

# Ciência Atual

Revista Científica  
Multidisciplinar das  
Faculdades São José

2017

Volume 9 | Nº 1



FACULDADES  
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

**PAULA MAURO BOTELHO**

Pós graduanda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – FSJ

**DANIELLE DARZE ABADDE BARBOSA**

Pós graduanda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – FSJ

**LUCAS CARNEIRO COSTA**

Pós graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – FSJ

**JOSÉ LUIZ GONZALEZ**

Especialista Bucomaxilofacial e Chefe do Serviço de BucomaxiloFacial do Hospital Municipiopl Salgado Filho

**RAFAEL MEIRA PIMENTEL**

Doutorando e Mestre em Odontologia; Coordenador da Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial – FSJ, Especialista Bucomaxilofacial

## RESUMO

Estímulos da inflamação nos tecidos epiteliais, pode formar um cisto revestido por epitélio, denominado cisto periapical. A resposta inflamatória aumenta o fator de crescimento de algumas células, como os ceratinócitos levando ao aumento da proliferação desse epitélio, formando uma cavidade patológica, circundada por epitélio com uma cápsula constituída de tecido conjuntivo, que em seu interior encontra-se um material fluido ou semissólido. A partir dessas análises, esse trabalho objetiva relatar o caso de uma lesão perirradicular na maxila associado às raízes dos elementos dentários 21, 22, 23 com diagnóstico definitivo de Cisto Periapical associado ao tratamento cirúrgico após tratamento endodôntico sem eficácia no controle da lesão cística e pelo seu íntimo contato com a fossa nasal. O tratamento proposto foi a enucleação e curetagem que, conforme diversos autores, evidencia-se como uma terapêutica segura e exitosa para o tratamento desse tipo de lesão.

## ABSTRACT

Stimuli of inflammation in the epithelial tissues, may form a cyst coated by epithelium, called periapical cyst. The inflammatory response increases the growth factor of some cells, such as keratinocytes leading to increased proliferation of this epithelium, forming a pathological cavity, curved by epithelium with a capsule constituted of connective tissue, that inside is a fluid material or semi-solid. From these analyzes, this work aims to report the case of a periradicular lesion in the maxilla associated with the roots of dental elements 21, 22, 23 with definitive diagnosis of periapical cyst associated with surgical treatment after endodontic treatment without efficacy in the control of cystic lesion and his intimate contact with the nasal fossa. The proposed treatment was enucleation and curettage, which, according to several authors, is evidenced as a safe and successful therapy for the treatment of this type of lesion.

## INTRODUÇÃO

Em geral, o Cisto Periapical é assintomático, com exceção para os casos em que exista uma resposta inflamatória aguda. Além disso, em virtude do tamanho que o cisto possa expandir, pode gerar uma tumefação ou sensibilidade leve na região. Com o crescimento do mesmo, pode ocorrer mobilidade e deslocamento dos elementos adjacentes. O elemento dentário causador da inflamação, possui resposta pulpar negativa frente ao teste térmico e elétrico.

A imagem radiolúcida dos cistos periapicais é relacionada com a imagem do granuloma apical, porém os cistos atingem tamanhos maiores que os granulomas. Nesse sentido, o tamanho e a forma não podem ser considerados critérios para o diagnóstico definitivo<sup>1</sup>.

Os cistos podem ser divididos em: cistos em bolsa ou cistos verdadeiros, sendo que os cistos em bolsa respondem ao tratamento endodôntico, enquanto os cistos verdadeiros somente podem ser tratados através da cirurgia perirradicular<sup>2</sup>.

## ETIOPATOGENIA DOS CISTOS PERIAPICAIS

Os cistos perirradiculares são os cistos odontogênicos mais comuns<sup>5</sup>. Histopatologicamente, são compatíveis com cistos de origem inflamatória<sup>1</sup>. Alguns autores afirmam que os cistos são oriundos de um granuloma apical relacionando-os à presença de restos epiteliais de Mallassez<sup>1,4</sup>.

A fonte epitelial provém dos restos epiteliais de Mallassez e a fonte da inflamação pode ser a necrose pulpar ou doença periodontal.

Diversas teorias tem sido discutidas como a possível causa de formação de cistos apicais. A primeira delas é a deficiência nutricional, que defende que a proliferação das ilhas de células epiteliais, as células localizadas no centro ficam longe da fonte de nutrição, sofrendo degeneração e necrose por liquefação dando início a cavidade cística. A segunda teoria defende que quando ocorre um abscesso no tecido conjuntivo, as células epiteliais se organizam e envolvem a área infectada formando a cápsula do cisto. A última teoria é a da fusão das células epiteliais. As células epiteliais, presentes na região perirradicular, irão se desenvolver e unir formando um enredo epitelial contendo no seu interior tecido conjuntivo, que quando degenerado, dará início a formação do cisto<sup>6</sup>. Ainda não são claras as explicações para a formação do cisto, no entanto sabe-se que os tratamentos disponíveis são capazes de eliminar a lesão cística promovendo o reparo da região perirradicular.

## CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma, do sexo masculino, E.C.A, 44 anos, sem comorbidades, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) relatando aumento de volume ao longo de um ano, em região maxilar e da parede lateral do nariz à esquerda, parageusia, e que havia sido orientado pelo seu dentista a tratar endodonticamente os três elementos dentários 21, 22 e 23. Ao exame de imagem panorâmica que o paciente levou consigo na consulta, notava-se a alteração perirradicular. O paciente realizou o tratamento endodôntico. Após alguns meses, relatou o aumento de volume na mesma região extra oral e retornou ao endodontista, onde foi acessado novamente os canais radiculares, os mantendo abertos devido a alteração ainda persistente no exame de imagem e à tumefação na região.

Os canais se mantiveram abertos e o mesmo relatou drenagem espontânea e parageusia sem melhora. Ao exame clínico, apresentava tumefação leve intra oral em fundo de vestibulo em região anterior direita da maxila, na área dos elementos dentários envolvidos e relatou sensibilidade.

Foram solicitados Tomografia Computadorizada e exames laboratoriais no momento da consulta. Após a análise dos exames realizados no próprio hospital, verificou-se uma lesão perirradicular de aproximadamente 3 cm em região anterior de maxila direita estendendo-se em direção à fossa nasal.

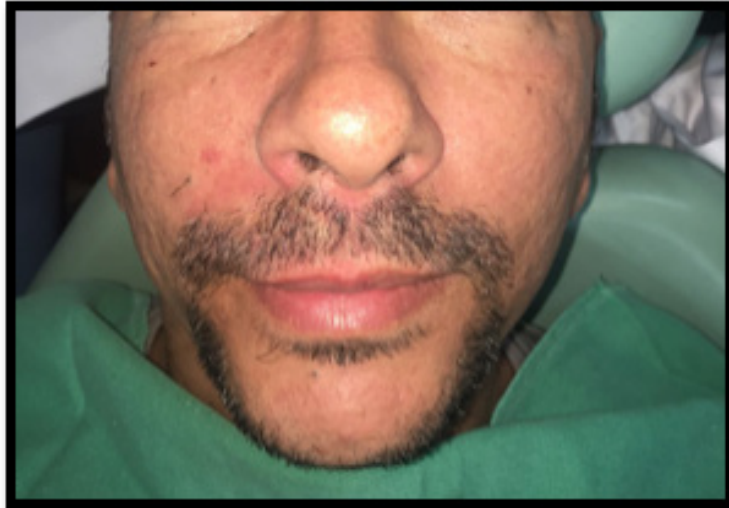


Figura 1: Extra oral - Paciente após um mês de drenagem espontânea pelos canais radiculares. (Fonte: Autor)

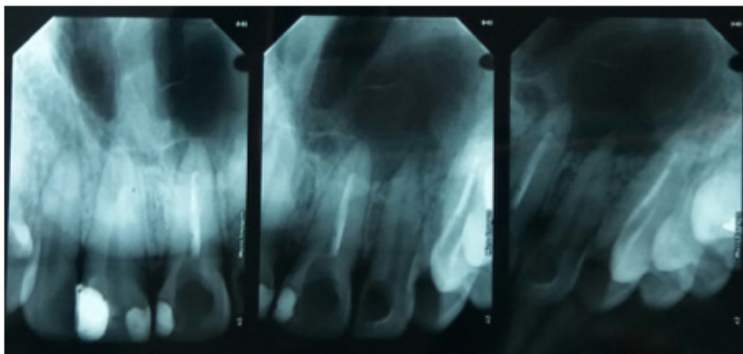


Figura 2. Radiografia periapical inicial indicando localização e extensão da lesão

## TRATAMENTO PROPOSTO

De acordo com o insucesso do tratamento endodôntico ao regredir à lesão, foi proposto ao paciente a Enucleação da lesão cística.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local, com lâmina de bisturi nº 15 realizando uma incisão semilunar acima da gengiva inserida em região dos elementos 21, 22 e 23. Após descolamento do tecido e periosteio, acessou-se o ponto da lesão, Com a cureta de lucas foi descolada a lesão das paredes da maxila, em direção côncava, a fim de remover as fibras aderidas à cavidade. Com o auxílio da pinça Adson e do bisturi, foi sendo removida a lesão cística por completa da cavidade. O material removido foi acondicionado em frasco contendo formol a 10% e, posteriormente, enviado para o exame histopatológico, juntamente com a ficha de biópsia. A cavidade foi curetada e irrigada com soro fisiológico 0,9%. O retalho mucoperiosteio foi reposicionado e realizada a síntese tecidual com fio absorvível (ácido poliglicólico 3-0) através de sutura contínua festonada.

O paciente foi instruído quanto aos cuidados pós operatórios que dizem respeito à higiene oral, repouso e alimentação. Foi prescrito ao mesmo, antibioticoterapia, analgésico, e bochecho com Clorexidina 0,12%. A sutura foi removida no sétimo dia de pós operatório.

Atualmente o paciente se encontra com um mês de proervação. O exame histopatológico teve como resultado cisto periapical.

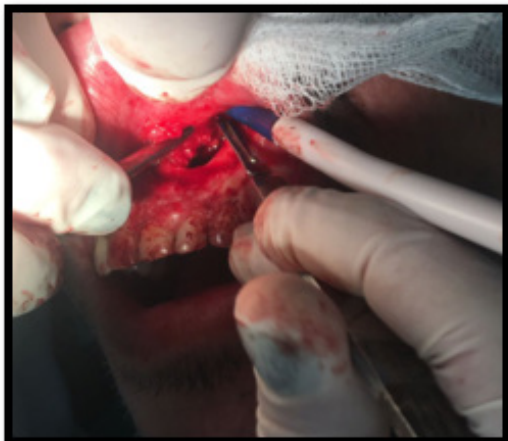


Figura 3. Trans-cirúrgica – Incisão semilunar



Figura 4. Trans-cirúrgica – Enucleação da lesão acima da gengiva inserida



Figura 5: Trans-cirúrgica – Cavidade após enucleação

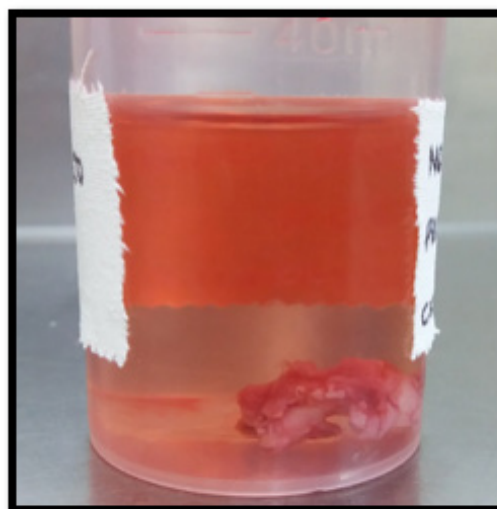
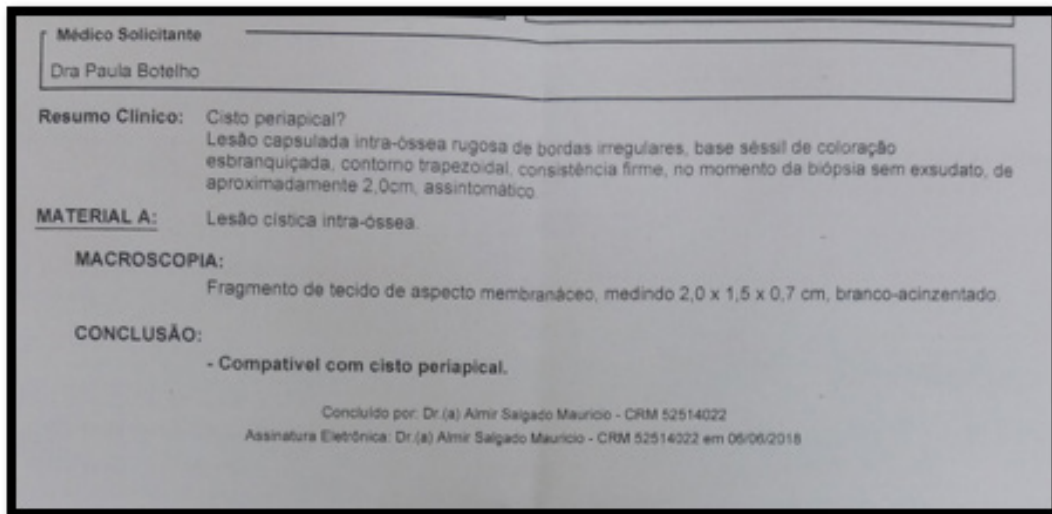


Figura 6: Lesão cística intra-óssea de aproximadamente 2cm em formaldeído 10%



*Figura 7. Laudo histopatológico*



*Figura 8. Pós operatório de sete dias*



*Figura 9. Sutura removida e preservação do caso clínico*

## DISCUSSÃO

O cisto periapical, ou cisto radicular, consiste de uma cavidade patológica forrada por epitélio originário dos restos epiteliais de Malassez e, frequentemente, cheia de líquido. É originado do epitélio em um granuloma e está associado a uma resposta inflamatória do organismo contra uma agressão local, devido a uma infecção endodôntica. Esta condição é assintomática, porém pode resultar em uma tumefação na região afetada. Radiograficamente, a descrição clássica da lesão é uma imagem radiolúcida circunscrita, de forma oval, envolvendo o ápice do dente infectado<sup>7</sup>.

Dentre as lesões císticas nos maxilares, são os mais comuns envolvendo de 52% a 68% de todos os cistos da cavidade bucal. Ocorrem com maior frequência em homens, entre 20 a 40 anos de idade<sup>10</sup>, e são mais prevalentes nos brancos do que em negros<sup>11</sup>.

Muitos autores afirmam que os cistos maxilares podem ser tratados cirurgicamente através de uma das seguintes técnicas básicas: enucleação, marsupialização, combinação em etapas dos dois procedimentos ou enucleação com curetagem<sup>1,8,11,12,13</sup>. Caso o cisto radicular não seja submetido a tratamento, a lesão aumentará lentamente de tamanho, apropriando-se de osso circunjacente. O osso sofre reabsorção, porém, raramente ocorre uma expansão compensatória das tábuas corticais<sup>14</sup>.

O cisto periapical é o resultado da resposta do hospedeiro à infecção do sistema de canais radiculares, logo presume-se que o tratamento endodôntico promova a eliminação ou a redução substancial das bactérias presentes nos canais radiculares e nos tecidos periapicais, diminuindo a atividade bacteriana, proporcionando condições favoráveis ao reparo periapical. Todavia, a literatura afirma que diante de um cisto periapical de grandes proporções, ou no caso onde não há regressão por tratamento endodôntico, o tratamento indicado é a enucleação cirúrgica, associada ou não à exodontia do elemento em questão<sup>8</sup>.

A preservação do caso clínico-cirúrgico deverá ser realizada durante os primeiros doze meses, após a realização da cirurgia, para observação de algum insucesso ou alterações não esperadas<sup>9</sup>.

## CONCLUSÃO

Este trabalho abordou o tratamento cirúrgico de um cisto periapical, de característica verdadeira. Apesar de relativamente comuns, estes cistos podem atingir maiores proporções devido a assintomatologia da lesão na maioria dos casos. A todo modo, nota-se a importância do exame clínico e do exame radiográfico na rotina odontológica, para que estas lesões possam ser diagnosticadas e tratadas de forma apropriada. O sucesso no tratamento das lesões perirradiculares depende de um correto planejamento do caso, além dos conhecimentos da técnica cirúrgica e da anatomia bucomaxilofacial.



## REFERÊNCIAS

- NEVILLE, B.W. et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 972p.
- NAIR, P. N. R., PAJAROLA, G., SCHROEDER, H. E., Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 1996; 81: 93-102.
- BENDER, I. B. Commentary on General Bhaskar's hypothesis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1972; 34: 469-76
- RICUCCI, D., PASCON, E. A., PITT FORD, T. R. et al. Epithelium and bacteria in periapical lesions. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 2006; 101: 239-49
- DANDOTIKAR, D., PEDDI, R., LAKHANI, B. et al. Nonsurgical Management of a Periapical Cyst: A Case Report. *J. Int. Oral Health.* 2013; 5 (3): 79-84.
9. LIN, L. M., HUANG, G. T-J., ROSENBERG, P. A. Proliferation of epithelial cell rests, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing. *J. Endod.* 2007; 33 (8): 908-16.
- VALOIS, C. R. A.; COSTA JUNIOR, E. D. Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy – case report. *Brazilian Dental Journal.*, Brasília, D.F., v. 16, n. 3, p. 254-258. 2005.
- REGEZI, J. A. D. D. S.; SCIUBBA, J. J. D. M. D. *Patologia Bucal. Correlações clínicas patológicas*, 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 475p.
- GUIMARÃES, K. B.; POST, L. K.; BEZERRA, M. F.; ISOLAN, C. P.; HOSNI, E. S. Cirurgia Parendodôntica com Obturação Simultânea dos Canais Radiculares: Relat de Caso Clínico. *Revista de Ciências Médico-Biológica*, Salvador, v. 5, n. 2, p. 188-194, mai./ago., 2006.
- BHASKAR SN. Nonsurgical resolution of Radicular Cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1972; 34(3):458-68.
- SHEAR M. *Cistos da região bucomaxilofacial*. São Paulo: Santos. 1999; p.94-100.
- MARZOLA C. *Fundamentos de cirurgia maxilo facial*. São Paulo: Big Forms; 2008.
- PETERSON LJ, ELLIS E, HUPP JR, TUCKER MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*, 4 ed, Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM, *Tratado de patologia bucal*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. p.239-47, 455-60.



[www.saojose.br](http://www.saojose.br) | (21) 3107-8600

Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro