

ENUCLEAÇÃO CÍSTICA ACOMPANHADA DE APICECTOMIA: RELATO DE CASO

CYSTIC ENUCLEATION ACCOMPANIED BY APICOECTOMY: CASE REPORT

IAGO DEMETRIO DA **SILVA**. Acadêmico de Odontologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

ANDRESSA BOLOGNESI **BACHESK**. Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

SILVIA NATÁLIA SOUZA DE **PEDER**. Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

GUILHERME PALADINI **FELTRIN**. Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

ÂNGELO JOSÉ **PAVAN**. Doutor em Odontologia pela Universidade de São Paulo-USP, Docente da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Av. Mandacarú, 1550, Centro, Maringá-PR, CEP 87080-000. E-mail: iagodemetrio95@gmail.com

RESUMO

Lesões císticas periapicais inflamatórias possuem sua etiologia relacionada a um processo inflamatório provindo dos canais radiculares ou do periodonto e interage com os restos epiteliais de Malassez. Normalmente são assintomáticas e descobertas em exames de imagem de rotina. Este trabalho tem por objetivo apresentar uma revisão bibliográfica e relatar o caso clínico de uma paciente que foi diagnosticada com lesão cística periapical inflamatória. Uma paciente, gênero feminino, leucoderma, de 24 anos de idade, procurou atendimento odontológico em decorrência de encaminhamento do endodontista. Clinicamente a paciente apresentou uma leve depressão na região vestibular do dente 46. Foi realizada uma tomografia de feixe cônico demonstrando o tratamento endodôntico no dente 46 e uma lesão hipodensa na região do ápice e região distal do dente. Levantou-se a hipótese diagnóstica de cisto periapical inflamatório e cisto radicular lateral. O planejamento foi de se realizar cirurgia de enucleação da lesão. Após a anestesia realizou-se punção aspirativa, a seguir foi realizado o retalho de acesso à lesão, onde se constatou a ausência de tábuas ósseas vestibular. A seguir iniciou-se a enucleação da lesão com as costas da cureta de Lucas, com posterior, apicectomia da raiz distal. A lesão foi colocada em frasco com formol e encaminhada para exame histopatológico. A paciente foi medicada e realizou o acompanhamento radiográfico no pós-operatório. O resultado do exame histopatológico foi de Cisto Periapical Inflamatório. O tratamento para esse tipo de lesão pode ser o retratamento endodôntico, com ou sem apicectomia, descompressão, marsupialização e enucleação cística. Para lesões que excedam 2 cm indica-se a cirurgia periapical seguida de curetagem.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Radicular. Enucleação. Cirurgia.

ABSTRACT

Inflammatory periapical cystic lesions have their etiology related to an inflammatory process originating from the root canals or the periodontium and interact with the epithelial remains of Malassez. Usually asymptomatic and discovered in routine imaging exams. This paper aims to present a literature review and report a case of a patient who was diagnosed with inflammatory periapical cystic lesion. One female patient, leucoderma, 24 years old, sought dental care due to endodontist referral. Clinically, the patient presented mild depression in the buccal region of the tooth 46. A Cone Beam tomography was performed demonstrating the endodontic treatment in the tooth 46 and a hypodense lesion in the region of the apex and in the distal region of the tooth. The diagnostic hypothesis of inflammatory periapical cyst and lateral radicular cyst was raised. Lesion enucleation surgery was scheduled. After the anesthesia, aspiration puncture was performed, followed by the flap access to the lesion, where the absence of a buccal bone board was found. The enucleation of the lesion was then initiated with the back of the Lucas curette, followed by apicoectomy of the distal root. The lesion was placed in a vial containing formalin and sent for histopathological examination. The patient was medicated and performed the radiographic follow-up in the postoperative period. The result of histopathological examination was Periapical Inflammatory Cyst. The treatment for this type of lesion may be endodontic retreatment, with or without apicoectomy, decompression, marsupialization and cystic enucleation. For lesions exceeding 2 cm, periapical surgery followed by curettage is indicated.

KEYWORDS: Radicular Cyst. Enucleation. Surgery.

INTRODUÇÃO

Cistos odontogênicos são caracterizados por uma cavidade patológica revestida por tecido epitelial, contendo em seu interior material líquido ou semissólido (CEDIN et al., 2005; POLITANO et al., 2009; PROCKT et al., 2008; SANTOS et al., 2006). Os cistos revestidos por epitélio são observados somente nos ossos gnáticos onde a maioria dos revestimentos epiteliais são derivados do epitélio odontogênico, assim denominados cistos odontogênicos. De acordo com sua origem são subclassificados em cistos de desenvolvimento ou cistos inflamatórios. (NEVILLE et al., 2009)

Os Cistos odontogênicos inflamatórios são lesões que se originam a partir de infecção dos canais radiculares proveniente da doença cárie ou traumatismos, que geram alterações pulpares (CEDIN et al., 2005; POLITANO et al., 2009; SANTOS et al., 2006). Apresentam uma alta frequência dentro dos cistos odontogênicos (MASS et al., 1995; OCHSENIUS et al., 2007).

Clinicamente os pacientes com cistos periapicais inflamatórios não apresentam sintomas, a menos que exista uma exacerbação inflamatória aguda. Além disso, se o cisto atingir um tamanho grande pode ser observado tumefação e sensibilidade leve. Com o crescimento do cisto, podem ocorrer mobilidade e deslocamento dos dentes adjacentes. O dente de origem não responde ao teste pulpar térmico e elétrico (NEVILLE et al., 2009).

Para obter um correto diagnóstico dessas lesões é necessário lançar mão de exames de imagem como a radiografia periapical, a radiografia panorâmica ou a tomografia computadorizada de feixe cônico. O padrão radiográfico muitas vezes é idêntico ao do granuloma periapical, podendo desenvolver-se como imagens radiolúcidas periapicais pequenas. O tamanho radiográfico da lesão não pode ser utilizado para diagnóstico definitivo. Após realizar-se uma biópsia incisional ou excisional da lesão, essa deve passar por um exame histopatológico, pois apenas este último apresenta o diagnóstico definitivo (GARIB et al., 2006; NEVILLE et al., 2009; POLITANO et al., 2009; SANTOS et al., 2006; VIEIRA et al., 2007).

Nesse contexto, este estudo tem por objetivo relatar, por meio de revisão bibliográfica e da intervenção cirúrgica, um caso clínico de uma paciente diagnosticada com lesão cística periapical inflamatória.

RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, leucoderma, 24 anos de idade, procurou atendimento odontológico por encaminhamento do endodontista.

Na primeira consulta foi realizado o exame clínico, anamnese e exame físico. Clinicamente a paciente apresentou uma leve depressão na região vestibular do dente 46 e mucosa com aspecto normal.

Como exame complementar, foi solicitado que a paciente realizasse uma tomografia computadorizada de feixe cônico, a qual foi levada na clínica em consultas posteriores. A tomografia apresentou a proximidade da lesão com o canal mandibular e o rompimento do septo interdentário entre os dentes 46 e 47 (Figura 1). Levantou-se a hipótese diagnóstica de cisto periapical inflamatório e cisto radicular lateral.

No preparo cirúrgico foi realizada antisepsia extrabucal com Iodopovidina na PVPI a 10% e bochecho intrabucal com Clorexidina a 0,12%. A paciente, ASA I, foi anestesiada com técnica de bloqueio alveolar inferior com Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000 e submetida a punção aspirativa. O conteúdo da punção apresentou líquido sanguinolento, o que aumentou a hipótese de se tratar de uma lesão cística (Figura 2).

Dessa forma, decidiu-se realizar uma enucleação total da lesão e em decorrência de o dente 46 já apresentar tratamento endodôntico, realizou-se a apicectomia da raiz distal do dente, em decorrência da possibilidade daquela raiz terminar com seus condutos radiculares em um delta apical, o que possivelmente explicaria a disseminação infecciosa e formação da lesão (Figuras 3 e 4).

No pós-operatório a paciente foi medicada com Clavulim BD® 875mg, Ibuprofeno® 600mg e Toragesic® 10 mg.

O material da exérese da lesão (Figura 5) foi enviado para exame histopatológico que apresentou posteriormente, o diagnóstico definitivo de cisto periapical inflamatório (Figura 6). A paciente não relatou desconforto ou complicações pós-operatórias.

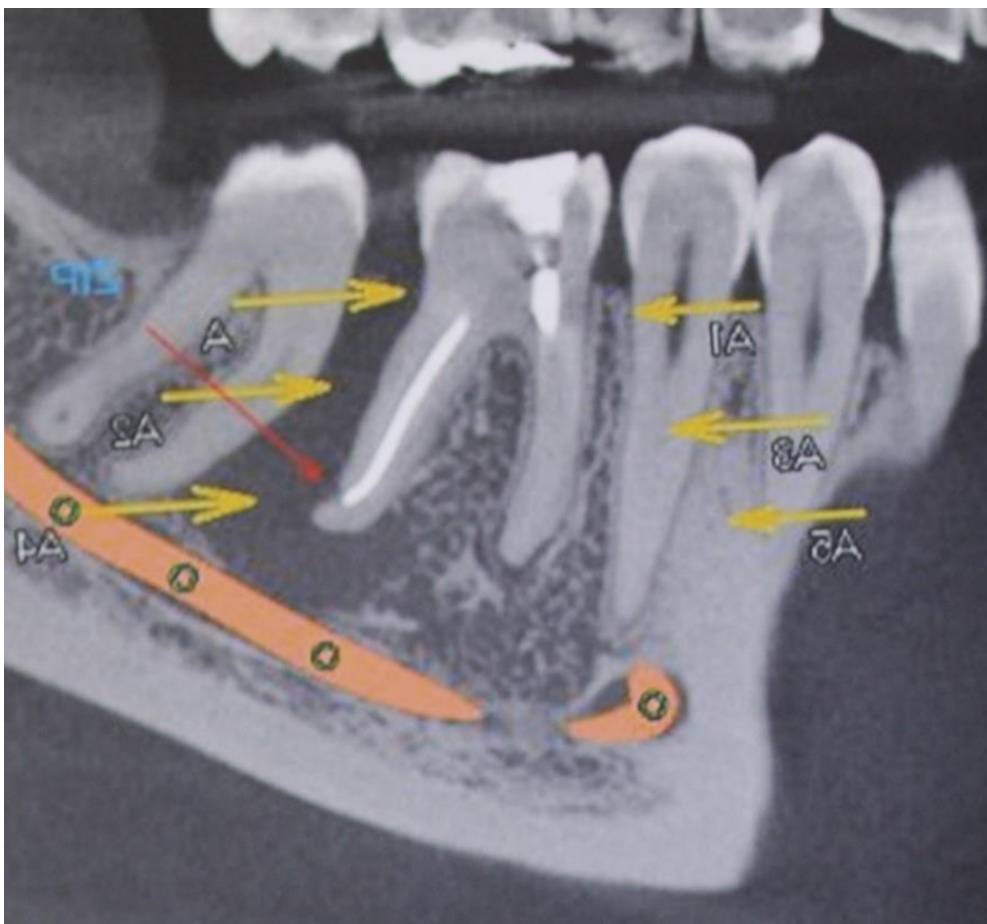


Figura 1 - Corte sagital tomográfico, evidenciando a área da lesão do dente 46 com proximidade do canal mandibular e destruição do septo ósseo.

Fonte: Autores.



Figura 2 - Região vestibular do 46 apresentando uma leve depressão e realização de punção aspirativa.

Fonte: Autores.

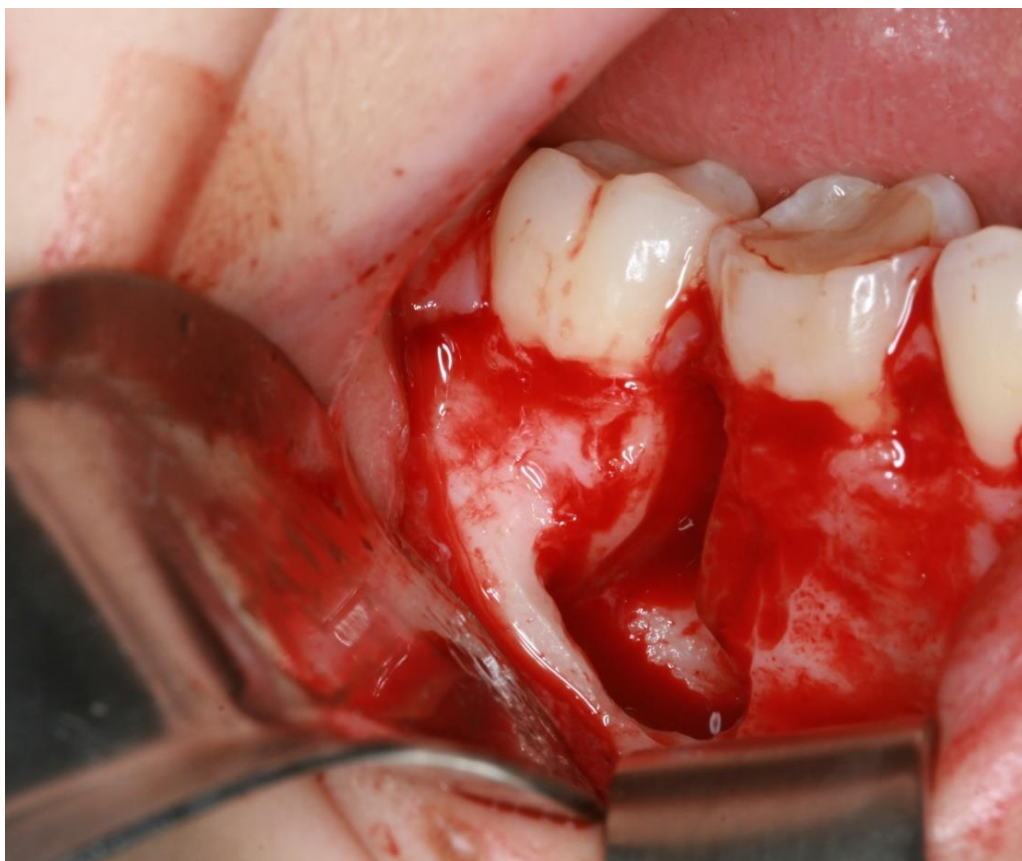


Figura 3 - Aspecto da loja cirúrgica após enucleação da lesão e apicectomia da raiz distal do dente 46.
Fonte: Autores.



Figura 4 - Reposicionamento de retalho e suturas simples.
Fonte: Autores.



Figura 5 - Material proveniente da punção aspirativa e exérese de lesão, ambos foram encaminhados para exame histopatológico.

Fonte: Autores.

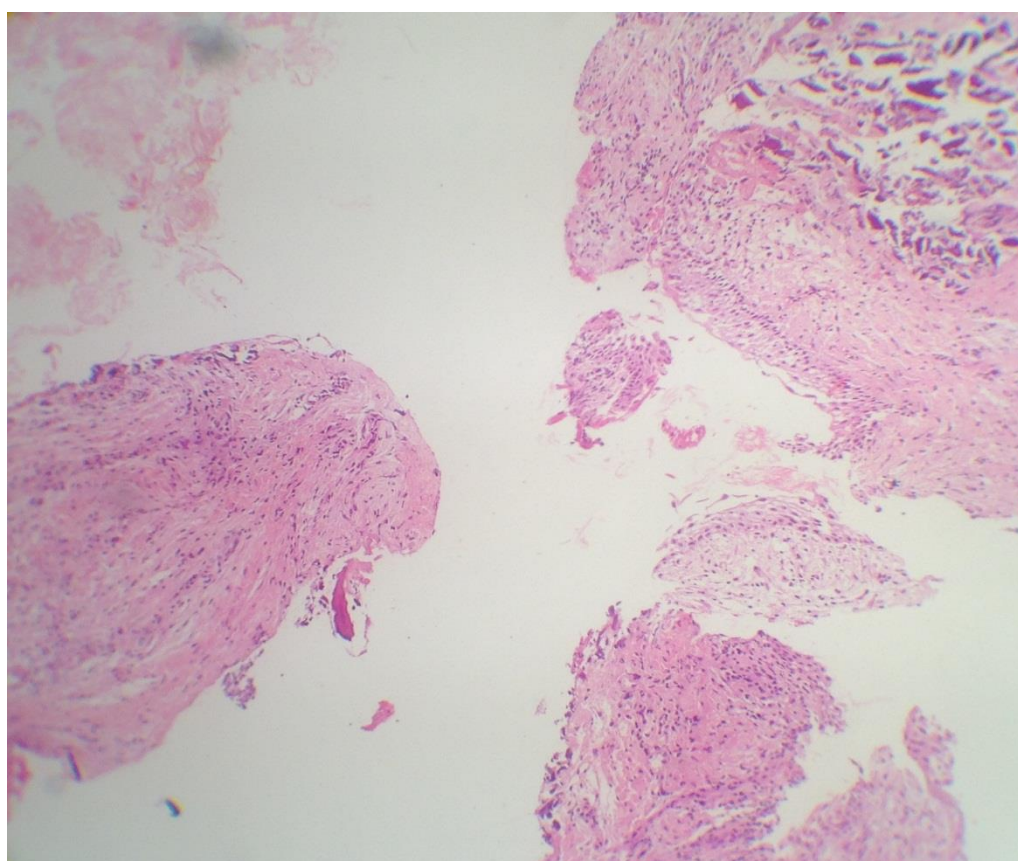


Figura 6 - Exame histopatológico, confirmando a hipótese de cisto periapical inflamatório.

Fonte: Autores.

ACOMPANHAMENTO

O primeiro acompanhamento foi feito depois de três meses da cirurgia, sendo realizada uma radiografia panorâmica de controle. O segundo acompanhamento foi feito após seis meses da cirurgia e uma radiografia periapical foi realizada, ambas demonstraram uma resposta satisfatória ao tratamento aplicado (Figuras 7 e 8).



Figura 7 - Radiografia Panorâmica de 03 meses pós-operatório, apresentando sutil formação óssea na região do dente 46.

Fonte: Autores.



Figura 8 - Radiografia Periapical de 06 meses, evidenciando detalhes da apicectomia da raiz distal do dente 46.

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

Epidemiologicamente, o cisto periapical inflamatório apresenta a frequência relativa de 7% a 54%, acometendo mais pacientes da quarta e quinta década de vida. (NEVILLE et al., 2009).

Geralmente os cistos periapicais inflamatórios possuem crescimento lento (GRAZIANI, 1995; NEVILLE et al., 2009). Normalmente, são descobertos através de exames de imagem de rotina ou, quando atingem maiores dimensões, por meio da tumefação dos maxilares (CORRÊA et al., 2002).

Radiograficamente no cisto periapical inflamatório observa-se a perda da lâmina dura ao longo do ápice da raiz acometida, além de uma imagem radiolúcida arredondada e o dente clinicamente apresenta-se não vital (NEVILLE et al., 2009).

Em nossa abordagem a confirmação de lesão cística periapical inflamatória se deu com o resultado histopatológico, que a definiu como possuindo um revestimento de epitélio escamoso acantótico, lâmina própria contendo moderado infiltrado inflamatório misto, com linfócitos, plasmócitos e histiócitos, espessamento fibroso, edema e reatividade capilar.

Neville et al. (2009), Martins-Filho et al. (2009), Meghji et al. (1996) definem que a fonte epitelial é comumente a partir dos restos epiteliais de Malassez, derivados da desorganização apoptótica da bainha de Hertwig. A resposta inflamatória parece aumentar a produção do fator de crescimento de ceratinócitos pelo estroma de células da região envolta do dente, levando ao aumento da proliferação de epitélio, acarretando em desenvolvimento e expansão da cavidade cística.

Cistos odontogênicos inflamatórios são tratados no consultório odontológico por enucleação, curetagem, marsupialização, retratamento endodôntico, com ou sem apicectomia, biópsia, descompressão ou fenestração. Para lesões que excedam 2 cm indica-se a cirurgia periapical, seguido de curetagem (CEDIN, 2005; MARTINS-FILHO et al., 2009; NEVILLE et al., 2009). Em nosso caso o tratamento foi realizado em nível ambulatorial e optamos pela enucleação e apicectomia em decorrência deste tratamento ser efetivo para a resolução do caso.

A enucleação é um tipo de biópsia excisional e consiste no processo através do qual se consegue a remoção total de uma lesão cística. A vantagem da enucleação é a possibilidade da realização do exame histopatológico de todo o cisto além de ser o tratamento definitivo para a lesão (HUPP, 2009).

A apicectomia consiste na remoção cirúrgica da porção apical de um dente (LEAL et al., 2005). É indicada em inúmeras situações clínicas, como: lesões periapicais persistentes ao tratamento convencional, perfurações, instrumentos fraturados, remoção de deltas apicais, presença de reabsorção externa, entre outras (BARNABÉ et al., 2004).

Leal et al. (2005) menciona que o corte da porção apical deve ser perpendicular ao longo eixo do dente, ou seja 90°, expondo assim um menor número de canalículos dentinários. No entanto, Lodi et al, (2008) relatou um caso clínico no qual em três dentes realizou o corte da porção apical em 45° em relação ao longo eixo do dente, da mesma forma como foi realizada a apicectomia em nosso caso. Lembrando que a lesão envolvia a raiz distal e o septo interdentário entre os dentes 46 e 47 levando a hipótese de cisto radicular

lateral sendo, portanto, indicada esta técnica (a apicectomia) removendo o delta apical para evitar uma possível recidiva.

Almeida-Filho et al. (2011) e Moiseiwitsch et al. (1998) ressaltam que a cirurgia paraendodôntica, ou enucleação, somente devem ser realizadas após a finalização do tratamento endodôntico convencional.

Embora a imagem tomográfica mostrasse proximidade com o canal mandibular, com risco de parestesia do nervo alveolar inferior, a cirurgia foi realizada de maneira criteriosa removendo toda a lesão sem causar dano ao nervo. Logo, não houve intercorrências e tivemos um pós-operatório dentro da normalidade.

Os cistos de origem inflamatória não recidivam após um tratamento adequado (NEVILLE et al., 2009). Ocasionalmente pode ocorrer a formação de tecido fibroso cicatricial que se apresenta radiograficamente como imagem radiolúcida em vez de neoformação óssea, especialmente quando ambas as corticais estiverem rompidas (VASCONCELOS et al., 2012).

Elementos dentais com sinais de sucesso ou insucesso evidenciam-se nos primeiros seis a doze meses de acompanhamento pós-operatório. A associação do tempo decorrido e diâmetro da cavidade óssea da lesão são determinantes nas evidências radiográficas do processo cicatricial (ALMEIDA-FILHO et al., 2011).

Jansson et al. (1997) em seu trabalho observou a diminuição progressiva da cavidade e neoformação óssea em apenas seis meses de acompanhamento pós-operatório, de forma similar ao nosso caso.

Lodi et al. (2008) menciona que o acompanhamento clínico e radiográfico desses casos geralmente é realizado em até 1 ano após o ato cirúrgico.

CONCLUSÃO

O Cisto Periapical Inflamatório é tido como o cisto mais comum que acomete a cavidade bucal.

Várias modalidades de tratamento são aplicadas para a tratamento do cisto periapical inflamatório. Tudo dependerá de sua localização, sinais e sintomas, seu tamanho, condição sistêmica e idade do paciente, proximidades com estruturas anatômicas nobres e importância clínica do dente envolvido.

Em nosso caso fizemos a enucleação total da lesão seguida de apicectomia, mas trata-se de um cisto com aspecto clínico e imaginológico diferente dos padrões de lesões de cistos periapicais inflamatórios que afetam normalmente a região do ápice do dente envolvido.

A paciente encontra-se em proervação sem relatar qualquer sinal ou sintoma e as imagens mostram neoformação óssea adequada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO et al. Cirurgia Paraendodôntica: relato de caso. **Oral Sci.** V. 3, n. 1, p. 21-25. 2011.

BARNABÉ, P. F. E.; HOLLAND R. Cirurgia paraendodôntica: como praticá-la com embasamento científico. In: ESTRELA, C. **Ciência endodôntica**. São Paulo: Artes Médicas; p. 657-797. 2004.

CEDIN, A. C. et al. Endoscopic treatment of odontogenic cyst with intra-sinusal extension. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** Rio de Janeiro, v.71, n.3, p.392-5, May./June. 2005.

CORRÊA, M. et al. Cisto Radicular Residual: Relato de Caso Clínico. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada.** v.6, n. 32, p.133-35. 2002.

GARIB, D. G. et al. Tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone beam): entendendo este novo método de diagnóstico por imagem com promissora aplicabilidade na Ortodontia. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial.** Maringá, v. 12, n. 2, p. 139-156, mar./abr. 2007.

GRAZIANI, M. **Cirurgia buco maxilo facial.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara/Koogan, 1995.

HUPP J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.** 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

JANSSON, L. et al. Relationship between apical and marginal healing in periradicular surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** V.83, p.596-601.1997.

LEAL, J. M.; BAMPA, J. U.; POLISELI, N. Cirurgias paraendodônticas: indicações, contra-indicações, modalidades cirúrgicas. In: Leonardo MR. Endodontia – **tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos.** São Paulo: Artes Médicas. p.1.263-343. 2005.

LODI et al. Cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico. **RSBO.** v. 5, n. 2. 2008.

MARTINS-FILHO, P.R.S. et al. Cisto radicular na maxila relato de caso clínico cirúrgico. **Rev ATO,** v. 4, n. 10, p. 881-889. 2009.

MASS, E.; KALPAN, F.; HISHBERG, K. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. **J Oral Pathol Med.** V. 24, p. 458-61.1995.

MEGHJI, S. et al. The role of endotoxin and cytokines in the pathogenesis of odontogenic cysts. **Archiv Oral Biol.** v. 41, p. 523-31.1996.

MOISEWITSCH, J. R.; TROPE, M. Nonsurgical root canal therapy treatment with apparent indications for rootend surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v.86, p.335- 340. 1998.

NAIR, P. N. R. et al. Experimental evidence supports the abscess theory of development of radicular cysts. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.** St. Louis, v.106, n.2, p.294-303, Aug. 2008.

NEVILLE, et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OCHSENIUS, G. et al. Odontogenic cysts. analysis of 2944 cases in Chile. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**.v.12, n.1, p. 85-91. 2007.

POLITANO, G. T. et al. Radicular cyst – case report. **Rev. Odontol.** Univ. Uninove São Paulo. São Paulo, v.8, n.1, p.129-132, 2009.

PROCKT, A. P. et al. Odontogenic cysts: Analysis of 680 cases in Brazil. **Head Neck Pathol.** Secaucus, v.2, n.3, p.150-156, Sep. 2008.

SANTOS, L. C. S. et al. Etiopatogenia do cisto radicular – parte I. **Rev. ciênc. méd. biol.** Salvador, v.5, n.1, p.69-74, jan./abr. 2006.

VASCONCELOS, et al. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções – Relato de caso. **Rev bras ci saúde.** v.16, n.3, p.467-474. 2012.

VIEIRA, E. M. M. et al. Image diagnosis of intraosseous lesion in maxillary sinus. **RGO.** Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 413-416, out./dez. 2007.