

CISTO PERIODONTAL APICAL EXTENSO EM MAXILA: RELATO DE CASO

EXTENDED APICAL PERIODONTAL CYST IN MAXILLA: CASE REPORT

Rebeca Ferreira **Moreira**^{1*}, Onaldo **Aguilar**², Thainá Araújo Pacheco **Brito**³

¹Centro Universitário UniFTC, Salvador, BA, Brasil.

²Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

*rebecaferreiramoreira@hotmail.com

RESUMO

O cisto periodontal apical representa a patologia de natureza inflamatória mais comum entre os cistos odontogênicos, correspondendo a cerca de 60% dos cistos da maxila e mandíbula. Está associado ao ápice de um dente devitalizado e geralmente é assintomático, acometendo com mais frequência a região anterior da maxila. Paciente 44 anos, leucoderma, apresentou uma lesão de grande proporção assintomática localizada em região anterior da maxila. Ao exame clínico foi possível observar aumento de volume associado ao apagamento do sulco gengivolabial, além de teste de vitalidade pulpar negativo nas unidades dentárias #13, #12, #11, #21 e #22. Radiograficamente, apresenta-se como uma imagem radiolúcida unilocular bem definida circundando os ápices das respectivas unidades dentárias. Foi realizada uma punção aspirativa, evidenciando secreção piossanguinolenta, reforçando a suspeita diagnóstica de cisto periodontal apical. Foram realizadas duas punções aspirativas por semana, durante duas semanas, seguidas de injeção intralesional de Rifocina. Após a quarta sessão, foi realizada abordagem cirúrgica para enucleação da lesão. A radiografia panorâmica pós-operatória de 45 dias evidenciou neoformação óssea. Desta forma, é possível constatar que a abordagem cirúrgica consiste em uma opção terapêutica resolutive, principalmente em lesões extensas.

Palavras-chave: Cisto Bucal. Cisto Periodontal Apical. Patologia Bucal.

ABSTRACT

The apical periodontal cyst represents the most common inflammatory pathology among odontogenic cysts, corresponding to about 60% of the maxilla and mandible cysts. It is associated with the apex of a devitalized tooth and is generally asymptomatic, affecting more frequently the anterior region of the maxilla. A 44-year-old leukoderma patient presented with a large asymptomatic lesion located in the anterior region of the maxilla. On clinical examination, it was possible to observe an increase in volume associated with the erasure of the gingivolabial fold, in addition to a negative pulp vitality test in dental units # 13, # 12, # 11, # 21 and # 22. Radiographically, it appears as a well-defined unilocular radiolucent image surrounding the apexes of the respective dental units. An aspiration puncture was performed, showing bloody secretion, reinforcing the suspected suspicion of apical periodontal cyst. The proposed treatment was two aspirations per week for 15 days followed by enucleation, the 45-day postoperative panoramic radiograph showed bone neoformation. Thus, it is possible to verify that the surgical approach consists of a resolutive therapeutic option, mainly in extensive lesions.

Keywords: Apical periodontal cyst. Oral Surgery. Oral Pathology.

INTRODUÇÃO

O cisto periodontal apical, um dos tipos de cisto radicular, é definido como uma cavidade patológica internamente revestida por epitélio e externamente por tecido conjuntivo fibroso, contendo em seu interior um material semifluido ou fluido e está associado ao ápice de um dente desvitalizado. É classificado como um cisto odontogênico inflamatório devido ao seu revestimento derivado da proliferação dos restos epiteliais de Malassez, induzido por um estímulo inflamatório, proveniente da infecção dos canais radiculares em função de uma necrose pulpar (LIN; RICUCCI; KAHLER, 2017; MARTINS *et al.*, 2018).

Os cistos radiculares correspondem a 60% dos cistos odontogênicos, sendo a região anterior da maxila a mais acometida. Observa-se predominância no gênero masculino, entre a terceira e a sexta década de vida, sendo os pacientes leucodermas mais afetados que os melanodermas numa proporção de 2:1 (JUNQUEIRA *et al.*, 2011; DANTAS *et al.*, 2014; COMIM *et al.*, 2017).

Quanto à patogenia do cisto radicular, três fases são descritas: inicial, fase de formação cística e fase de crescimento. A formação da cavidade cística origina-se a partir de um granuloma periapical preexistente devido à degeneração e morte central das células fibroblastos, fibrilas colágenas, células endoteliais e capilares (SANTOS *et al.*, 2011).

Os cistos periapicais costumam ser assintomáticos, entretanto, quando a lesão atinge grandes proporções podem ser observados sinais de sensibilidade. A ausência de resposta aos testes pulpares é uma característica de todos os cistos periodontais apicais. Radiograficamente, observa-se uma imagem radiolúcida unilocular, arredondada ou oval, circunscrita por uma linha radiopaca bem definida que envolve o ápice do dente. Tem-se observado uma dificuldade em diferenciar cisto radicular do granuloma apical na radiografia (LIN; RICUCCI; KAHLER, 2017; RESENDE *et al.*, 2017).

É necessário para o diagnóstico do cisto radicular a ausência de vitalidade pulpar da unidade envolvida. Outros métodos complementares também podem ser utilizados para o diagnóstico diferencial, como análise eletroforética, tomografia computadorizada e aspiração do conteúdo cístico. Todas as peças cirúrgicas devem ser encaminhadas ao exame histopatológico para a definição do diagnóstico definitivo (JUNQUEIRA *et al.*, 2011; LIN; RICUCCI; KAHLER, 2017). O tratamento varia desde a endodontia da unidade dentária envolvida até a abordagem cirúrgica (PINTO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso clínico de um cisto radicular de grande extensão, tratado com descompressão seguida de enucleação.

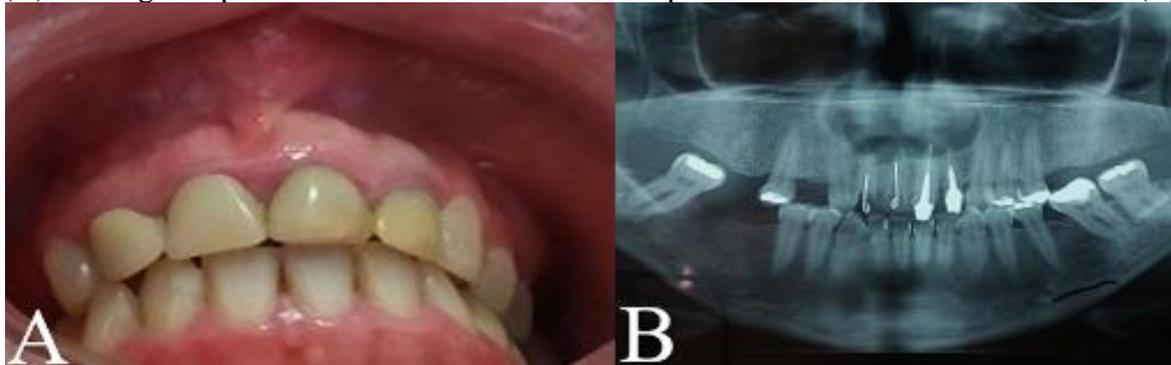
RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 44 anos, compareceu a um consultório odontológico particular na cidade de Salvador-BA queixando-se de aumento de volume na região anterior da maxila, lábio e base nasal há dois meses, evoluindo com dispneia. Ao exame físico intraoral, observou-se apagamento do sulco gengivolabial em decorrência da presença de tumefação de consistência amolecida (Figura 1a).

Ao exame intraoral, constatou-se a presença de aumento de volume na região anterior da maxila, com coloração normal da mucosa e de superfície lisa. Observou-se a presença de fístula intraoral, e com drenagem de secreção purulenta. O teste de sensibilidade deu negativo para as unidades #13, #12, #11, #21 e #22.

Na radiografia panorâmica observou-se lesão radiolúcida, unilocular, de contornos regulares, entre as unidades #13 e #22 (Figura 1b). É possível observar que o conduto radicular da unidade #12 está subobturado, pino intra-radicular inadequado na unidade #11, assim como reabsorção radicular externa nas unidades 11, 21 e 22.

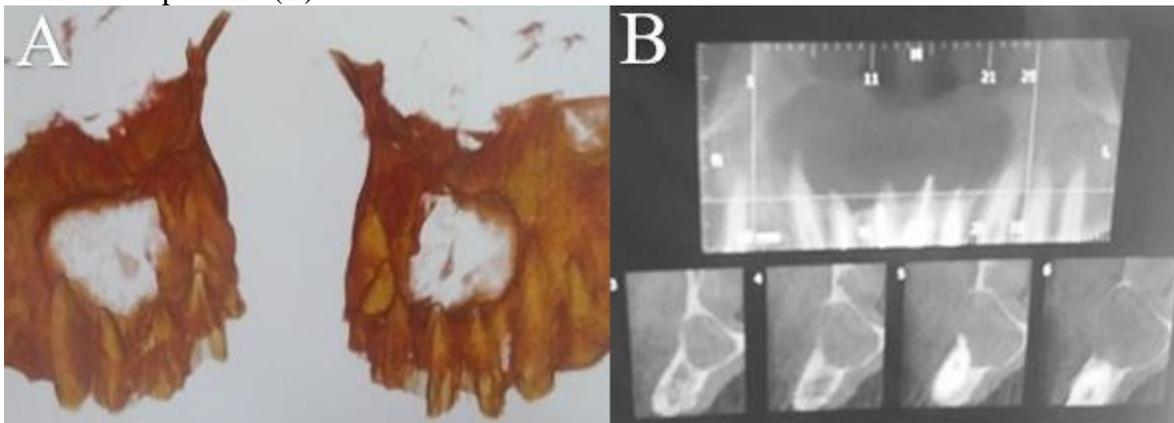
Figura 1 - Tumefação na região anterior da maxila, com apagamento do sulco gengivolabial (A). Radiografia panorâmica: lesão envolvendo os ápices dentários da unidade #13 e #22(B)



Fonte: os autores.

A tomografia computadorizada 3D evidenciou uma lesão extensa em região anterior da maxila, sem comprometimento de fossa nasal ou seio maxilar. Os contornos são regulares, com limites parcialmente definidos, medindo cerca de 3,4 x 3,1 x 0,5 cm (Figura 2a e 2b).

Figura 2 - Tomografia 3D da maxila, mostrando os limites da lesão (A). Tomografia computadorizada evidenciando o tamanho da lesão e envolvimento das tábuas ósseas vestibular e palatina (B)



Fonte: os autores.

Foi realizada uma punção aspirativa com seringa de 20ml para verificar a natureza do conteúdo da lesão, tendo como resultado 15ml de conteúdo purulento e sanguinolento, sendo a hipótese diagnóstica de cisto periodontal apical extenso. A abordagem terapêutica foram quatro punções aspirativas (sendo duas por semana) utilizando uma seringa de 20 ml com agulha 40 x 12, promovendo diminuição da pressão osmótica, seguidas de injeção intralesional de Rifocina, com a finalidade de evitar complicações infecciosas no local. Na última seção, notou-se presença de conteúdo líquido, que foi coletado e encaminhado ao laboratório para a realização de cultura com antibiograma, evidenciando resultado negativo. A paciente foi então submetida à enucleação da lesão (Figuras 3a, 3b e 3c), sendo a peça encaminhada para análise histopatológica.

O exame histopatológico evidenciou fragmentos de cápsula cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado, exibindo diversos corpúsculos de Rushton irregulares. A cápsula era constituída de tecido conjuntivo fibroso com densidade variável, bem vascularizada e exibindo um infiltrado inflamatório crônico. Diante destes achados foi emitido o diagnóstico histopatológico de cisto periodontal apical.

Um novo teste térmico com Endo Ice spray foi realizado nos elementos dentários envolvidos evidenciando ausência de vitalidade pulpar nos elementos 11, 12, 13, 21 e 22. A paciente foi orientada sobre a necessidade de realizar o tratamento endodôntico das unidades envolvidas.

Figura 3 - Transoperatório de enucleação cística



Notas: Retalho semilunar para acesso à lesão (A). Loja cirúrgica após enucleação (B). Síntese do retalho, proporcionando fechamento por primeira intenção (C).

Fonte: os autores.

Foi realizada radiografia panorâmica com 45 dias de pós-operatório, onde foi possível observar radiopacidade compatível com neoformação óssea na região (Figura 4). A paciente encontra-se em acompanhamento e preservação com a equipe.

Figura 4 - Radiografia panorâmica (controle 45 dias)



Fonte: os autores.

Nota: Imagem sugestiva de neoformação óssea.

DISCUSSÃO

O cisto periodontal apical comporta-se como uma resposta inflamatória devido uma infecção dos canais radiculares. Radiograficamente, a imagem é descrita como radiolúcida circunscrita, oval, envolvendo o ápice do dente desvitalizado (KESHARWANI *et al.*, 2020). Dados epidemiológicos mostram que as mulheres acima da terceira década de vida são mais acometidas, com prevalência da região maxilar de 52% a 68% (DANTAS *et al.*, 2014; LIN; RICUCCI; KAHLER, 2017). Estas informações coincidem com o diagnóstico, localização da lesão e idade da paciente do caso relatado.

O tratamento do cisto radicular é amplamente discutido, sendo alternativas o tratamento endodôntico com ou sem apicectomia, extração do dente envolvido, descompressão, marsupialização ou enucleação com fechamento primário, por exemplo. O tratamento de escolha depende de uma série de fatores como tamanho e localização da lesão, proximidade do cisto aos dentes vitais e estruturas nobres adjacentes (canal alveolar inferior, forame mental, forame infraorbitário, cavidade nasal e seio

maxilar), assim como também o comportamento do cisto, sua agressividade e expansão. Vale ressaltar que a tomografia computadorizada é uma importante aliada que auxilia na identificação desses aspectos (JUNQUEIRA *et al.*, 2011; ABOULHOSN *et al.*, 2019).

Na patogenia do cisto radicular são consideradas três fases. Os mecanismos envolvidos ainda não são amplamente conhecidos, entretanto, na fase inicial, os agentes infecciosos bacterianos irritam o periápice dando origem ao granuloma periapical. Por outro lado, durante a deposição de dentina radicular a bainha epitelial de Hertwig desorganiza-se, deixando os restos epiteliais de Malassez. A presença de citocinas inflamatórias parece estimular a divisão dessas células epiteliais a fim de separar o estímulo inflamatório do osso circundante (LIN; RICUCCI; KAHLER, 2017; CARVALHO *et al.*, 2020).

Na fase de formação cística a região central do granuloma acaba por não receber os nutrientes necessários para o metabolismo da lesão, o que desencadeia a degeneração e morte das células provocando uma cavidade no interior do tecido proliferativo. O crescimento da lesão resulta no aumento da pressão osmótica, fazendo com que os produtos da necrose e descamação epitelial levem ao acúmulo das proteínas albuminas no interior da cavidade cística, promovendo a atração de líquidos dos espaços teciduais para dentro da cavidade (OLIVEIRA *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2020).

Na fase de crescimento o aumento intersticial que comprime a parede fibrosa cística, os vasos sanguíneos e as células, resultando no estresse metabólico e mecânico. Isso resulta na liberação de produtos derivados do ácido araquidônico, como as prostaglandinas, sendo importantes indutores de reabsorção óssea periférica. Com essa reabsorção óssea o cisto se estabiliza, a pressão hidrostática diminui, retomando um novo ciclo de acúmulo de proteínas, atração de líquidos e nova reabsorção óssea periférica (CARVALHO *et al.*, 2020; GUARALDI; HERINGER, 2020).

Os cistos verdadeiros são lesões que possuem epitélio de revestimento completo, e a cavidade cística encontra-se desvinculada dos dentes. São lesões autossustentadas e é improvável que ocorra sua reparação apenas com o tratamento endodôntico, necessitando de complementação cirúrgica, principalmente, nos casos em que o tratamento endodôntico não promoveu reparo tecidual. Quando escolhida como forma de tratamento a exodontia da unidade envolvida, deve-se sempre realizar a curetagem dos tecidos apicais (JUNQUEIRA *et al.*, 2011; LIN; RICUCCI; KAHLER, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2020).

Neste caso, a abordagem conservadora foi preconizada através da punção aspirativa pois um dreno para manutenção da janela cirúrgica poderia causar incômodo para o paciente, além de tornar-se um sítio para acúmulo de placa bacteriana, e antiestético no caso da paciente em questão. A descompressão destaca-se no âmbito cirúrgico para o tratamento de grandes lesões; ela pode reduzir a pressão interna com a retirada de fluido da lesão, desencadeando a redução gradativa da lesão. Costuma ser realizada quando existe risco para as estruturas nobres adjacentes (RODRIGUES *et al.*, 2017; ABOULHOSN *et al.*, 2019; GUARALDI; HERINGER, 2020).

O tratamento instituído no presente caso mostrou-se satisfatório, uma vez que houve reparo ósseo constatado na radiografia panorâmica de controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As lesões periapicais são comumente encontradas na prática clínica do cirurgião-dentista. Por isso, o profissional deve estar apto para detectar e tratar essas lesões, sendo imprescindível uma anamnese detalhada, conhecimento das características clínicas, radiográficas, histopatológicas e etiopatogenia da doença. Podemos considerar que o tratamento instituído foi satisfatório, minimizando o risco de danos às estruturas anatômicas, além de facilitar o mecanismo de reparo ósseo.

REFERÊNCIAS

- ABOULHOSN, M. *et al.* Decompression and enucleation of a mandibular radicular cyst, followed by bone regeneration and implant-supported dental restoration. **Case Reports in Dentistry**, v. 2019, p. 1-8, 2019.
- CARVALHO, G. A. O. *et al.* Etiopathogenesis and diagnosis of inflammatory odontogenic cysts: literature review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-21, 2020.
- COMIM, L. *et al.* Cisto periapical de grandes proporções na região anterior da maxila: Relato de caso. **Salusvita**, v. 36, n. 2, p. 501-508, 2017.
- COSTA, G. P. *et al.* Enucleação de cistoperiapical associado a tratamento endodôntico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 9, p. 1-5, 2020.
- DANTAS, R. M. X. *et al.* Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 14, n. 3, p. 21-26, 2014.
- GUARALDI, K. S.; HERINGER, E. M. Tratamento do cisto periapical pela técnica de marsupialização. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 1, n. 2, p. 1-20, 2020.
- JUNQUEIRA, R. B. *et al.* Tomografia computadorizada de feixe cônico como instrumento complementar de diagnóstico e planejamento cirúrgico de cisto radicular: relato de um caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 40, n. 6, p. 338-343, 2011.
- KESHARWANI, P. *et al.* Massive radicular cyst involving multiple teeth in pediatric mandible- A case report. **Journal of family medicine and primary care**. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 2, p. 1253-1256, 2020.
- LIN, L. M.; RICUCCI, D.; KAHLER, B. Radicular cysts review. **JSM Dental Surgery**, v. 2, n. 2, p. 1011-1017, 2017.
- MARTINS, A. K. *et al.* CISTO PERIAPICAL: REVISÃO. **Anais de Odontologia**, v. 3, n. 1, p. 11-12, 2018.
- MENDONÇA, D. W. R. *et al.* Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 8, p. 1-5, 2017.
- OLIVEIRA, D. H. I. P. *et al.* Cisto residual com grande dimensão: relato de caso e revisão da literatura. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 11, n. 2, p. 21-26, 2011.
- PINTO, G. N. S. *et al.* Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 3, p. 361-366, 2016.
- RESENDE, M. A. P. *et al.* Tratamento cirúrgico e conservador de cisto periapical de grande proporção: relato de caso. **HU Revista**, v. 43, n. 2, p. 191-196, 2017.
- RODRIGUES, J. T. *et al.* Influence of surgical decompression on the expression of inflammatory and tissue repair biomarkers in periapical cysts. **Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 124, n. 6, p. 561-567, 2017.

SANTOS, L. C. S. *et al.* Histopathological study of radicular cysts diagnosed in a Brazilian population. **Brazilian Dental Journal**, v. 22, n. 6, p. 449-454, 2011.

SILVA, R. N. F. *et al.* Tratamento de cisto radicular de grande extensão: relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 27, n. 80, p. 52-56, 2018.