

ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CISTO PERIAPICAL INFECTADO EM REGIÃO MAXILAR: RELATO DE CASO

SURGICAL APPROACH OF INFECTED PERIAPICAL CYSTIN MAXILLARY REGION: CASE REPORT

RAMON DOS SANTOS NASCIMENTO¹
NÍVEA VILELA ALVES²
BRÁULIO CARNEIRO JÚNIOR³
CHRISTIANO SAMPAIO QUEIROZ⁴
ANDRÉ SAMPAIO SOUZA⁵

RESUMO

Cistos Periapicais são proliferações dos restos epiteliais de Malassez em decorrência do processo desenvolvimento ou inflamatório devido necrose pulpar. Apresenta-se no início de forma assintomática, e dependendo da sua evolução pode levar a expansão da corticais e reabsorção óssea. Ao exame de imagem se apresentam como uma área radiotransparente bem delimitada, circunscrita por halo radiopaco geralmente associado a região apical de uma ou mais unidades dentárias. O objetivo desse trabalho é relatar abordagem cirúrgica de enucleação e curetagem de um cisto periapical em região maxilar.

UNITERMOS: Cirurgia Bucal, Estomatologia, Cisto Odontogênico, Cisto Periapical.

Os cistos são caracterizados como cavidades patológicas revestidas frequentemente por epitélio, possuindo conteúdo líquido ou semi-líquido, sendo classificados em central quando é localizada em osso ou periférica quando é em tecido mole¹. Lesões císticas são frequentemente encontradas na prática odontológica. São remanescentes da lâmina dentária ou órgão do esmalte e são classificadas como cisto inflamatório ou desenvolvimento².

O epitélio comumente são os restos epiteliais de Malassez, sendo em seu interior desorganizado devido reação do sistema imunológico causando necrose da bainha Hertwin ou podendo ser derivado do epitélio crevicular, ao revestimento sinusal³.

Apresenta predileção pelo gênero masculino, entre 20 a 40 anos de idade, sendo mais prevalente em branco do que em negros, acometendo com maior frequência na região posterior da maxila⁴.

No exame radiográfico, o cisto periapical apresenta-se com uma imagem radiotransparente unilocular, bem delimitada com halo radiopaco^{9,11,17}. Em lesões extensas, clinicamente, observamos tumefação, mobilidade e descolamento dentário¹. O planejamento e método utilizado para tratamento de lesões cística é a enucleação com curetagem, representando vantagens sobre demais técnicas, porque representa redução mais rápida da lesão, tendo uma cicatrização óssea melhor, devido baixa taxa de recidiva^{1,6,2}.

O presente trabalho tem como objetivo relatar abordagem cirúrgica para enucleação e curetagem em conjunto a exodontia da unidade comprometida.

RELATO DE CASO:

Paciente D.S.S, gênero feminino, faioderma,

¹ Cirurgião-Dentista e membro da Liga Acadêmica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial- LABUCO pelo centro universitário Ruy Barbosa, Salvador-BA, Brasil.

² Cirurgião-Dentista e membro da Liga Acadêmica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial- LABUCO pelo centro universitário Ruy Barbosa, Salvador-BA, Brasil.

³ Preceptor do programa de residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia- UFBA/ HSA-OSID, Professor Doutor do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Salvador-BA, Brasil.

⁴ Preceptor do programa de residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia- UFBA/ HSA-OSID, Professor Doutor do curso de Odontologia do Centro Universitário Ruy Barbosa e orientador da LABUCO, Salvador-BA, Brasil.

⁵ Preceptor do programa de residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia- UFBA/ HSA-OSID, Salvador-BA, Brasil

32 anos de idade, compareceu à clínica escola do curso de odontologia do centro universitário Ruy Barbosa, queixando-se de aumento de volume na região da maxila, lado esquerdo após retratamento endodôntico. Exame físico, de palpação foi observado aumento de volume na região de PMSE, sintomatologia dolorosa e coloração da mucosa normal. Ao exame radiográfico (fig.1), observou-se área radiopaca sugestivo de tratamento endodôntico, na região apical, observou-se área radiotransparente circunscrita com halo radiopaco envolvendo a região apical da unidade dentária 24, sugestivo de cisto inflamatório



Figura 1. Radiografia Periapical Inicial.

Para uma melhor avaliação do tratamento endodôntico e possível fratura radicular, foi solicitado ao paciente Tomografia computadorizada feixe cônico (TCFC) da unidade 24 (FOV limitado).

No exame TCFC, observou-se perda de volume coronário, tratamento endodôntico parcial, discreta imagem sugestiva de fratura em terço apical da raiz vestibular, hipodensidade perirradicular com rompimento da cortical vestibular. Sendo assim, diagnosticado a inviabilidade de preseervação da unidade dentária envolvida foi programado a exodontia da unidade em conjunto com enucleação e curetagem da lesão.

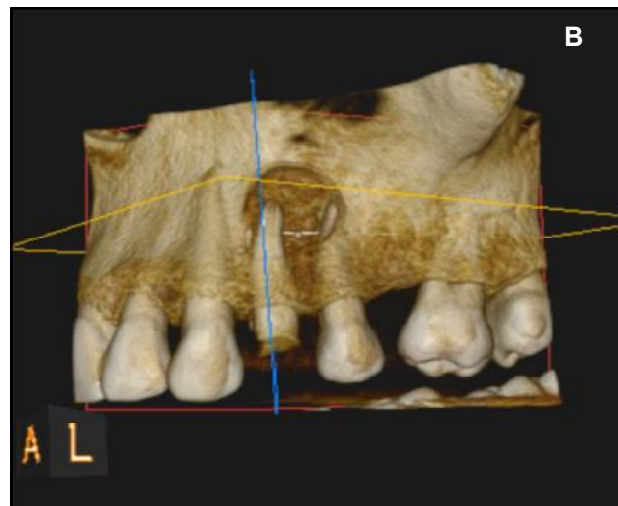
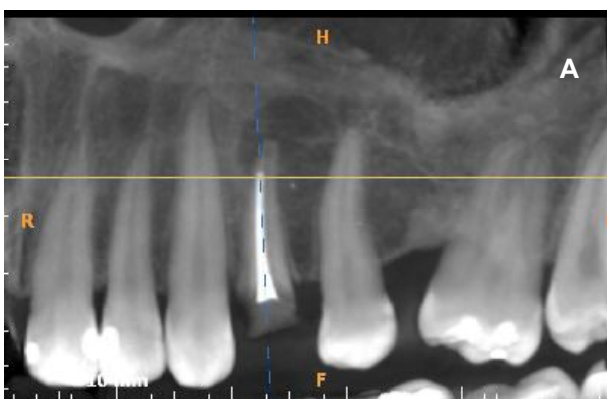


Figura 2. Tomografia computadorizada: 2.a: Tratamento endodôntico parcial; 2.b: Área hipodensa perirradicular com rompimento da cortical vestibular.

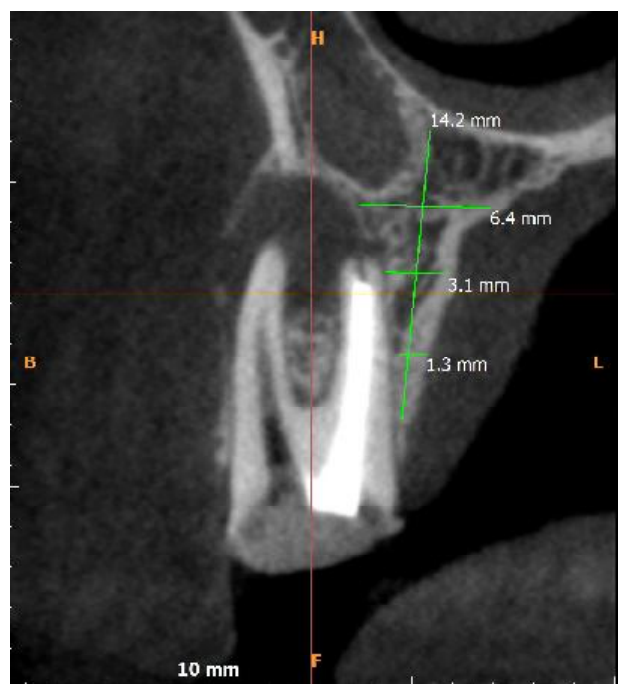


Figura 3. Tomografia computadorizada: Discreta imagem sugestiva de trinca radicular na altura do terço apical, da raiz vestibular.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Realizado antissepsia com clorexidina 2% extra-oral e bochecho com clorexidina 0,12% intra-oral por um minuto, seguida da colocação do campo cirúrgico esterilizado. Realizada anestesia regional dos nervos (Nervo Alveolar Superior Médio e Nervo Alveolar superior Anterior) e infiltrativas. Foi realizada uma incisão trapezoidal com relaxante na mesial do dente 2.7, descolamento mucoperiosteal, exodontia da unidade dentária 2.4, e desbridamento do alvéolo do dente 2.4 (curetagem da lesão e irrigação com soro fisiológico). No trans-cirúrgico notou-se lesão de aparência cística de formato irregular, com coloração marrom ao alvéolo do dente 2.4,

apresentando coleção purulenta no momento do descolamento mucoperiosteal e em seu interior de consistência amolecida, com coloração acastanhado e não sangrante, Foi realizado a enucleação/ curetagem total da lesão (biópsia excisional), a peça cirúrgica foi fixada em formol 10% e encaminhada para análise anatomopatológico.



Figura 4. Aspecto Inicial.



Figura 5. Coleção purulenta.



Figura 6. Aspecto transcirúrgico da lesão.



Figura 7. Exodontia unidade 24.



Figura 8. Resto radicular.



Figura 9. Loja cirúrgica após a enucleação com curetagem da lesão.



Figura 10. Peça cirúrgica foi fixada em formol 10%.

A paciente foi instruída aos cuidados pós-operatório, higiene bucal, repouso e alimentação. A medicação prescrita foi Dipirona Sódico 1g de 8 em 8 horas, durante 2 dias na presença de dor. Sutura foi removida no sétimo dia de pós-operatório.

No estudo anatomo-patológico observou-se: As secções mostram parede fibrosa cística revestida por epitélio escamoso estratificado ora atrófica ora hiperplasiado, disposto por vezes em arcos interconectantes, sem atipias e com exocitose leucocitária. Há também tecido de granulação e inflamação crônica marcantes. Fendas de colesterol e reação gigantomielocelular tipo corpo estranho e esclerose óssea também são vistas. Conclui-se, cisto radicular com reação gigantomielocelular tipo corpo estranho, confirmando suspeita diagnóstica de cisto periapical.

Atualmente, a paciente encontra-se em acompanhamento sem apresentar sinais de recorrência e com exames de imagem apresentando neoformação óssea.



Figura 11. Sutura Simples.



Figura 12. Fotografia mostrando o pós-operatório de 07 dias, durante a remoção de sutura.



Figura 13 e 14. Aspecto Pós-operatório (60 dias). Exame Tomográfico, corte Axial na região da maxila.

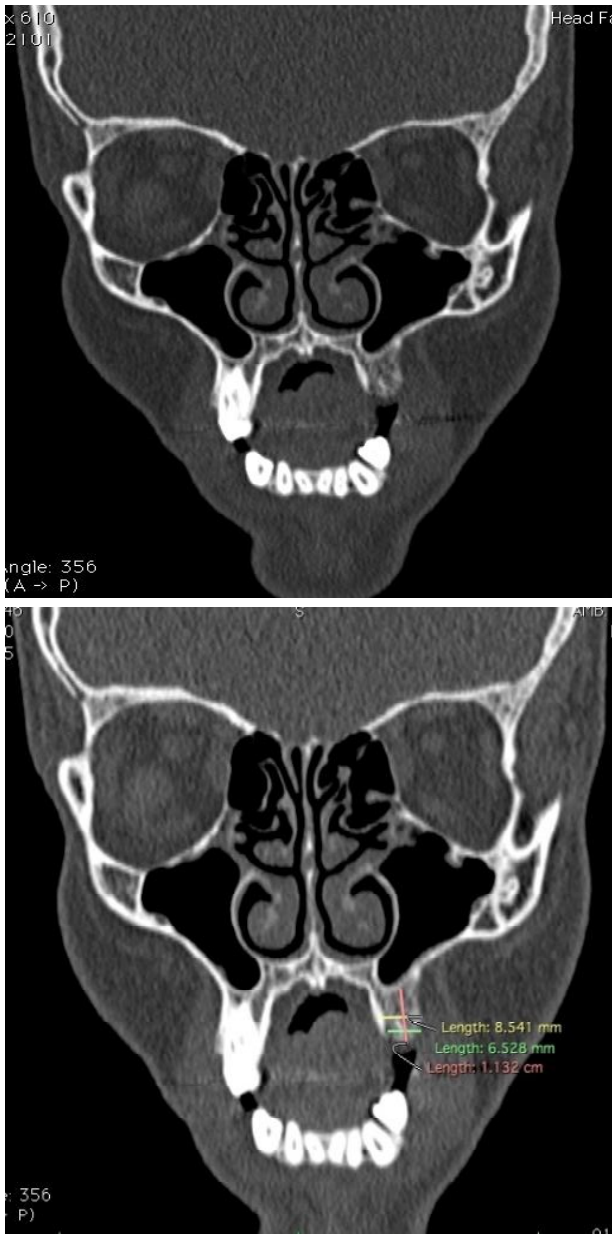


Figura 15. Tomografia computadorizada (corte Coronal). 2. b: Avaliação da formação óssea (osteoblasto) na região PMSE, Altura 1.132cm e espessura 8.541mm.

DISCUSSÃO:

O cisto periapical localiza-se no ápice do dente necrosado, com maiores incidências na região maxilar, depois na região anterior da maxila, seguida pela região maxilar posterior, região posterior da mandíbula e região anterior da mandíbula. Os cistos com longa evolução clínica podem ser observados radiograficamente a reabsorção radicular do dente envolvido e reabsorção das raízes dos dentes vizinhos^{7,8}.

O cisto periapical tem maior prevalência pelo gênero masculino, acometendo em maior proporção a região posterior de maxila^{9,1}. Neste relato de caso, a paciente era do gênero feminino e a região afetada foi a região posterior da maxila, semelhante ao relato De Nogueira et al., 2014.

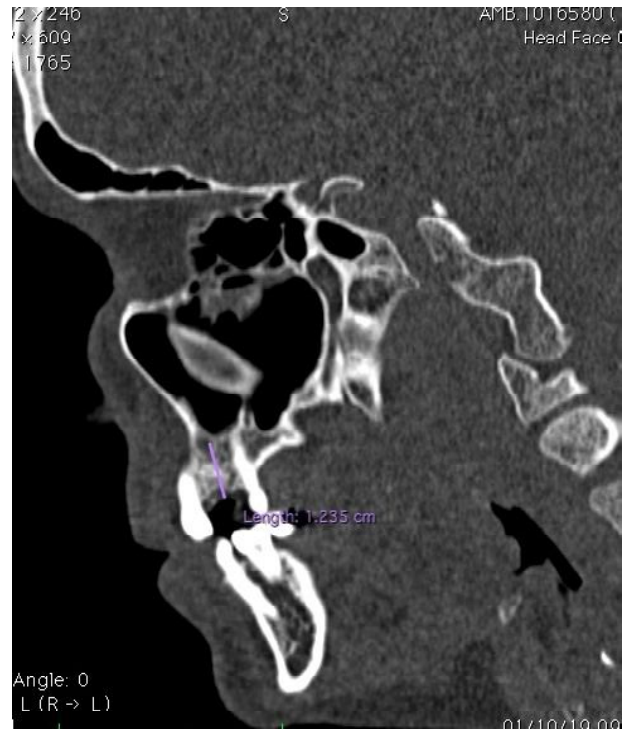


Figura 16. Tomografia computadorizada (corte sagital). Análise do diâmetro.

Quando o cisto periapical apresenta-se radiograficamente com pequena dimensão o diagnóstico diferencial pode ser confundido com granuloma periapical, já outros autores afirmam que radiograficamente não é possível fazer diagnóstico diferencial⁹.

Radiograficamente, o cisto periapical apresenta-se como imagem radiolúcida, circunscrita com halo radiopaco, unilocular com tamanho variável. Os aspectos radiográficos encontrados neste relato de caso estão de acordo com os aspectos radiográficos encontrado na literatura¹⁴.

Histologicamente, apresenta-se parede fibrosa cística revestida por epitélio escamoso estratificado, cápsula fibrosa com regiões de infiltrado inflamatório e cristais de colesterol¹. No presente relato de caso, observou-se parede fibrosa cística revestida por tecido epitelial estratificado, exocitose, área com esclerose óssea e ilhas e epitélio odontogênico.

Alguns autores relatam que os cistos na região maxilares podem ser tratados através das técnicas cirúrgicas seguintes: Enucleação, marsupialização e enucleação com curetagem^{10,9,11,1}. A marsupialização é indicada quando lesão é grande e compromete estruturas nobres, como NAI ou seio maxilar, diminuindo a possibilidade de injúria as estruturas nobres, tendo como desvantagens um local sempre infectado devido acúmulo de resto de alimentos na região, saliva e odor na região¹¹. A técnica enucleação com curetagem se mostra uma técnica mais eficaz, eliminando a lesão cística, menor chance de recidivas, tornando-se o tratamento mais indicado e utilizado para remoção da lesão cística e devem ter o acompanhamento regular do paciente^{6,13}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso abordou o tratamento cirúrgico de um cisto periapical inflamatório, lesões relativamente comuns na rotina do Cirurgião-Dentista e que, podem atingir grandes proporções se não diagnosticada e tratadas corretamente. Desta forma, torna-se importante a realização de exames radiográficos na rotina odontológica. O sucesso no tratamento de cisto periapical depende de um excelente exame clínico e um correto planejamento do caso, além dos conhecimentos da técnica cirúrgica e da anatomia cabeça e pescoço.

ABSTRACT:

Periapical cysts are proliferations of the epithelial remains of Malassez due to the development or inflammatory process due to pulp necrosis. It presents at the beginning asymptomatic, and depending on its evolution may lead to cortical expansion and bone resorption. Imaging studies present as a well-defined radiotransparent area, circumscribed by a radiopaque halo generally associated with the apical region of one or more dental units. The objective of this study is to report a surgical approach of enucleation and curettage of a periapical cyst in the maxillary region.

UNITERMS: Oral Surgery, Stomatology, Odontogenic Cyst, Periapical Cyst.

REFERÊNCIAS:

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. 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.
3. Leonardo MR, Leal JM. Endodontia: tratamento de canais radiculares. São Paulo: Editorial Médica Panamericana. 1998; p.94-100.
4. Oliveira DHIP, Lima ENA, Araújo CRF, Germano AR, Medeiros AMC, Queiroz LMG. Cisto residual com grande dimensão: relato de caso e revisão de literatura. Ver. Cir traumol buco-maxilo-fac. 2011; 11(2):21-6.
5. Stuart C. White, Michael J. Pharoah. Radiologia Oral - Fundamento e Interpretação. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
6. Martins R. et al. Comparative immunoeexpression of ICAM-1, TGF- β 1 and ki-67 in periapical and residual cysts. Medicina Oral Patología Oral y Cirurgia Bucal, v. 22, n. 1, p. 0–0, 2016.
7. Freitas A de, Rosa JE, Sousa IF. Radiologia odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000; p.386-91; 431-33; 468-9.
8. Araújo A, Gabrielli MFR, Medeiros PJ. Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. São Paulo: Livraria Santos; 2007.
9. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia oral: correlações clínico patológicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000; p.260-2.
10. Shear M. Cistos da região bucomaxilofacial. São Paulo: Santos. 1999; p.94-100.
11. PetersoLJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea, 4 ed, Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
12. Nogueira AS, Sampieri MBS, Gonçalves ES, Gonçalves AGB, Soares ECS, Simultaneous occurrence of dentigerous cyst and residual cyst. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80(1):88-9.
13. 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.
14. Sridevi K, Mandan SRKN, Ratnakar P, Sirikrishna K, Pavani BV. Residual cyst associated with calcification in elderly patiente. J Clin Diagn Res. 2014;8(2):246-9.
15. Mahajan AD. et al. Unicystic ameloblastoma arising from a residual cyst. BMJ Case Reports, v. 2014, p. 1–4, 2014.
16. 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.
17. Rocha ATM, Dantas BPSS, Dultra JA. Aspectos tomográfico do cisto radicular: relato de dois casos clínicos. Revista Odontológica de Araçatuba, v.40, n.1, p. 47-51, 2019.
18. Palma LF, Gonnelli FAS, Santos, JL, Wisniewski, ACTC, Fernandes, FRC. Estudo epidemiológico de 581 biópsias realizadas em uma clínica odontológica universitária no período entre 2001 e 2010. Rev Paul Odontol 2015; 37(2):37-42.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

RAMON DOS SANTOS NASCIMENTO
Centro Universitário UniRuy
Avenida Luis Viana Filho, nº 3230, Paralela,
Salvador/Ba
ramonsantos110694@gmail.com

