

ENUCLEAÇÃO DE CISTO RADICULAR MAXILAR DE GRANDE EXTENSÃO: RELATO DE CASO

Ivna Freitas de Sousa Alves¹; Jordanna Paiva de Mesquita¹; Nayanne Barros Queiroz¹; Gislyane Lima de Queiroz¹; Ana Roberta de Almeida Cabral¹;

¹Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá;

²Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá;
E-mail: diegoesses@hotmail.com;

RESUMO

Os cistos da maxila, mandíbula e regiões periorais compreendem diversas entidades sob ponto de vista da histogênese, frequência, comportamento biológico e tratamento. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico sobre um paciente do sexo masculino, 39 anos de idade, melanodermo, foi encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas de Quixeramobim. Como queixa principal, o paciente declarou que procurou o posto de saúde devido há um “inchaço no lábio que vinha aumentando fazia um mês”. Na sua anamnese, não apresentou nenhum tipo de distúrbio sistêmico. No exame extrabucal, observado - se um aumento de volume na região anterior da maxila. Ao exame intrabucal, observou-se que o paciente era desdentado parcial, apresentava o escurecimento da coroa do dente 21, tumefação na região dos dentes 13 aos 23, os elementos 11, 22 e 21 apresentaram necrose pulpar e pouca mobilidade periodontal. Na radiografia panorâmica do paciente observou-se lesão com imagem radiolúcida de aproximadamente 4 cm de diâmetro, acometendo também a região dos dentes 11, 12, 22 e 23 e apresentavam o deslocamento das raízes dos dentes 11 e 21. O tratamento escolhido para a lesão foi a enucleação do cisto. O paciente encontra-se em acompanhamento há 5 meses. O tratamento escolhido foi embasado na literatura, onde houve uma melhora no quadro inicial.

Palavras-chave: Cisto radicular. Enucleação. Cirurgia bucal.

INTRODUÇÃO

Os cistos da maxila, mandíbula e regiões periorais compreendem diversas entidades sob ponto de vista da histogênese, frequência, comportamento biológico e tratamento. A imensa maioria dos cistos nesta região anatômica é encontrada no interior da maxila e mandíbula e, geralmente, são de origem inflamatória (DANTAS et al., 2014).

Sua etiologia está relacionada com o epitélio do ápice de um dente com necrose pulpar que presumivelmente pode ser estimulado pela inflamação. A fonte epitelial é comumente os restos epiteliais de Malassez, presentes no ligamento periodontal (AGGARWAL; SINGLA., 2010)

Os cistos dessas regiões ainda podem ser divididos em cistos odontogênicos e não odontogênicos, de acordo com o epitélio de origem, sendo o cisto periapical, um cisto de origem odontogênica. Pode ser definido como uma cavidade patológica revestida por epitélio que pode conter fluido ou restos celulares (DANTAS et al., 2014).

Segundo Lopes e Siqueira (2010), o cisto periapical é sempre originado de um granuloma, que devido à manutenção de um processo inflamatório crônico, estimula a proliferação de remanescentes epiteliais na região do periápice, embora nem todo granuloma necessariamente progrida para um cisto. Mantida a causa, que é a infecção situada no interior do sistema de canais radiculares, a proliferação epitelial assume maiores proporções, gerando lojas no interior de aglomerações de células epiteliais. Tal mecanismo sugere que esse tipo de lesão é resultado de uma infecção endodôntica de longa duração.

Esses cistos apresentam aspecto radiográfico de uma imagem radiolúcida, unilocular, circunscrita por fina linha radiopaca bem definida e com perda da lâmina dura na região periapical. Estes cistos podem ser denominados como: cisto radicular, cisto periodontal apical, cisto apical e cisto perirradicular (PEREIRA et al., 2012).

A grande maioria dos pacientes com lesões periapicais não apresenta qualquer sintomatologia, a menos que esteja presente uma exacerbada resposta inflamatória, muitas vezes provenientes da infecção (RIBEIRO et al., 2004).

O tratamento a ser realizado pode ser determinado por alguns fatores como: extensão da lesão, relação com estruturas nobres, evolução, origem, característica clínica da lesão, cooperação e condição sistêmica do paciente. A cirurgia periapical é

indicada para lesões que excedem 2 cm e para aquelas associadas a dentes nos quais não é viável o tratamento endodôntico convencional. O exame histopatológico é indicado para afastar outras possíveis doenças (NEVILLE, 2008).

Este trabalho tem por objetivo, apresentar um caso clínico de uma paciente que apresentou um cisto radicular extenso em região anterior de maxila, tratado através da técnica de enucleação cirúrgica da lesão.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 39 anos de idade, melanodermo, foi encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas de Quixeramobim - CEO por cirurgião-dentista da atenção primária, da cidade de Banabuiú, para avaliação de possível lesão na maxila. Como queixa principal, o paciente declarou que procurou o posto de saúde devido há um “inchaço no lábio que vinha aumentando fazia um mês”, a lesão foi descoberta após a realização do exame radiográfico. Na sua anamnese, não apresentou nenhum tipo de distúrbio sistêmico. Quanto aos hábitos sociais, o paciente não fazia uso de cigarro ou álcool. Em seu histórico, o paciente relatou que sofreu um acidente automobilístico há cerca de 10 anos, onde sofreu um trauma na região anterior da maxila, mas como nunca havia sentido nenhuma sintomatologia dolorosa, não deu tanta importância ao fato.

No exame extrabucal, foi observado um aumento de volume na região anterior da maxila. Ao exame intrabucal, observou-se que o paciente era desdentado parcial superior e inferior, apresentava o escurecimento da coroa do dente 21. Observou-se, também, tumefação na região dos dentes 13 ao 23, os elementos 11, 22 e 21 não responderam ao teste de sensibilidade pulpar ao frio, apresentando necrose pulpar e pouca mobilidade periodontal. Foi realizada uma radiografia panorâmica no paciente na qual se observou lesão com imagem radiolúcida de aproximadamente 4 cm de diâmetro, delimitada por halo radiopaco e associada à raiz do dente 21, acometendo também a região dos dentes 11, 12, 22 e 23, onde os mesmos apresentavam-se com deslocamento das raízes dos dentes 11 e 21.

Foi realizada a punção aspiratória por agulha grossa, tendo como resultado presença de líquido amarelado com traços de sangue, com características de líquido cístico. O tratamento escolhido foi a enucleação do cisto, mesmo os dentes 11, 21 e 22

apresentando uma moderada mobilidade, eles foram mantidos para um posterior acompanhamento. No acompanhamento clínico após 5 meses foi observado que os dentes acometidos pela lesão não apresentavam mais mobilidade e um aspecto gengival sadio, além disso, o paciente não apresentava mais a sintomatologia dolorosa e o aumento de volume na região anterior da maxila, no exame imaginológico pode-se notar uma neoformação significativa nessa região e que as raízes dos dentes 11 e 21 diminuiu o seu deslocamento.

DISCUSSÃO

Os cistos radiculares geralmente caracterizam-se por lesões assintomáticas, porém quando associada à infecção bacteriana secundária pode provocar dor espontânea, exsudação e aumento rápido de volume da cavidade cística, o que caracterizou a lesão do caso descrito. Alguns casos podem apresentar mobilidade e/ou deslocamento dental, além da ausência de sensibilidade pulpar (NEVILLE, 2008).

O cisto radicular acomete, preferencialmente, adultos entre a terceira e a sexta décadas de vida. Destaca-se uma baixa prevalência da lesão na primeira década de vida, constituindo-se um fator interessante, visto que a cárie dentária e dentes sem vitalidade pulpar são frequentes nesse grupo etário (FILHO et al., 2009).

De acordo com Nobuhara e del Rio, um diagnóstico clínico preliminar de cisto periapical pode ser feito, se tiverem as seguintes condições: 1) A lesão periapical envolver um ou mais dentes com necrose pulpar; 2) A lesão for maior do que 20mm de diâmetro ou área transversal de 200mm²; 3) cor palha no líquido de aspiração ou drenagem; 4) O fluido conter cristais de colesterol.

O tratamento cirúrgico dos cistos pode ser realizado através de enucleação, marsupialização, enucleação após marsupialização e enucleação com curetagem (PETERSON, 2005). Riachi & Tabarini relataram 2 casos de cistos tratados com enucleação e marsupialização e concluíram que as duas técnicas apresentaram bons resultados.

Diversos autores concordam em propor um tratamento para cistos periapicais de grandes proporções, com a enucleação cirúrgica do mesmo, associado à exodontia do elemento acometido, ou ao tratamento endodôntico seguido de apicectomia. Além das grandes lesões, esta cirurgia está indicada também em dentes que não será possível ter

sucesso através do tratamento endodôntico convencional. Sendo considerada uma extensão do tratamento endodôntico, não substitui um tratamento endodôntico deficiente (PEREIRA et al., 2012).

Filho et al (2009) afirmaram que prognóstico de tratamento de lesões grandes não é tão favorável como de lesões pequenas, pois, se a lesão é grande, então é mais provável que a curetagem seja incompleta e, portanto, sem êxito, porém não encontrou diferenças significativas na frequência de cura entre as lesões maiores ou menores que 5 mm.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentamos o caso de um paciente com um cisto radicular de grande dimensão. Onde o tratamento escolhido foi a enucleação. A integridade e espessura da cápsula cística foi o fator determinante no tratamento cirúrgico a ser realizado. Cápsulas císticas espessas são rapidamente e facilmente enucleadas, e cápsulas císticas delgadas ou fragmentadas são removidas com tempo cirúrgico maior e têm prognóstico desfavorável.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, V.; SINGLA, M. Use Of Computed Tomography Scans And Ultrasound In Differential Diagnosis And Evaluation Of Non-Surgical Management Of Periapical Lesions. **Endodontology**.;109(6):917-23. 2010.

DANTAS, R. M. X.; DULTRA, J. A.; BORGES, G. L.; DULTRA, F. K. A. A. Enucleação De Cisto Radicular Maxilar Associado À Apicectomia: relato de caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** vol.14 no.3 Camaragibe Jul./Set. 2014.

FILHO, P.R.S.M.; BRASILEIRO, B.F.; PIVA, M.R.; SILVA, L.C.F.; REINHEIMER, D.M; MARZOLA, C. Cisto Radicular na Maxila-Relato de Caso Clínico Cirúrgico. **Revista Digital da Academia Tiradentes de Odontologia**.;10:881-89. 2009.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JR, J. F. **Endodontia: biologia e técnica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral E Maxillofacial.** Segunda edição. Rio de janeiro: Guanabara Koogan 2008.

NOBUHARA, W.; DEL RIO, C. Incidence of periradicular panthoses in endodontic treatment failures. **J Endod.**2013;19(6):315-318.



PEREIRA, J.S.; MILAGRES, R.M.; ANDRADE, B.A.B.; MESSORA, M.R.;
KAWATA, L.T. Cisto Periapical De Grande Extensão: Relato De Caso. **Rev. Cir.
Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe 2012; 12 (2): 37-42.

PETERSON, L.J.; ELLIS, E.; HUPP, J.R; TUCKER, M.R. **Cirurgia Oral e
Maxilofacial Contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2005.

RIACHI, F.; TABARANI, C. Effective Management of Large Radicular Cysts Using
Surgical Enucleation. Marsupialization: two cases report. **Oral Surgery**, 1:44-51. 2010.