

## **ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CISTO RESIDUAL INFECTADO EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO**

### **SURGICAL APPROACH OF RESIDUAL CISTO INFECTED IN MANDIBLE: CASE REPORT**

**LUIS CLAUDIO CARDOSO DOS SANTOS.** Residente do serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (UFBA/OSID).

**PRISCILA VITAL FIALHO.** Residente do serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (UFBA/OSID).

**ELÍCIO FAGUNDES DE OLIVEIRA NETO.** Interno do serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (UFBA/OSID).

**ANDRÉ SAMPAIO SOUZA.** Preceptor do serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (UFBA/OSID).

Rua João Mendes da Costa Filho, 363, Condomínio Alto do Costa Azul 301A, Armação, Salvador-BA, CEP 41750-190. E-mail: luisclaudiocs@gmail.com

### **RESUMO**

Cistos residuais são resultantes da proliferação dos restos epiteliais de Malassez em decorrência de processo inflamatório por necrose pulpar em que houve curetagem inadequada após exodontia, correspondendo ao terceiro tipo mais comum de cisto odontogênico. A lesão normalmente é assintomática, podendo assumir dimensões que levam a expansão de corticais ósseas e consequentes fraturas patológicas. Porém, em casos raros pode se tornar sintomático, devido a infecção secundária. Os cistos residuais são normalmente descobertos em exames radiográficos de rotina, caracterizados por área radiolúcida arredondada, com tamanho variável, circunscrita por linha radiopaca. O objetivo do trabalho é relatar o manejo cirúrgico de um paciente apresentando um cisto residual infectado em mandíbula, com sintomatologia dolorosa local associada. Paciente A.P.S, gênero masculino, 59 anos, compareceu ao ambulatório de cirurgia bucomaxilofacial do serviço de CTBMF UFBA/OSID referindo queixas álgicas e presença de secreção após 06 meses da exodontia da unidade 3.2. Ao exame físico, pôde-se notar presença de secreção purulenta à ordenha em alvéolo referente ao dente 3.2, sem aumento de volume. Ao exame radiográfico, observou-se área radiolúcida circunscrita, limites bem definidos, compatível com lesão cística. Foi realizada a enucleação cirúrgica da lesão, a peça cirúrgica fixada em formol a 10% foi encaminhada para análise histopatológica, confirmando a suspeita diagnóstica de cisto residual. O acompanhamento de 07 meses subsequentes a cirurgia comprova que tanto o diagnóstico como o tratamento realizado obtiveram resultados satisfatórios, onde não existem sinais de recidiva da lesão e adequado reparo ósseo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cistos Odontogênicos. Cirurgia Bucal. Patologia Bucal.

## ABSTRACT

Residual cysts result from the proliferation of Malassez epithelial remains due to an inflammatory process due to pulpal necrosis in which there was inadequate curettage after exodontia, corresponding to the third most common type of odontogenic cyst. The lesion is usually asymptomatic and may assume dimensions that lead to the expansion of bone cortices and consequent pathological fractures. However, in rare cases it may become symptomatic due to secondary infection. Residual cysts are usually discovered in routine radiographic examinations, characterized by a rounded radiolucent area of variable size, circumscribed by radiopaque line. The objective of this study is to report the surgical management of a patient presenting an infected residual cyst in the mandible, with associated local pain symptomatology. Patient A.P.S, male, 59 years old, attended the clinic of bucomaxillofacial surgery of the UFBA / OSID CTBMF service, reporting painful complaints and presence of secretion after 6 months of unit 3.2. At the physical examination, purulent secretion could be noticed at the millet in the alveolus, referring to tooth 3.2, without volume increase. Radiographic examination revealed a circumscribed radiolucent area, well defined limits, compatible with cystic lesion. Surgical enucleation of the lesion was performed, the surgical specimen fixed in 10% formalin was sent for histopathological analysis, confirming the diagnostic suspicion of residual cytology. The follow-up of 07 months after the surgery proves that both the diagnosis and the treatment performed had satisfactory results, where there are no signs of recurrence of the lesion and adequate bone repair.

**KEYWORDS:** Odontogenic Cysts. Oral Surgery. Oral Pathology.

## INTRODUÇÃO

Cistos são cavidades patológicas, frequentemente revestidas por epitélio possuindo em seu interior conteúdo líquido ou semi-sólido (KILINC et al., 2017). Cistos odontogênicos são rotineiramente encontrados na prática odontológica, se configurando como aspecto importante da patologia bucomaxilofacial. São originados dos remanescentes da lâmina dentária ou do órgão do esmalte e se classificam como cisto de desenvolvimento ou inflamatório (NOGUEIRA et al., 2014; PERJUCI et al., 2018).

Sua teoria patogênica mais aceita considera que a proliferação dos restos epiteliais de Malassez presentes na região apical é inadvertidamente removida após a exodontia da unidade acometida, sendo responsável pelo desenvolvimento dessa lesão (MARTINS et al., 2016; SELVAMANI; DONOGHUE; BASANDI, 2012). O cisto residual (CR) corresponde ao terceiro tipo mais comum entre os cistos odontogênicos, normalmente assintomático, podendo assumir dimensões que levam a expansão de corticais ósseas e consequente fraturas patológicas. Visto que essa lesão é diagnosticada em exames radiográficos de rotina ou, em situações raras, quando apresentam infecção secundária (NOGUEIRA et al., 2014; PERJUCI et al., 2018).

Do ponto de vista radiográfico, o CR apresenta-se como uma radiotransparência unilocular, bem delimitada de formato arredondado (PAVIER et al., 2016). O método de escolha para o tratamento dessa lesão é a enucleação, representando redução mais rápida da cavidade cística e

consequente cicatrização óssea (MARTINS et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2014; PAVIER et al., 2016; PERJUCI et al., 2018).

O presente trabalho tem como objetivo relatar o manejo cirúrgico em um paciente apresentando um cisto residual infectado em mandíbula, com sintomatologia dolorosa local associada.

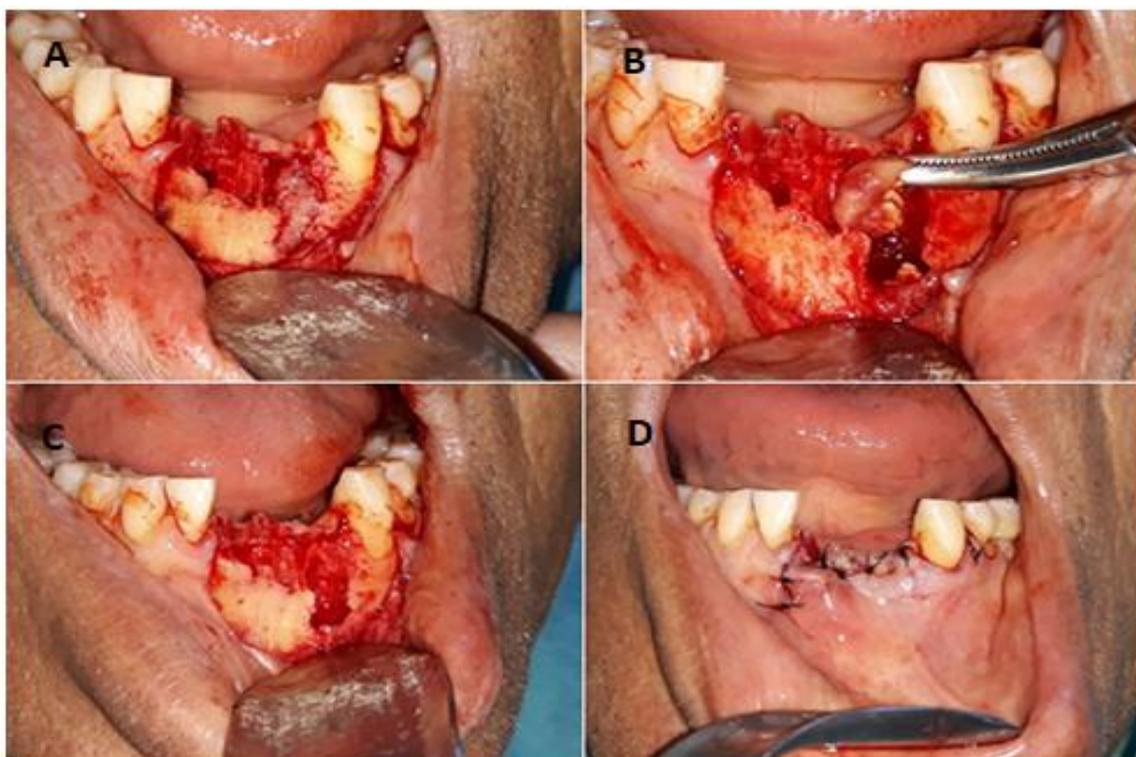
## RELATO DE CASO

Paciente A.P.S, gênero masculino, 59 anos, compareceu ao ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/ OSID com a queixa principal: “extraí o dente e não para de sair secreção”. Na história da doença atual, o paciente referiu exodontia do dente 3.2 há 06 meses, quando sua diabetes mellitus ainda evoluía descompensada, apresentando secreção purulenta local persistente e sintomatologia dolorosa. Ao exame físico, pôde-se notar presença de fístula na crista do rebordo alveolar referente ao dente 3.2 com secreção purulenta à ordenha, coloração da mucosa normal, sem aumento de volume à palpação. Ao exame radiográfico (Fig. 1), observou-se sinais sugestivos de presença de área radiolúcida circunscrita, limites bem definidos, na região referente ao alvéolo do dente 3.2 compatível com lesão cística.



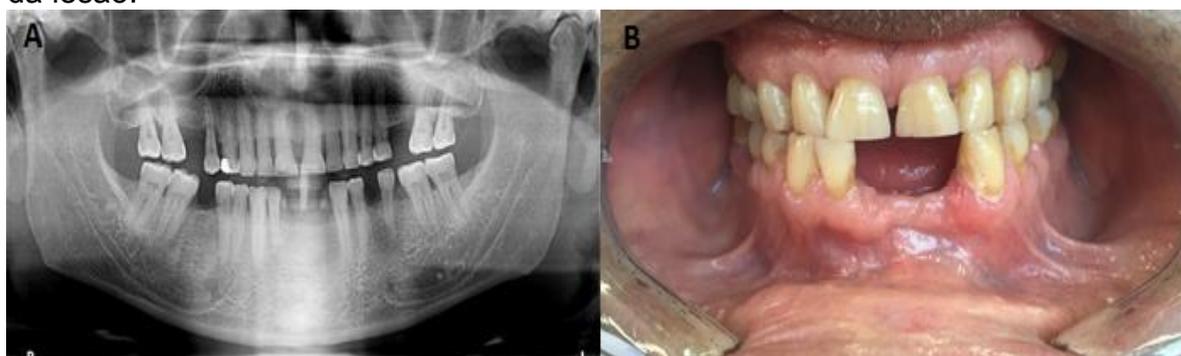
**Figura 1-** Radiografia panorâmica apresentando sinais sugestivos de presença de área radiolúcida circunscrita, bem delimitada, em região referente ao alvéolo da unidade 32, compatível com lesão cística. **Fonte:** os autores.

Foi planejado para o paciente uma biópsia excisional com acesso intrasucular e incisão intrasucular da distal do dente 3.3 e relaxadora na mesial do dente 4.2, descolamento mucoperiosteal, exodontia dos dentes 3.1 e 4.2 (apresentava mobilidade acentuada), e exérese da lesão no alvéolo do dente 3.2. No trans-cirúrgico foi possível notar lesão de aparência cística de coloração marrom associada ao alvéolo do dente 3.2, fácil ponto de clivagem, apresentando coleção purulenta em seu interior, assim como tecido granulado de coloração castanha, não sangrante.



**Figura 2-** (A) Descolamento mucoperiosteal da distal do 33 a mesial do 42. (B) Exérese da lesão. (C) Cavidade após a exérese da lesão. (D) Pós-operatório imediato. **Fonte:** os autores.

A peça cirúrgica foi fixada em formol 10% e encaminhada para análise histopatológica de biópsia excisional com o diagnóstico de cisto periapical residual. No momento, o paciente encontra-se em acompanhamento pós-cirúrgico de 07 meses sem complicações pós-operatórias e sinais de recidiva da lesão.



**Figura 3-** (A) Radiografia panorâmica após 07 meses apresentando adequado reparo ósseo. (B) Acompanhamento após 07 meses, sem sinais clínicos de recidiva da lesão. **Fonte:** os autores.

## DISCUSSÃO

Kilinc et al. (2017), através de um estudo descritivo onde foram analisados 526 casos de cistos odontogênicos e não odontogênicos afirma que 65% dos casos de cisto residual acometem homens (KILINC et al., 2017). A predileção pelo sexo masculino retratado no presente trabalho confirma os achados na literatura (MARTINS et al., 2016; SELVAMANI; DONOGHUE;

BASANDI, 2012). A predileção pela mandíbula é retratada na literatura, porém com maior incidência de cisto residual em região de molar, sugerido pelo maior número de exodontias em dentes posteriores (KILINC et al., 2017). Entretanto, o atual estudo apresentou CR em região anterior de mandíbula.

Os CR se desenvolvem a partir de infecções periapicais ou proliferação de restos epiteliais de Malassez inadvertidamente removidos após exodontia da unidade dentária acometida (KILINC et al., 2017; MARTINS et al., 2016; SELVAMANI; DONOGHUE; BASANDI, 2012). O paciente do caso em questão apresentou histórico de exodontia da unidade 3.2, 06 meses antes de buscar o serviço de cirurgia bucomaxilofacial UFBA/OSID, onde foi observado respaldo literário para suspeita de cisto residual, que foi obtido juntamente com avaliação de radiografia panorâmica que apresentava presença de área radiolúcida circunscrita e bem delimitada, em região de alvéolo da unidade 3.2, corroborando com os trabalhos científicos que descrevem essa conformação do cisto residual aos exames de imagem (MAHAJAN et al., 2014; NOGUEIRA et al., 2014; PAVIER et al., 2016; SRIDEVI et al., 2014).

São raros os casos em que cisto residual apresenta algum tipo de sinal clínico ou sintoma associado, fato que dificulta a percepção da lesão e consequente diagnóstico, sendo realizado na maioria das vezes após exames radiográficos de rotina (MARTINS et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2014; PERJUCI et al., 2018; SRIDEVI et al., 2014). Visto que o paciente buscou atendimento pela sintomatologia dolorosa e secreção purulenta local, seu diagnóstico não pode ser considerado como um achado, uma vez que os aspectos clínicos locais e a história da doença foram imprescindíveis para a conduta tomada.

A escolha do tratamento do CR pode variar entre marsupialização e enucleação. A marsupialização é indicada quando apresenta grandes proporções e/ ou está associada a estruturas nobres, como nervo alveolar inferior, diminuindo assim a possibilidade de prejuízo a tais estruturas. Em alguns casos a marsupialização é suficiente para erradicar o cisto, mas na maioria das vezes é necessária enucleação subsequente (RAHPEYMA et al., 2015; SPERANDIO et al., 2014). Desta forma, a enucleação cirúrgica se mostra a técnica mais eficaz, pela redução rápida da cavidade cística e menor chance de recidiva, não dispensando o acompanhamento regular do paciente (MARTINS et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2014; PAVIER et al., 2016; PERJUCI et al., 2018; SRIDEVI et al., 2014).

Patologias periapicais dos dentes, como os CR são geralmente negligenciados pelos dentistas. Configurando uma situação perigosa, visto que cistos odontogênicos tem potencial para originar tumor, como o ameloblastoma, tumor odontogênico adenomatóide ou o carcinoma espinocelular. No entanto, a transformação de um cisto odontogênico em tumor maligno é rara. Sendo assim o profissional deve estar ciente dessas complicações e realizar o acompanhamento adequado (MAHAJAN et al., 2014; SRIDEVI et al., 2014; SUKEGAWA et al., 2015). Atualmente o paciente deste estudo esta em período pós- operatório de 07 meses, não apresentando sinais clínicos e radiográficos da lesão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O acompanhamento de 07 meses subsequentes à cirurgia comprova

que tanto o diagnóstico como o tratamento realizado obtiveram resultados satisfatórios, onde não existem sinais de recidiva da lesão e adequado reparo ósseo.

## REFERÊNCIAS

KILINC, A. et al. Odontogenic and nonodontogenic cysts: An analysis of 526 cases in Turkey. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 20, n. 7, p. 879–883, 2017.

MAHAJAN, A. D. et al. Unicystic ameloblastoma arising from a residual cyst. **BMJ Case Reports**, v. 2014, p. 1–4, 2014.

MARTINS, R. et al. Comparative immunoexpression of ICAM-1, TGF- $\beta$ 1 and ki-67 in periapical and residual cysts. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 22, n. 1, p. 0–0, 2016.

NOGUEIRA, A. S. et al. Simultaneous occurrence of dentigerous cyst and residual. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 80, n. 1, p. 88–89, jan. 2014.

PAVIER, Y. et al. Surgical Management of a Giant Residual Mandibular Cyst Importance of Imaging Examinations to Planning the Removal of a Foreign Body From the Tongue. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 27, n. 2, p. 222–223, 2016.

PERJUCI, F. et al. Evaluation of Spontaneous Bone Healing After Enucleation of Large Residual Cyst in Maxilla without Graft Material Utilization: Case Report. **Acta Stomatologica Croatica**, v. 52, n. 1, p. 53–60, 2018.

RAHPEYMA, A. et al. Marsupialization of large residual cyst and subsequent dental implant insertion: Technical note. **Journal of Oral Implantology**, n. condition 3, 2015.

SELVAMANI, M.; DONOGHUE, M.; BASANDI, P. S. Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. 4, p. 330–334, 2012.

SPERANDIO, F. F. ORNIA. et al. Noninvasive treatment choice for an aged down syndrome patient presenting a residual periapical cyst. **The journal of contemporary dental practice**, v. 15, n. 2, p. 254–257, 2014.

SRIDEVI, K. et al. Residual cyst associated with calcifications in an elderly patient. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 8, n. 2, p. 246–249, 2014.

SUKEGAWA, S. et al. Primary intraosseous squamous cell carcinoma of the maxilla possibly arising from an infected residual cyst: A case report. **Oncology letters**, v. 9, n. 1, p. 131–135, 2015.