was obtained: 45 pericoronal follicles and 17 dentigerous cysts. In order to confirm the histopathological diagnosis, the clinical information and histological slides of the patients were reassessed. The pericoronal radiolucent images in the radiographs were measured and those equal to or greater than 2.5 mm were used as parameter for the diagnosis of dentigerous cysts. The comparison between the results of the histopathological and radiographic diagnoses attributed to the 62 cases was done by sensitivity and specificity tests and by predictive value.

**Results:** The results showed that a size of 2.5 mm for the pericoronal radiolucent halo was not very sensitive for the diagnosis of dentigerous cyst.

**Conclusion:** The differential diagnosis of the pericoronal radiolucent images must be clarified by the sum of clinical, histopathological and radiographic data.

**Indexing terms:** dentigerous cyst; differential diagnosis; panoramic radiography.

## INTRODUÇÃO

Diferentes lesões do complexo maxilo-mandibular têm aspecto radiográfico de lesão cística apresentando uma imagem radiolúcida de formato elipsóide e halo radiopaco bem definido. Deste modo, torna-se difícil a diferenciação entre essas lesões, quando o cirurgião-dentista baseia seu

diagnóstico unicamente em características radiográficas<sup>1</sup>. Como exemplo, podem-se citar as imagens do folículo pericoronário e do pequeno cisto dentífero que se mostram radiograficamente semelhantes<sup>2</sup>.

O folículo pericoronário é uma estrutura anatômica que se origina do epitélio reduzido do órgão do esmalte e do folículo dentário, apresentando-se, histologicamente, como uma membrana de tecido conjuntivo denso, frouxo ou

<sup>1</sup> Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Odontologia. Rod. BR 285, São José, 99052-900, Passo Fundo, RS, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: SO SILVA. E-mail: <soluete@upf.br>.

<sup>2</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia. Campus Araçatuba, Araçatuba, SP, Brasil.

mixomatoso, que contém restos de epitélio odontogênico. Encontra-se preso ao colo dentário e envolve a coroa de dentes não irrompidos<sup>2,4</sup>. Segundo Daley & Wysocki<sup>4</sup>, o folículo pericoronário pode ser observado, em maior escala, nos terceiros molares inferiores de indivíduos do gênero feminino que estão no final da segunda década de vida.

Por sua vez, o cisto dentífero ou cisto folicular é uma lesão que também se desenvolve ao redor da coroa de um dente não-irrompido. A maior incidência desta doença está associada a terceiros molares inferiores, caninos superiores e terceiros molares superiores, entre a segunda e a terceira década de vida<sup>2,3,5-8</sup>. Ocorre com maior frequência na mandíbula, possui predileção pela raça branca e incide mais significativamente em homens<sup>2,5,7,9-10</sup>, embora, em estudo recente<sup>8</sup>, seja relatado o predomínio do cisto dentífero na maxila e em mulheres.

Conforme reportado por Tami-Maury et al.<sup>11</sup>, o cisto dentífero pode se originar a partir do crescimento cístico do epitélio reduzido do órgão do esmalte, após a completa formação da coroa dentária; a partir da degeneração do retículo estrelado do órgão do esmalte, durante a posição do esmalte; ou pode ter origem extrafolicular, sendo causado por infecção periapical proveniente de dentes decíduos adjacentes.

Histopatologicamente, o cisto dentífero apresenta uma cavidade revestida internamente por epitélio do tipo escamoso estratificado com poucas camadas e, externamente, por uma cápsula fibrosa de tecido conjuntivo, contendo ilhas de epitélio odontogênico e infiltrado inflamatório em quantidade e natureza variáveis. O cisto dentífero contém, em seu interior, acúmulo de líquido entre a coroa do dente envolvido e o epitélio que o reveste ou entre as camadas deste epitélio<sup>2-3,5,7,10,12</sup>.

Podem ocorrer transformações neoplásicas de um cisto dentífero para ameloblastoma<sup>13</sup> ou, de forma mais rara, para um carcinoma de células escamosas ou um carcinoma mucoepidermóide intraósseo<sup>2,11</sup>. Segundo Shear<sup>14</sup>, o cisto dentífero e alguns casos de ameloblastoma apresenta em sua composição a citoqueratina 18, fato que pode indicar uma possível origem comum para as duas doenças, bem como a transformação de cisto dentífero em ameloblastoma. Por isso, é importante diagnosticar precocemente e tratar, de maneira efetiva, os cistos dentíferos.

Conforme Conklin & Stafne<sup>15</sup>, o cisto dentífero apresenta um halo radiolúcido de 2,5mm de espessura, ou mais, envolvendo a coroa dental. Por outro lado, quando este halo é menor, representa um folículo pericoronário. Da mesma forma, de acordo com Varoli et al.<sup>7</sup>, Maroo<sup>16</sup> e White & Pharoah<sup>17</sup>, pode-se considerar que a imagem radiolúcida seja característica de um cisto dentífero quando a observação radiográfica do espaço pericoronário for igual ou exceder 2,5mm e, se for menor, pode ser considerada característica de um folículo pericoronário.

No entanto, Neville et al.<sup>2</sup>, Daley & Wysocki<sup>4</sup>, Sciubba<sup>18</sup> e Adams & Walton<sup>19</sup> ressaltam a importância de se desmistificar o fato de que a medida do halo radiolúcido

pericoronário em radiografias panorâmicas ou periapicais seja suficiente para um diagnóstico definitivo de folículo pericoronário ou de cisto dentífero. Estes autores afirmam que nem sempre a correlação entre os diagnósticos clínico, radiográfico e histopatológico é verdadeira, para casos das duas condições estudadas. Da mesma forma, Daley & Wysocki<sup>4</sup>, Tami-Maury et al.<sup>11</sup>, Damante & Fleury<sup>12</sup> e Sciubba<sup>18</sup> expressam que os dados clínicos e/ou cirúrgicos são essenciais no diagnóstico de cisto dentífero pequenos, quando somados aos dados radiográficos e histopatológicos.

Neste contexto, objetivou-se relacionar os diagnósticos histopatológico e radiográfico do tecido pericoronário de terceiros molares inferiores, para os casos de folículo pericoronário e cisto dentífero, verificando se a medida radiográfica igual ou superior a 2,5mm, relatada na literatura, é correta para atribuir o diagnóstico de cisto dentífero. Adicionalmente, avaliou-se a prevalência do folículo pericoronário e do cisto dentífero na população estudada.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico dos casos diagnosticados como folículo pericoronário e cisto dentífero, coletados no arquivo do Serviço de Diagnóstico Histopatológico da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, abrangendo as lâminas histológicas, radiografias panorâmicas e informações clínicas avaliadas entre os anos de 1984 e 2004, totalizando 277 casos de folículo pericoronário e 129 de cisto dentífero. Entre estes, definiram-se como elegíveis para o estudo os casos diagnosticados em terceiros molares inferiores não irrompidos, que apresentassem radiografias panorâmicas de boa qualidade e dados clínicos disponíveis no prontuário dos pacientes (idade, gênero, raça, localização da patologia na cavidade bucal, presença de líquido cístico e/ou aumento de volume causado pela lesão). Sendo assim, a amostra final utilizada no estudo foi de 62 casos, sendo 45 diagnosticados como folículo pericoronário e 17 como cisto dentífero. Optou-se pela avaliação de terceiros molares inferiores, pelo fato de estes apresentarem a maior prevalência de cisto dentífero, quando comparados a outros dentes<sup>8</sup>.

Após a seleção da amostra, as lâminas histológicas, os dados clínicos e as radiografias panorâmicas dos pacientes foram avaliados por dois observadores devidamente treinados (exposição oral da metodologia e estudo de casos) para confirmação do diagnóstico histopatológico inicial e obtenção do diagnóstico radiográfico, de acordo com os critérios de classificação propostos neste estudo.

As lâminas histológicas, referentes aos casos estudados, foram reavaliadas, objetivando-se a confirmação do diagnóstico histopatológico e a coleta de dados sobre as

condições teciduais das entidades analisadas, para estudo comparativo. Esta avaliação foi realizada com a utilização de um microscópio óptico (Zeiss) nos aumentos de 32, 100 e 400x, em coloração de hematoxilina-eosina (HE), sendo efetuada a análise descritiva das lâminas de cada lesão.

Os parâmetros histopatológicos avaliados neste estudo foram: a) *aspectos epiteliais*: tipo de epitélio, presença de continuidade epitelial, de proliferação epitelial e restos epiteliais odontogênicos; b) *aspectos do tecido conjuntivo*: presença de infiltrado inflamatório agudo, infiltrado inflamatório crônico, áreas de hemorragia e de vasos sanguíneos.

Uma cápsula fibrosa de tecido conjuntivo contendo fibras colágenas e fibroblastos, presença de ninhos de epitélio reduzido do órgão de esmalte e revestimento interno com este epitélio ou com epitélio pavimentoso foi o quadro histopatológico dos folículos pericoronários. Também se considerou a ausência de líquido cístico e/ou de aumento de volume causado pela entidade<sup>2-4</sup>.

Foram caracterizados como cisto dentígero os cortes que apresentassem uma cápsula fibrosa de tecido conjuntivo contendo fibras colágenas, fibroblastos, restos de epitélio reduzido do órgão do esmalte e revestimento interno parcial ou total de epitélio pavimentoso em atividade proliferativa. Também foram consideradas evidências clínicas, como a presença de líquido cístico e/ou tumefação<sup>2-3,5,7,10,12</sup>.

Para a análise radiográfica dos casos de cisto dentígero ou folículo pericoronário, pelo exame panorâmico, realizaram-se mensurações das áreas radiolúcidas pericoronárias de terceiros molares inferiores. As medidas foram efetuadas com o auxílio de um negatoscópio, uma lupa de aumento e de um paquímetro digital (Mitotoyo®, Mitotoyo Corporation, Tóquio, Japão), nas superfícies mesial e distal dos dentes.

Sempre com auxílio do paquímetro digital, realizou-se a medida da imagem radiolúcida, traçando uma linha reta da superfície proximal do dente (mesial e distal, separadamente) até o limite radiopaco da imagem. Para evitar super ou subestimação de resultados, todas as mensurações foram realizadas na região correspondente à maior convexidade da superfície proximal do elemento dentário, ou seja, na região do ponto de contato. Quando as medidas obtidas se igualaram ou ultrapassaram 2,5mm, foram consideradas sugestivas de cisto dentígero e quando inferiores, de folículo pericoronário<sup>7,15-17</sup> (Figuras 1 e 2).

Os dados obtidos nas análises histopatológica/reavaliação e radiográfica foram tabulados em planilhas no programa Excel® e avaliados estatisticamente. Usando como valor de referência ou “padrão ouro” a análise histopatológica/reavaliação, obteve-se uma tabela cruzada 2x2, com o número total de resultados verdadeiro-positivos, verdadeiro-negativos, falso-positivos e falso-negativos, considerando-se que o diagnóstico de cisto dentígero era indicativo da presença de doença e o diagnóstico de folículo pericoronário era indicativo da ausência de doença. A partir destes resultados

foram calculados: a sensibilidade, a especificidade, valor preditivo positivo e o valor preditivo negativo para a análise radiográfica<sup>20</sup>.

Ainda, foi aplicada a estatística descritiva a fim de se avaliar a prevalência do cisto dentígero e do folículo pericoronário na população estudada, com relação à idade, gênero, raça e localização mais acometida.

Esse trabalho foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob número 331/2004.

## RESULTADOS

Os parâmetros histopatológicos epiteliais e conjuntivos avaliados nesse estudo, para os casos de folículo pericoronário e cisto dentígero, estão apresentados na Tabela 1. Do total de 62 casos elegíveis para esse estudo, 45 (72,6%) correspondiam a folículo pericoronário e 17 (27,4%) a cisto dentígero, sendo que, deste total, 34 (7 cistos dentígeros e 27 folículos pericoronários) correspondiam ao dente 38, enquanto 28 casos (10 cistos dentígeros e 18 folículos pericoronários), ao dente 48.

Com relação ao gênero, os percentuais de folículo pericoronário e cisto dentígero foram maiores no feminino, comparativamente ao masculino. Dos 45 casos de folículo pericoronário, 77,7%, e dos 17 casos de cistos dentígeros, 64,7% foram encontrados em mulheres. Da mesma forma, 100% de folículo pericoronário e 94,1% de cisto dentígero puderam ser verificados em pacientes da raça branca.

Para os casos de folículo pericoronário, a faixa etária variou dos 12 aos 56 anos (média de 20,56 anos), observando-se um pico de prevalência entre os 15 e os 20 anos (51,15% dos casos), seguida pela faixa etária dos 21 aos 25 anos (27,9% dos casos). Já para o cisto dentígero, a faixa etária estendeu-se dos 15 aos 27 anos (média de 19,82 anos), tendo um pico de prevalência, também, entre 15 e 20 anos (52,96% dos casos), seguida pela faixa etária entre os 21 e 25 anos (35,32% dos casos).

Após a mensuração radiográfica, diferentemente do que foi levantado a partir da reavaliação histopatológica (45 folículos pericoronários e 17 cistos dentígeros), obtiveram-se 58 folículos pericoronários e apenas quatro cistos dentígeros (Tabela 2). A média das medidas dos halos radiolúcidos pericoronários, para os casos diagnosticados histopatologicamente e clinicamente como folículo pericoronário ou cisto dentígero, bem como os valores mínimos e máximos obtidos estão descritos na Tabela 3. A mínima mensuração radiográfica encontrada foi de 0,23mm e a máxima, de 3,76mm. Foi notada, no total dos casos examinados, uma maior prevalência de condições com tamanhos dos halos radiolúcidos de 0,5 a 0,75mm, com média

de 1,15mm, observando-se, assim, uma maior prevalência de casos com halos radiolúcidos inferiores a 2,5mm, tanto para o folículo pericoronário quanto para o cisto dentígero (91,1% e 94,4% dos casos, respectivamente).

A partir da obtenção dos resultados verdadeiro-positivo, verdadeiro-negativo, falso-positivo e falso-negativo da tabela cruzada 2x2 (Tabela 4), obtiveram-se os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo que foram, respectivamente, 10%, 91,1%, 20% e 71,9%. A baixa sensibilidade indica que a medida igual ou superior a 2,5mm, para o halo radiolúcido pericoronário observado na radiografia panorâmica, não se constitui em um parâmetro confiável para o diagnóstico de cisto dentígero.



**Figura 1.** Folículo pericoronário. Halo radiolúcido menor do que 2,5mm na radiografia panorâmica.



**Figura 2.** Cisto dentígero. Halo radiolúcido maior do que 2,5mm na radiografia panorâmica.

**Tabela 1.** Casos de folículo pericoronário e cisto dentígero reavaliados quanto aos aspectos histopatológicos encontrados.

Aspectos histopatológicos	Folículo pericoronário	Cisto dentígero	Total
	(45 casos)	(17 casos)	(62 casos)
Continuidade epitelial	12 (26,6%)	10 (58,8%)	22(35,4%)
Proliferação epitelial	17 (37,7%)	15 (88,2%)	32 (51,6%)
Aspectos epiteliais			
Epitélio simples	22 (48,8%)	4 (23,5%)	26 (41,9%)
Epitélio estratificado pavimentoso	23 (51,1%)	13 (76,4%)	36 (58,0%)
Presença de restos epiteliais	36 (80%)	14 (82,3%)	50 (80,6%)
Infiltrado inflamatório agudo	30 (66,6%)	13 (76,47%)	43 (69,3%)
Aspectos do tecido conjuntivo			
Infiltrado inflamatório crônico	9 (20%)	1 (5,8%)	10 (16,1%)
Áreas de hemorragia	23 (51,1%)	7 (41,1%)	30 (48,3%)
Vasos sanguíneos	40 (88,8%)	15 (88,2%)	55 (88,7%)

**Tabela 2.** Comparação entre os diagnósticos obtidos pela reavaliação histopatológica e aqueles obtidos pela análise radiográfica.

Lesões	Análise histopatológica/ Reavaliação		Análise radiográfica	
	Nº	Frequência	Nº	Frequência
Folículo pericoronário	45	72,60%	58	93,60%
Cisto dentígero	17	27,40%	4	6,40%

**Tabela 3.** Valores mínimos, máximos e média, obtidos pela aferição das radiografias panorâmicas dos casos diagnosticados histopatologicamente como folículo pericoronário (45 casos) e cisto dentígero (17 casos).

	Padrão Ouro (histopatológico / reavaliação)		
	Presente	Ausente	Total
Radiográfico positivo	1	4	5
Radiográfico negativo	16	41	57
Total	17	45	62

**Tabela 4.** Cruzamento dos dados dos exames histopatológico / reavaliação (padrão ouro) e radiográfico e obtenção dos valores verdadeiro-positivo, verdadeiro-negativo, falso-positivo e falso negativo.

	Padrão Ouro (histopatológico / reavaliação)		
	Presente	Ausente	Total
Radiográfico positivo	1	4	5
Radiográfico negativo	16	41	57
Total	17	45	62

## DISCUSSÃO

Em se tratando do gênero dos pacientes, os achados deste estudo, mostrando maior prevalência do gênero feminino para o cisto dentígero, são diferentes dos resultados obtidos por Neville et al.<sup>2</sup> e Daley & Wysocki<sup>4</sup>, contudo, vêm se somar àqueles obtidos por Ribeiro-Júnior et al.<sup>8</sup>. O gênero feminino foi também mais prevalente no folículo pericoronário, fato que é concorde aos resultados de Daley & Wysocki<sup>4</sup> e difere dos dados obtidos por Meiszberg<sup>21</sup>.

No que diz respeito à raça dos pacientes, os resultados obtidos neste estudo coincidem com os reportados por Neville et al.<sup>2</sup>, Shear<sup>5</sup>, Consolaro<sup>9</sup> e Barroso et al.<sup>10</sup>, que afirmaram ser a raça branca a mais acometida pelo cisto dentígero. Segundo Shear<sup>5</sup> e Ferreira<sup>22</sup>, este fato pode ser devido a uma tendência deste grupo étnico em apresentar dentes não irrompidos ou a fatores desconhecidos. A raça branca foi também mais prevalente no folículo pericoronário, contudo não foram encontrados dados relativos a este aspecto na literatura.

Em relação à faixa etária, ambas as entidades estudadas apresentaram uma maior prevalência entre os 15 e 20 anos. Estes achados são compatíveis com as afirmações de Daley & Wysocki<sup>4</sup>, que encontraram um número maior de casos de folículo pericoronário no final da segunda década de vida. Estes dados vêm, ainda, se somar àqueles reportados por Neville et al.<sup>2</sup> e Shear<sup>5</sup>, que consideram a segunda década de vida como uma das mais afetadas pelo cisto dentígero. Por outro lado, Toller<sup>23</sup> indicou a terceira década de vida como a mais acometida por este cisto. O final da segunda década de vida seria a faixa etária mais acometida pelas duas condições estudadas, por ser o período em que normalmente os terceiros molares inferiores se encontram com a porção coronária totalmente formada e na iminência da irrupção.

Nesse estudo, os folículos pericoronários foram mais prevalentes no dente 38 e os cistos dentígeros no dente 48, diferindo dos dados obtidos por Meiszberg<sup>21</sup>. Entretanto, nesse trabalho, o lado mais acometido por uma ou outra entidade não apresentou repercussão clínico-patológica e radiográfica relevantes.

É importante ressaltar a presença marcante de algumas das características histopatológicas analisadas nesse trabalho, como a continuidade e a proliferação epiteliais, já que um epitélio contínuo e proliferativo ao exame microscópico, juntamente com indícios clínicos da presença de líquido cístico e/ou aumento considerável de volume, na maioria das vezes, indica o diagnóstico de cisto dentígero. Nesse trabalho, a continuidade e a proliferação epiteliais foram mais frequentes nos cistos dentígeros do que nos folículos pericoronários, fato que vem se somar aos achados de Daley & Wysocki<sup>4</sup>.

A presença de epitélio do tipo simples (semelhante ao epitélio reduzido do órgão do esmalte) foi maior no grupo dos folículos pericoronários e a do epitélio do tipo estratificado

pavimentoso maior no grupo dos cistos dentígeros. O tipo de epitélio, por si só, não é decisivo no diagnóstico de uma ou outra doença. Estes achados vêm se somar às afirmações realizadas por Varoli et al.<sup>7</sup>, Damante & Fleury<sup>12</sup> e Sciubba<sup>18</sup>. Salienta-se, ainda, a presença marcante de restos epiteliais na cápsula fibrosa, tanto do folículo pericoronário (36 casos - 80%), quanto na do cisto dentígero (14 casos - 82,35%), o que, conforme Smith<sup>24</sup>, constitui-se em fato normal.

Da mesma forma, a presença de infiltrado inflamatório (agudo e/ou crônico), bem como a ocorrência de vasos sanguíneos ou áreas hemorrágicas, tanto nos casos de folículo pericoronário como de cisto dentígero, provavelmente se deve à proximidade da cápsula de tecido conjuntivo com bolsas periodontais profundas e/ou pericoronarites (estas frequentemente acometem os terceiros molares inferiores). Estes achados são compatíveis com as afirmações de Neville et al.<sup>2</sup> e Damante & Fleury<sup>12</sup>.

No que diz respeito às medidas mínima e máxima encontradas para o halo radiolúcido pericoronário na amostra total estudada (respectivamente 0,23 e 3,76mm), os resultados desse estudo são compatíveis com os de Damante & Fleury<sup>12</sup>, que obtiveram 0,1 e 5,6mm, com a maioria dos casos variando entre 1 e 3mm. A alta especificidade (91,1%) e valor preditivo negativo (71,9%) mostram que o diagnóstico de folículo pericoronário poderia ser realizado por meio de radiografia. No entanto, os baixos valores de sensibilidade (10%) e preditivo positivo (20%) indicam que o exame radiográfico não é o método mais preciso para detectar a enfermidade cisto dentígero quando se utiliza como parâmetro a medida de 2,5mm para o halo radiolúcido pericoronário. Tal fato é confirmado pelo fato de que foram observados casos com descrição clínica e histopatológica de cisto dentígero apresentando medidas radiográficas inferiores a 2,5mm (16 casos - 94,12%). O contrário também foi observado, visto que outros casos apresentavam descrição clínica e histopatológica de folículo pericoronário, ao passo que mostravam medidas radiográficas superiores a 2,5mm (4 casos - 8,89%), o que caracterizaria um cisto dentígero. Portanto, os resultados desse trabalho mostraram que o tamanho do halo radiolúcido pericoronário não é um dado confiável para indicar o diagnóstico de cisto dentígero. Ainda, que há a necessidade da somatória de dados clínicos e de exames complementares, em auxílio a este processo diagnóstico.

Estes resultados vêm se somar aos obtidos por Sciubba<sup>18</sup>, que ressalta a importância de se desmistificar o fato de que apenas a medida do halo radiolúcido pericoronário, em radiografias panorâmicas ou periapicais, seja suficiente para se chegar a um diagnóstico definitivo de folículo pericoronário ou de cisto dentígero. Da mesma forma, Daley & Wysocki<sup>4</sup> e Tami-Maury et al.<sup>11</sup> afirmaram que não passa de suposição o fato de que medidas padrões de espaços pericoronários iguais ou maiores do que 2,5mm representariam realmente

cisto dentífero, e Neville et al.<sup>2</sup> e Adams & Walton<sup>19</sup> reportam que nem sempre a correlação entre os diagnósticos clínico, radiográfico e histopatológico é verdadeira para casos das duas condições estudadas. Por outro lado, os resultados dessa pesquisa são diferentes dos obtidos por Varoli et al.<sup>7</sup>, Conklin & Stafne<sup>15</sup>, Maroo<sup>16</sup> e White & Pharoah<sup>17</sup>, que afirmaram ser a medida igual ou superior a 2,5mm, na área radiolúcida pericoronária, correta para se atribuir o diagnóstico radiográfico de cisto dentífero.

Nesse sentido, os achados desse estudo concordam com Silva-Júnior et al.<sup>25</sup>, que acreditam que um cisto verdadeiro é baseado na presença de várias características, dentre elas a existência de cavidade patológica, linha ou limite epitelial e material líquido ou semissólido em seu interior.

## CONCLUSÃO

Com base na metodologia utilizada e nos resultados obtidos, concluímos que os parâmetros histopatológicos analisados, isoladamente, não são critérios decisivos

de diagnóstico; a medida radiográfica média do halo radiolúcido pericoronário nos folículos pericoronários foi 0,1mm maior do que nos cistos dentíferos; o exame radiográfico mostrou baixa sensibilidade no diagnóstico de cistos dentíferos; e a dimensão dos halos radiolúcidos pericoronários não é um dado confiável para o diagnóstico de cistos dentíferos.

## Colaboradores

JP CARLI e JT COLPANI foram responsáveis pelo levantamento de dados, revisão da literatura, aferição das radiografias e tabulação dos dados. SO SILVA participou da avaliação histológica das lâminas, redação do artigo e orientação do trabalho. MF DAMIAN participou da avaliação radiográfica, redação do artigo e co-orientação do trabalho. MSS LINDEN foi responsável pela redação do artigo e análise estatística. NP MORAES participou da interpretação das lâminas histopatológicas

## REFERÊNCIAS

1. Isacson G, Andersson L, Forsslund H, Bodin I, Thomsson M. Diagnosis and treatment of the unicystic ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1986;15(6):759-64.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CMA, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
3. Damante JH. Estudo dos folículos pericoronários de dentes não-irrompidos e parcialmente irrompidos: inter-relação clínica, radiográfica e microscópica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1987.
4. Daley TD, Wysocki GP. The small dentigerous cyst: a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995;79(1):77-81.
5. Shear M. *Cysts of the oral regions*. 2. ed. Bristol: Wright PSG; 1983.
6. Higashi T, Shiba JK, Ikuta H. *Atlas de diagnóstico oral por imagens*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos; 1999.
7. Varoli FP, Buscatti MY, Costa C, Ferreira ETT. Cisto dentífero em crianças. *Revista da literatura e apresentação de caso clínico*. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2000;18(1):61-5.
8. Ribeiro- Júnior JL, Boas DVS, Reis SRA, Ramalho LMP, Santana EJB, Barros AC, et al. Estudo retrospectivo de cistos de natureza odontogênica [resumo Ia154]. In: 22ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2005; Águas de Lindóia.
9. Consolaro A. Caracterização microscópica de folículos pericoronários de dentes não-irrompidos e parcialmente irrompidos: sua relação com a idade [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1987.
10. Barroso DS, Hanemann JAC, Araújo OMB, Pereira MC. Cisto dentífero na infância: relato de caso e revisão de literatura. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002;5(27):364-9.
11. Tami-Maury I, Lopez T, Moustarih Y, Moretta N, Montilla G, Rivera H. Quiste dentífero: revisión bibliográfica e presentación de un caso. *Acta Odontol Venez*. 2000;38(2):61-7.
12. Damante JH, Fleury RN. A contribution to the diagnosis of the small dentigerous cyst or the paradental cyst. *Pesqui Odontol Bras*. 2001;15(3):238-46.
13. Piazza JL. Contribuição ao estudo do tratamento do ameloblastoma. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 1984;32(1):27-30.
14. Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. *J Oral Pathol Med*. 1994;23(1):1-11.
15. Conklin WW, Stafne EC. A study of odontogenic epithelium in the dental follicle. *J Am Dent Assoc*. 1949;39(2):143-8.
16. Maroo S. Clinico-radiological aspects of dentigerous cyst. *East Afr Med J*. 1991;68(4):249-54.
17. White SC, Pharoah MJ. Cysts of the jaws. In: *Oral radiology: principles and interpretation*. 4. ed. St. Louis: Mosby Inc; 2000. p.355-77.

18. Sciubba JJ. Evaluating dentigerous cysts. *Gen Dent.* 1991;39(5):313-5.
19. Adams AM, Walton AG. Case report. Spontaneous regression of a radiolucency associated with an ectopic mandibular third molar. *Dentomaxillofac Radiol.* 1996;25(3):162-4.
20. Leles CR. Princípios de bioestatística. In: Estrela C. Metodologia científica. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 275-306.
21. Meiszberg M. Relação do aumento do espaço pericoronário (halo radiolúcido) com cisto dentífero associado a terceiros molares inferiores [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
22. Ferreira FV. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 6. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
23. Toller P. Origin and growth of cysts of the jaws. *Ann R Coll Surg Engl.* 1967;40(5):306-36.
24. Smith G. Two dentigerous cysts in the mandible of one patient: case report. *Aust Dent J.* 1996;41(5):291-3.
25. Silva Júnior NA, Weingaertner E, Aguiar RC. Cisto dentífero em mandíbula associado a coroa de dois dentes permanentes. *RGO - Rev Gaúcha de Odontol.* 2006;54(2):157-60.

Recebido em: 8/7/2008  
Aprovado em: 27/1/2009