

**Abordagem multidisciplinar em cisto periapical de grande extensão
em maxila: relato de caso**

**Multidisciplinary approach in periapical cyst of large maxillary
extension: case report**

DOI:10.34117/bjdv7n9-273

Recebimento dos originais: 07/08/2021

Aceitação para publicação: 16/09/2021

Abraão Sampaio Monteiro

Graduando em Odontologia

Faculdade de Odontologia da Universidade Brasil
Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP
E-mail: abraaosampaiomm90@hotmail.com

Renan Lemos da Silva

Graduado em Odontologia

Faculdade de Odontologia da Universidade Brasil
Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP
E-mail: lemossilvarenan@gmail.com

Maria Eduarda de Freitas Santana Oliveira

Graduanda em Odontologia

Faculdade de Odontologia da Universidade Brasil
Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP
E-mail: mariaefreitas10@gmail.com

Adriana Buchar Nappi

Especialista em Endodontia - Universidade Brasil

Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP
E-mail: adriana_nappi@hotmail.com

Andréa Valéria Silva Pessuto

Graduada em Odontologia - Universidade Brasil

Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP
E-mail: andreabidu@hotmail.com

Luciana Estevam Simonato

Doutorada em Engenharia Biomédica - Universidade Brasil

Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP
E-mail: lucianasimonato@gmail.com

Karina Gonzalez Camara Fernandes

Mestre em Endodontia

Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic
Estrada Projetada F1, Fazenda Santa Rita - Fernandópolis - SP
E-mail: karinagcf@yahoo.com.br

RESUMO

O cisto periapical também conhecido como cisto radicular, está relacionado ao epitélio do ápice de um dente com necrose pulpar que presumivelmente pode ser estimulado pela inflamação. Relatar e discutir um caso de cisto periapical inflamatório na região anterior de maxila, enfatizando seu diagnóstico e tratamento. Paciente do gênero masculino, 57 anos de idade buscou atendimento odontológico relatando sentir dor nos dentes anteriores, leve tumefação e presença de secreção purulenta. Frente aos aspectos clínico e radiográfico, foram sugeridas as hipóteses diagnósticas de cisto periapical ou ceratocisto odontogênico. Foi solicitada uma Tomografia Computadorizada (TC), que mostrou uma área hipodensa, de densidade homogênea, de limites definidos e corticalizados, unilocular, localizado em processo alveolar de maxila envolvendo os elementos 11, 12, 21, 22, 23 e 24. O cisto periapical é similar a outras lesões apicais o que dificulta o diagnóstico. Portanto é importante um exame clínico cuidadoso associado a exames complementares analisando-se assim, o caso minuciosamente a fim de oferecer ao paciente melhores condutas de tratamento.

Palavras-chave: Cisto Radicular, Endodontia, Cirurgia Bucal, Diagnóstico Bucal.

ABSTRACT

Periapical cyst, also known as radicular cyst, is related to the apex epithelium of a tooth with pulp necrosis that presumably can be stimulated by inflammation. To report and discuss a case of inflammatory periapical cyst in the anterior maxilla region, emphasizing its diagnosis and treatment. A 57-year-old male patient sought dental care reporting pain in the anterior teeth, mild swelling and presence of purulent secretion. Considering the clinical and radiographic aspects, the diagnostic hypotheses of periapical cyst or odontogenic keratocyst were suggested. A Computed Tomography (CT) was requested, which showed a hypodense area, with homogeneous density, with defined and corticalized limits, unilocular, located in the maxillary alveolar process involving elements 11, 12, 21, 22, 23 and 24. The periapical cyst is similar to other apical lesions, which makes diagnosis difficult. Therefore, a careful clinical examination associated with complementary exams is important, thus analyzing the case in detail in order to offer the patient better treatment approaches.

Key-words: Radicular Cyst, Endodontics, Surgery, Oral, Diagnosis, Oral.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com sua origem, os cistos odontogênicos são subclassificados em cistos de desenvolvimento ou inflamatórios. O cisto periapical de origem inflamatória é o cisto odontogênico mais comum, e com uma prevalência que varia de 7% a 54% de todas as imagens radiolúcidas periapicais. Eles apresentam uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso revestido por epitélio com um lúmen contendo líquido e restos celulares. Teoricamente, à medida que o epitélio se descama para o interior do lúmen aumenta o conteúdo proteico. Ocorre à entrada de fluido no lúmen na tentativa de equilibrar a pressão osmótica, promovendo um crescimento lento. A maioria dos cistos periapicais cresce lentamente e não atinge um tamanho grande¹.

Essas lesões têm características inflamatórias localizadas na região periapical ou periradicular de um dente sem polpa, com necrose pulpar ou com tratamento endodôntico com contaminação radicular². Os produtos da inflamação da polpa dentária infectada estimulam os restos epiteliais de Malassez presente no ligamento periodontal³.

A maioria dos cistos radiculares são assintomáticos, porém podem apresentar dor e sensibilidade⁴. Além disso, se o cisto atingir um tamanho grande pode ser observado durante o exame clínico. Com o crescimento do cisto, podem ocorrer mobilidade, deslocamento dos dentes adjacentes e o dente de origem não responde ao teste pulpar térmico e elétrico¹. Geralmente, quando possui dimensões menores são descobertos em uma radiografia de rotina, porém quando possuem dimensões maiores podem ser identificados clinicamente apresentando tumefação, assimetria, mobilidade e sensibilidade⁵. O diagnóstico definitivo é por meio de exame histopatológico.

Histologicamente a lesão é caracterizada por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso revestido por um epitélio escamoso estratificado com lúmen contendo líquido e restos celulares. Radiograficamente apresenta-se como uma imagem radiolúcida, unilocular, bem delimitada com halo radiopaco².

O tratamento para essas lesões císticas inclui o tratamento endodôntico não cirúrgico convencional, quando a lesão é localizada e menor que 2 cm. Quando a lesão é de maior proporção é indicado o tratamento cirúrgico, como enucleação com curetagem, marsupialização ou descompressão⁸.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de cisto periapical de grande extensão em região anterior de maxila, enfatizando seu diagnóstico e tratamento conservador.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 57 anos de idade, leucoderma, pedreiro, foi encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Fernandópolis-SP pelo cirurgião-dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS). Inicialmente, paciente queixava-se de dor e inchaço nos dentes anteriores superiores do lado esquerdo. Durante a anamnese, não apresentou nenhuma alteração sistêmica, relatou não possuir hábitos como etilismo e tabagismo ou histórico familiar de doenças.

Ao exame físico extra-oral nada digno de nota, mas ao exame intra-oral pode-se observar uma leve tumefação, de coloração normocrômica, na região vestibular dos dentes 11, 21, 22 e 23 (figura 1), além disso, o paciente apresentava drenagem de secreção

purulenta pelo rebordo alveolar e pontos de flutuação não foram observados, realizou-se teste de vitalidade com EndoIce® para verificar se havia vitalidade pulpar, mas apresentou resposta negativa.

Figura 1 apontado pela seta apresenta uma leve tumefação em região anterior de maxila no fundo de fornix vestibular



Solicitou-se um exame radiográfico periapical (Figura 2), onde foi possível visualizar uma lesão radiolúcida, circunscrita, delimitada por um halo radiopaco e associada a região periapical dos dentes 21, 22 e 23.

Figura 2: Na imagem observamos a radiografia periapical inicial.

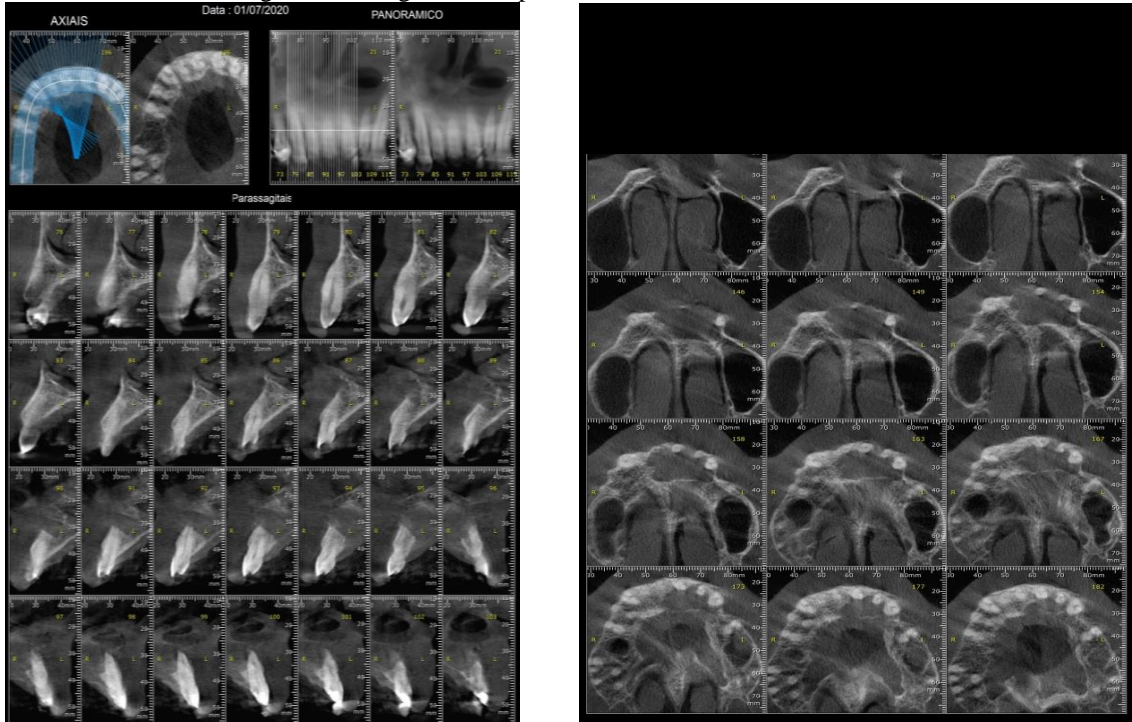


Para melhor entendimento da dimensão da lesão, foi solicitado uma Tomografia Computadorizada (TC), que mostrou uma área hipodensa, de densidade homogênea, de limites definidos e corticalizados, unilocular, localizado em processo alveolar de maxila envolvendo os elementos 11, 12, 21, 22, 23 e 24. Ainda, apresentava uma discreta reabsorção radicular extensa, envolvendo as raízes dos elementos 11, 21, 22 e 23. A lesão ocasionou também abaulamento e adelgaçamento das corticais ósseas vestibular e palatina, canal nasopalatino e assoalho da cavidade nasal (Figura 3). Com isso, através

dos os exames de imagem foi levantada a hipótese diagnóstica de ceratocisto odontogênico e cisto periapical.

O plano de tratamento estabelecido foi o tratamento endodôntico do dente 11, 21, 23 e retratamento do dente 22 e posterior remoção cirúrgica do cisto.

Figura 3 Tomografia Computadorizada Cone Beam em maxila



Na primeira sessão realizou-se o tratamento endodôntico dos dentes 11, 21, 22, 23 (Figura 4). Foi realizado o desbridamento, irrigação com Hipoclorito de Sódio 2.5% e aspiração até diminuir a secreção. Após a instrumentação e irrigação constante com Hipoclorito de Sódio a 2.5%, os dentes receberam curativo de demora com pasta de Hidróxido de Cálcio, Propilenoglicol e Paramonoclorofenol Canforado (PMCC).

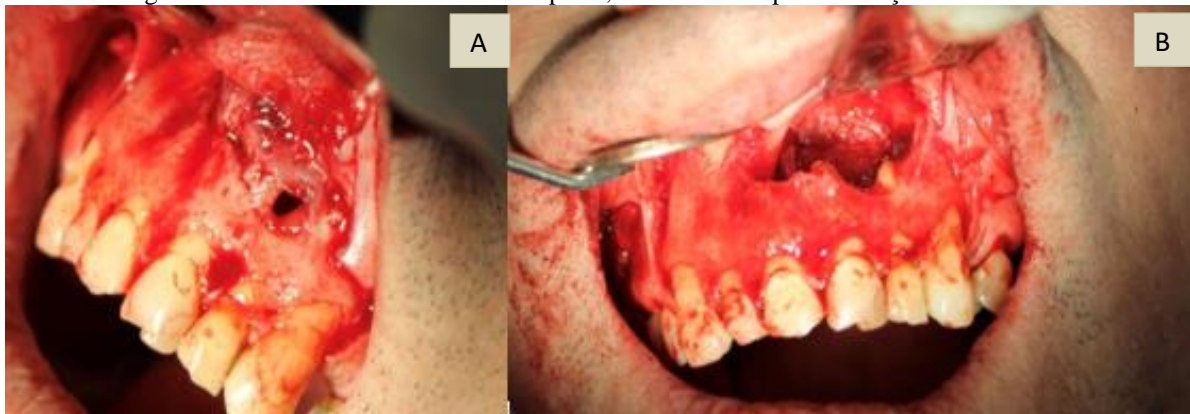
Figura 4 Instrumentação dos dentes com sistema rotatório e lima Logic Easy® n°2501



Em uma segunda sessão depois de 20 dias do PQM realizou-se a troca de curativo de demora dos elementos dentários tratados, porém, estes ainda apresentavam drenagem de secreção purulenta, assim para dar continuidade o paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico da lesão.

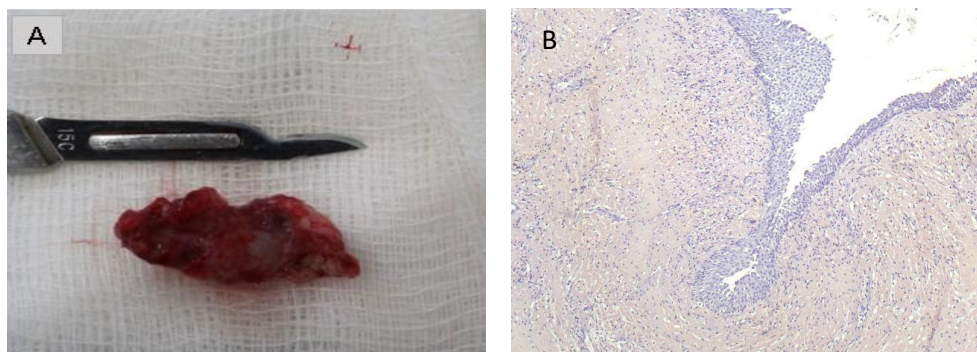
Na terceira sessão sob anestesia local foi realizada uma relaxante vestibular e incisão intrasulcular dos dentes anteriores 13,12,11, 21, 22 e 23, com o descolamento de todo tecido periodontal, expondo a tábua óssea vestibular, evidenciando uma loja óssea (Figura 5). Foi observado um extenso corpo cístico abrangendo os elementos 23, 22, 21 e 11 com limite superior em cavidade nasal. Assim, foi feito a enucleação cística e curetagem da lesão dessa região.

Figura 5: A- Lesão cística em maxila exposta, B- Cavidade após a remoção do cisto.



O material coletado foi encaminhado para análise histopatológica confirmando uma das hipóteses, o diagnóstico conclusivo foi de cisto periapical associado a processo inflamatório crônico inespecífico com microabscessos. (Figura 6).

Figura 6: A- Material coletado medindo cerca de 4 cm de diâmetro para realizar análise histológica. B- Resultado anatomopatológico apresentando um tecido conjuntivo fibroso de revestimento, em seu interior observamos um tecido estratificado pavimentoso com um infiltrado inflamatório e algumas ilhas de colesterol pelo lúmen da lesão.



Na quarta sessão, depois de 2 semanas paciente retornou para remoção de sutura. A cicatrização se mostrou satisfatória, mas ainda era possível observar uma leve drenagem de secreção purulenta, a próxima conduta foi realizar a troca de curativo com hidróxido de cálcio, PMCC e propilenoglicol.

No espaço de 7 dias após a quarta sessão, o paciente retornou e não apresentou qualquer secreção purulenta ou tumefação, sendo assim, os canais dos elementos 11, 21, 22 e 23 foram obturados e finalizado o tratamento endodôntico (Figura 7).

Figura 7. Imagem A, após 3 semanas paciente apresentou cicatrização satisfatória sem sinais de recidivas. Imagem B, radiografia panorâmica realizada 60 dias após a remoção da lesão.



3 DISCUSSÃO

O cisto periapical também conhecido como cisto radicular está relacionado ao epitélio do ápice de um dente com necrose pulpar que presumivelmente pode ser estimulado pela inflamação⁸. De acordo com Neville (2004), o epitélio na região do ápice de um dente desvitalizado presumivelmente pode ser estimulado pela inflamação para formar um cisto verdadeiramente revestido por epitélio ou cisto periapical¹.

O processo inflamatório em relação à proteção ao osso contra a agressão estimula a proliferação epitelial e a cistificação se inicia¹¹. Portanto, a cistificação iniciou-se devido à contaminação que ainda estava presente. Neste caso, podemos observar a proliferação de um cisto dentígero associado a uma necrose pulpar (dente 21) e um tratamento endodôntico insatisfatório (dente 22).

Regezi e Sciubba (2000) comentam que os cistos periapicais são, sem dúvida, os cistos mais comuns dos ossos gnáticos, o que se explica pela quantidade de osso cortical área acometida. A maxila apresenta-se como um osso mais esponjoso que a mandíbula e também a presença do seio maxilar que tem uma íntima relação com a região dos periápice dos dentes, resultando assim numa frequência de lesões de maior diâmetro na maxila do que na mandíbula¹². Em concordância, o presente caso apontou um cisto periapical em região anterior de maxila, envolvendo os incisivos e caninos.

O crescimento deste cisto geralmente é lento e assintomático, acometendo o gênero masculino e entre terceira e a sexta década de vida^{1, 8}. Embora, no caso citado, a paciente apresentava sintomatologia dolorosa, devido à extensão da lesão e uma exacerbação inflamatória.

Pereira (2013) relata em seus estudos que o cisto radicular acomete adultos de 20 a 40 anos com maior incidência ao leucoderma. O paciente em questão, leucoderma, possuía 57 anos de idade, se encontrando na 5ª década de vida, corroborando com os dados encontrados na literatura.

Exames complementares são importantes para auxiliar no diagnóstico do cisto periapical, visto que podemos lançar mão de radiografias, tomografias e exames anatomopatológicos⁹. Martins Neto (2004) diz que a imagem radiográfica pode ser confundida com possíveis diagnósticos diferenciais. Neville (2004), também destaca a importância da realização do exame anatomopatológico, para assim, descartar possíveis hipóteses diagnósticas. Neste estudo optou-se pelo uso de radiografias periapicais, panorâmica, tomografias computadorizadas e exame anatomopatológico.

Os cistos radiculares apresentam-se como uma área radiolúcida circular ou oval associada aos ápices dentários, circunscrita por uma linha radiopaca bem definida¹¹. Na tomografia do paciente em questão foi constatada uma área hipodensa, de densidade homogênea, de limites definidos e corticalizados, unilocular, localizado em processo alveolar de maxila envolvendo os elementos 11, 12, 21, 22, 23 e 24.

O revestimento epitelial desses cistos inflamatórios deriva da proliferação de pequenos resíduos de epitélio odontogênico (restos epiteliais de Malassez) dentro do ligamento periodontal¹¹. O lúmen é geralmente preenchido por líquido e células descamadas e a cápsula é constituída por tecido conjuntivo fibroso denso, na qual podem estar presentes cristais de colesterol com células gigantes multinucleadas, pigmentação de hemossiderina e corpos hialinos, além de muitas vezes, um infiltrado inflamatório com linfócitos, plasmócitos, neutrófilos e histiócitos¹.

Como dito por Regezi e Sciubba (2000), o diagnóstico diferencial, radiograficamente, do cisto periapical deverá incluir o granuloma periapical. Em quadrantes posteriores, a radiolucidez apical deveria ser distinta do cisto ósseo traumático. Ocasionalmente, tumores odontogênicos, lesões de células gigantes, doenças metastáticas e tumores ósseos primários podem mimetizar radiograficamente, um cisto periapical.

A terapêutica do cisto periapical inicia-se sempre pelo tratamento endodôntico do dente envolvido. Segue-se pelo tratamento cirúrgico de curetagem direta. A remoção parcial do epitélio cístico pode originar recidiva meses ou anos depois¹⁰. O tratamento deste paciente envolveu uma equipe multidisciplinar, desde dentistas da atenção primária, até a secundária, com endodontista, patologista e cirurgião buco-maxilo-facial.

O tratamento mais indicado do cisto residual é a enucleação cirúrgica da lesão¹³, podendo ter como técnica auxiliar a marsupialização ou descompressão cirúrgica em casos de lesões extensas, devido ao risco de fratura^{14,15}. No caso relatado, foi realizada enucleação total da lesão, seguida de curetagem da mesma.

Os cistos odontogênicos inflamatórios periapicais de grandes dimensões precisam ser tratados por meio de uma abordagem dinâmica, a fim de apontar a melhor opção terapêutica para o paciente, considerando as suas individualidades. Como foi realizado, onde primeiramente buscou uma abordagem conservadora, seguida da enucleação total da lesão e, finalmente, a obturação dos canais radiculares que necessitavam de tratamento.

4 CONCLUSÃO

O cisto periapical possui grande semelhança com outras lesões apicais, dificultando o seu diagnóstico. Portanto, é importante um exame clínico cuidadoso associado a exames complementares como tomografia computadorizada e o anatomopatológico, analisando-se assim o caso minuciosamente a fim de oferecer ao paciente a melhor conduta de tratamento. A preservação do caso é importante, pois permite a reabilitação definitiva com sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Nascimento RS, Alves NV, Carneiro Júnior B, Queiroz CS, Souza AS. Abordagem cirúrgica de cisto periapical infectado em região maxilar: Relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v. 41. N. 3, p. 09-14, 2020.
3. Martins Neto M, Danesi CC, Unfer DT. Contribuição ao estudo do cisto radicular: Revisão de literatura; Revista Saúde, v. 30, n.1-2, p. 90-99, 2004.
4. Gomes FV, Gomes IA, Gomes EV, Lara MCR. Cisto periapical – Uma realidade clínico-cirúrgico até os dias atuais. Revista da ACBO, v. 8, n. 2, p. 59-65, 2019.
5. Resende MAP, Assis NMSP, Sette-Dias AC, Aguiar EG, Sotto-Maior BS. Tratamento cirúrgico e conservador de cisto periapical de grande proporção: relato de caso. Revista HU, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 191-196, 2017.
6. Costa YJA, Sartoretto SC, Resende RB, Oliveira H, Uzeda MJ. Remoção cirúrgica de cisto radicular com tratamento endodôntico retrógrado: 2 anos de acompanhamento. Revista Fluminense de Odontologia, ano XXVI, n. 53, 2020. ISSN 1413-2966 / D. 2316
7. Freitas A, Rosa JE, Sousa IF. Radiologia odontológica. São Paulo: Artes Médicas, p.386-91; 431-33; 468-9. 2000.
8. Regezi JA, Sciubba JJ. Doenças das glândulas salivares. In: Patologia bucal: correlações clinicopatológicas 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
9. Oliveira LSS, Salles LP, Menezes ET. Tratamento endodôntico conservador de cisto periapical inflamatório. Revista Odontológica Planal Central, v. 8, n. 1, p. 19-25, 2019.
10. Bordini JP, Grosso SFB. Câncer bucal, lesões e condições cancerizáveis. In: KIGNEL, S. Estomatologia - bases do diagnóstico para o clínico geral. São Paulo: Santos, p. 165-177, 2013.
11. Dexter B, et al. Radicular cyst of anterior Maxilla. International Journal dental clinics, Austrália, v. 2, n. 3, p. 16-17, 2011.
12. Dantas RMX, et al. Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo – facial. Camaragibe, v. 14, n. 3, p. 21-26, 2014.
13. Walton RE. The residual radicular cyst: Does it exist? Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology, v.82, n.5, p. 471, 1996.
14. Carrillo C, Penarrocha M, Ortega B, Martí E, Bagán JV, Vera F. Relationship between histological diagnosis and evolution of 70 periapical lesions at 12

months, treated by periapical surgery. *Journal Oral Maxillofac Surgery*, n. 66, p. 1606-1609, 2008.

15. Ricucci D, Mannocci F, Ford TRP. A study of periapical lesions correlating the presence of a radiopaque lamina with histological findings. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiol Endod*, n. 101, p. 389-94, 2006.
16. Pereira JS, et al. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac, Camaragibe*, v. 2, n. 2, p. 37-42, 2012.