

CISTO PERIAPICAL TRATADO ENDODONTICO E CIRURGICAMENTE: RELATO DE CASO

PERIAPICAL CYST TREATED ENDODONTICALLY AND SURGERY: CASE REPORT

ELOISE DE CARVALHO MARIANO¹, LUIZ FELIPE GILSON DE OLIVEIRA RANGEL², CARLA CRISTINA NEVES BARBOSA¹, OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras; 2. Professor do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras.

* Rua Lucio de Mendonça, 24/705 – Centro – Barra do Pirai, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 27.123-050. oswaldolcbarbosa@hotmail.com

Recebido em 25/11/2020. Aceito para publicação em 17/12/2020

RESUMO

O cisto periapical é a lesão considerada mais frequentemente encontrada nos maxilares, como local de predileção a região anterior da maxila. É um cisto do tipo inflamatório. Caracteriza-se por ser singular, com crescimento lento e são descobertos em radiografias de rotina e relaciona-se com o epitélio do ápice de um dente com necrose pulpar. Seu diagnóstico diferencial se faz importante pelo fato de outras lesões se assemelharem clínica e radiograficamente com o cisto em estudo. Podendo seu tratamento ser realizado cirurgicamente associado ao tratamento endodôntico do elemento envolvido. O presente caso clínico teve o objetivo de relatar um caso clínico de um cisto periapical onde optou-se por um tratamento multidisciplinar Endodontia e Cirurgia; para resolução do caso. Concluiu-se que a união das especialidades na resolução de um caso clínico é de fundamental importância devido a especificidade de cada uma delas.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Radicular, Cirurgia Bucal, Apicectomia.

ABSTRACT

The periapical cyst is the most frequently found lesion found in the jaws, as a predilection for the anterior region of the maxilla. It is an inflammatory type cyst. It is characterized by being asymptomatic, with slow growth and is discovered on routine radiographs and is related to the epithelium of the apex of a tooth with pulp necrosis. Its differential diagnosis is important because other lesions are clinically and radiographically similar to the cyst under study. Its treatment can be performed surgically associated with endodontic treatment of the involved element. The present was aimed at reporting a clinical case of a periapical cyst where a multidisciplinary treatment was chosen Orthodontics, Endodontics and Surgery; to resolve the case. It was concluded that the union of the specialties in the resolution of a clinical case is of fundamental importance due to the specificity of each one.

KEYWORDS: Root cyst, Oral Surgery, Apicectomy.

1. INTRODUÇÃO

Os cistos periapicais são cavidades patológicas, recobertas por tecido epitelial, cujo conteúdo é líquido ou semi-sólido. Tais lesões podem estar diretamente associadas ao forame apical ou separadas dele por tecido conjuntivo espesso, apresentando reação de granulação que se apresentam como local de predileção a região anterior da maxila¹⁻³. Situada no interior dos sistemas de canais radiculares, a infecção origina um

granuloma, podendo evoluir para um cisto. Os quais se localizam na maxila e mandíbula. Tais cistos também são denominados de cisto radicular, cisto periodontal apical, cisto apical e cisto perirradicular⁴.

São originados dos restos epiteliais de Malassez que faz com que o inflamatório local permaneça ativo, assintomáticos e apresentam crescimento lento; podendo ainda atingir grandes proporções⁵.

Trata-se de uma patológica de origem inflamatória mais comum dos cistos odontogênicos, representando 40 a 85% de todas as lesões apicais⁵⁻⁶.

Preferencialmente, o cisto radicular acomete adulto, de 30 a 40 anos de vida, normalmente é descoberto por meio de radiografia de rotina, por meio da tumefação do maxilar envolvido e/ou desadaptação e próteses dentárias quando atingem maiores dimensões⁴.

Diversas são as lesões que se assemelham clínica e radiograficamente com o cisto radicular, tornando o diagnóstico diferencial essencial para se firmar um diagnóstico preciso. Diante disso é necessário lançar mão de exames de imagem como a radiografia periapical, a radiografia panorâmica ou a tomografia computadorizada e, após a exérese da lesão, essa deve passar por um exame histopatológico, pois apenas este último faz o diagnóstico diferencial entre cistos odontogênicos inflamatórios e outras lesões como o cisto dentígero, o ameloblastoma e o tumor odontogênico ceratocístico⁷⁻⁹.

Esse cisto apresenta o aspecto radiográfico de uma imagem radiolúcida, unilocular, circunscrita uma linha radiopaca bem definida e com perda de lâmina dura na região periapical. Assim, é realizado com o granuloma periapical, pois apresentam o padrão radiográfico idêntico⁹⁻¹¹. Geralmente são assintomáticos com crescimento lento, mas pode atingir grandes proporções, com presença de tumefação e leve sensibilidade, mobilidade e deslocamento dos dentes imediatos. E de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica-se histologicamente como um cisto odontogênico do tipo inflamatório. Cursa com necrose pulpar e crescimento da lesão cística no dente relacionado. O cisto periapical tem frequência comum, com variação de 7 a 54% dos casos com radiolucidez periapical¹²⁻¹⁴.

O tratamento varia conforme extensão da lesão,

quando pequenas dimensões, opta-se inicialmente pelo tratamento endodôntico, removendo o estímulo inflamatório, resultando na cessação da proliferação epitelial, favorecendo o reparo tecidual; em lesões de grandes proporções, o indicado é tratamento endodôntico em primeiro momento, sem sucesso, o indicado é tratamentos cirúrgicos como a marsupialização seguida pela enucleação cística^{8,11-15}.

A indicação de cirurgia periapical acontece quando as lesões que excedem 2 cm e também quando o tratamento endodôntico convencional não obtém sucesso¹⁴.

Existem ainda a opção de variações de técnicas, como a descompressão e marsupialização prévia à enucleação, assim como a combinação de tratamento cirúrgico e não cirúrgico¹⁶.

Em casos de impossibilidade de observar a regressão da lesão de forma convencional, a apicectomia à cirurgia paraendodôntica é indicada, onde é feita a ressecção da porção apical da raiz e dos tecidos moles associados e obturação retrógrada em seguida¹⁷.

As chances de sua recorrência são pequenas, podendo acontecer quando há remoção incompleta da lesão, daí a importância de acompanhamento clínico e radiográfico¹⁸⁻¹⁹.

O presente estudo tem por objetivo apresentar um caso clínico que após tratamento ortodôntico, evidenciou-se a necessidade de procedimento cirúrgico de cistectomia com apicectomia e obturação retrógrada do dente 13.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 27 anos, queixou estar cursando com edema palatal há mais ou menos seis meses. Durante a anamnese relatou tratamento ortodôntico com tracionamento do dente 13 já finalizado. Referiu também que 1 ano após a finalização do tratamento começou a cursar com edema palatal na região do dente 13.



Figura 1. TC Cone Bean.

O paciente foi tratado por um médico com antibioticoterapia onde houve melhora e regressão do edema. Um mês após o tratamento médico referiu a redução por completo do edema, porém seis meses depois havia uma ligeira protuberância palatina no local.

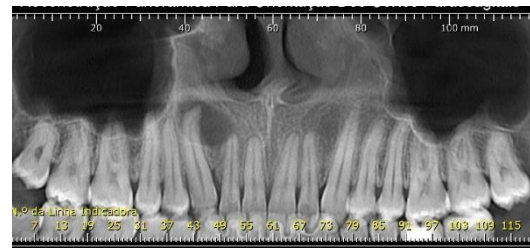


Figura 2. TC Cone Bean.

Ao exame clínico verificou-se discreta elevação do tecido gengival no palato na região do dente 13, apresentando-se indolor. Diante desse quadro, foi solicitado Tomografia Computadorizada (TC) da região, onde evidenciou-se imagem (Figuras 1 e 2), com o seguinte laudo confirmando o diagnóstico de cisto periapical do dente 13. Após análise criteriosa dos exames, foi proposto então um tratamento multidisciplinar, endodontia e cirurgia oral. Planejou-se um tratamento endodôntico do dente 13 com posterior apicectomia com obturação retrógrada do dente 13.

Após ser tratado endodônticamente (Figura 3) foi liberada então a fase cirúrgica.



Figura 3. Tratamento endodôntico finalizado.



Figura 4. Incisão.

Após assepsia e antisepsia, o procedimento cirúrgico foi iniciado sob anestesia local com articaína pelo bloqueio dos nervos infra-orbitários bilateral, nasopalatino e alveolar inferior. Foi realizada a incisão trapezoidal (Newman modificada) do dente 14 ao 24) com bisturi (lâmina 15)(Figura 4), realizado rebatimento do retalho (Figura 5) e posterior desgaste ósseo (Figura 6) para exposição da raiz do dente 13 e do cisto periapical.



Figuras 5. Descolamento do tecido.



Figura 6. Osteotomia.



Figura 7. Enucleação.



Figura 8. Apicectomia.

Realizada a abertura e visualização cística, verificou-se que a cápsula cística não estava íntegra, realizando assim a enucleação (Figura 7) por curetagem e pinçamento dos restos císticos. Posterior a isso foi feita apicectomia (Figura 8) e obturação retrógrada com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV). Terminado este passo realizamos remoção do excesso de material e limpeza da loja cirúrgica.

O próximo passo foi a enxertia (Figura 9) com biomaterial ósseo acompanhada de membrana de colágeno (Figura 10) reposicionamento do retalho e sutura com fio de seda 4.0 (Figura 11) e a limpeza com soro fisiológico.



Figura 9. Enxertia.



Figura 10. Inserção da Membrana.



Figura 11. Sutura.

Os fragmentos removidos (três com 0,4 cm cada) foram encaminhados para exame histopatológico que acusou “cisto inflamatório periapical com tecido de granulação”.

3. DISCUSSÃO

Dentre os cistos odontogênicos, o cisto periapical é a entidade patológica de origem inflamatória mais comum⁴. Características como o envolvimento de um ou mais dentes com necrose pulpar, lesão maior que 2 cm de diâmetro são fundamentais para seu diagnóstico clínico^{10-14,18}. Nosso estudo corrobora com tal afirmação pois nosso cisto tinha mais de 2cm de diâmetro.

Sua prevalência e incidência são discrepantes na literatura, visto os diferentes critérios de diagnósticos utilizados em estudos. Ainda que estudos demonstrem alta incidência dessas lesões, outros mostram por meio de cortes histológicos, incidência menor de 20% dos cistos radiculares. Seu diagnóstico é tardio, visto sua evolução clínica lenta e assintomática^{7,9}.

Em outros estudos, a prevalência dos cistos periapicais é de apenas 15%, relacionado ao rigor dos critérios de diagnóstico utilizados em um estudo específico⁸.

As terapias para as lesões císticas peripicais são os

tratamentos não e cirúrgicos, sendo o primeiro trata-se ao tratamento endodôntico convencional; o segundo a curetagem e enucleação cística, além da cirurgia parendodôntica⁶, nas lesões radiculares extensas sugere-se curetagem, enucleação, descompressão, marsupialização e ressecção em bloco¹⁴. Concordamos com este estudo uma vez que necessitamos de associação das técnicas descritas acima.

O tratamento pode ser realizado cirurgicamente associado ao tratamento endodôntico e correspondem à reação imunoinflamatória, originado das toxinas secretadas durante o metabolismo bacteriano decorrente da necrose pulpar^{8,11-15}. Também recomenda-se cirurgia para dentes em que não obteve sucesso no tratamento endodôntico convencional, sendo o exame histopatológico indicado para afastar outras possíveis doenças². Nosso estudo está em concordância com este autor.

Há grande discrepância na incidência e prevalência de cistos radiculares na literatura e isso ocorre devido aos diferentes critérios de diagnósticos utilizados nos estudos. Importante também ressaltar que embora alguns estudos demonstrem uma alta incidência dessas lesões, avaliações criteriosas em cortes histológicos seriados mostraram que a incidência dos cistos radiculares foi menor que 20%. Devido à evolução clínica lenta e assintomática, o diagnóstico clínico do cisto radicular é tardio. Geralmente, apresenta-se como achado radiográfico e os dentes envolvidos não respondem aos testes pulpares térmicos e elétricos^{3,7,13,19}.

A grande disparidade quanto à prevalência está relacionada, muito provavelmente, ao rigor dos critérios de diagnóstico utilizados em um estudo específico, que quando se utiliza critérios rigorosos, a prevalência dos cistos periapicais parece ser de apenas quase 15%⁸.

Autores concordam o tratamento com a enucleação cirúrgica do mesmo, associado à exodontia do elemento acometido para cistos periapicais de grandes proporções e tratamento endodôntico seguido de apicectomia^{2,10,17}. Não concordamos com tal afirmação uma vez que realizamos a exodontia do dente em questão.

A indicação de apicectomia e obturação retrógrada em caso de dentes anteriormente tratamento endodôntico e com presença de retentor intraradicular bem adaptado é relatada pela literatura científica¹.

Autores indicam que a apicectomia seja realizado a 03 mm do ápice dental, com 90° de ângulo em relação ao longo eixo do dente, visto menor quantidade de exposição de túbulos dentinários minimizando a microinfiltração apical e aumentando o sucesso da obturação retrógrada^{10,17}.

2. CONCLUSÃO

Concluiu-se que o tratamento multidisciplinar endodontia e cirurgia geral foi essencial para o sucesso do tratamento, uma vez que as especialidades atuaram

em conjunto em situações particulares na resolução dos problemas apresentados pela situação clínica.

4. REFERÊNCIAS

- [1] Pereira RC. Tratamento de cisto periapical de grande extensão, relato de 2 casos. (Monografia de especialização). Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP. 2013.
- [2] Dantas RNX, Dutra JÁ, Borges GL, Dutra FKAA, Neri RFA. Enucleação de cisto adicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2014; 14(3):21-26.
- [3] Bercini F, Azambuja TWF. Cisto periapical: revisão da literatura e apresentação de caso clínico. RFO. 1998; 3(2):49-54.
- [4] Pereira JS, Milagres RM, Andrade BAB, Messoria MR, Kawata LT. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2012; 12(2): 34-42.
- [5] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.
- [6] Nanami R, Sampaio R, Sampaio C, Olivete J, Pizzatto E, Moresca R, Giovanini AF. Prevalência de cistos maxilares diagnosticados em centro de referencia brasileiro. RSBO. 2008; 6(2):143-146.
- [7] Silva RN et al. Tratamento de cisto radicular de grande extensão: relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2018; 27(80):52-56.
- [8] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Doenças da Polpa e do Periápice. In: Patologia oral & Maxilofacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009; 3:129-134.
- [9] Resende MAP, Assis NMS, Sette-Dias AC, Aguiar, EG, Sotto-Maior BS. Tratamento cirúrgico e conservador de cisto periapical de grande proporção: relato de caso. HU Revista. 2017; 43(2):191-196.
- [10] Dias ACS, Maltos KLM, Aguiar EG. Tratamento endodôntico transcirúrgico: uma opção para casos especiais. Rev. Cir. Traumatol. BucoMaxilo-fac. 2010; 10(2):49-53.
- [11] Vasconcelos RG, Queiroz, LMG, Alves Júnior, LC, Germano AR, Vasconcelos MG. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções – relato de caso. R Bras ci Saúde. 2012; 16(3):467-74.
- [12] Graziani M. Cirurgia buco maxilo facial. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1995.
- [13] Almeida OP. Patologia Oral – série Abeno. 1ed. São Paulo: Artes Médicas. 2016.
- [14] Marchionatti AME, Wandscher VF, Tomé SB, Burmann PFP, Wolle CFB. Tratamento cirúrgico de cisto periapical de ampla extensão: relato de caso clínico. Rev. Sau. Int. 2017; 10(20):86-89.
- [15] Neville BW; Damm DD; Allen CM; Bouquot JE. Soft tissue lesions. In: patologia Oral & Maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
- [16] Brandt-Filho SHO, Marzola C, Toledo-Filho JL, Pereira LC, Pastori CM, Zorzetto DLG, Capelaria MM, Toledo GL. Técnica da descompressão para o tratamento cirúrgico dos cistos da cavidade bucal. Rev. ATO. 2010; 5(1):254-266.
- [17] Girardi GV, Hartmann MSM, Vanni JR, Fornari VJ. Influência do ângulo de corte radicular na microinfiltração apical, comparando duas técnicas de apicectomia na cirurgia paraendodôntica. RFO. 2012; 17(1):60-66.
- [18] Gomes CC, Accetta RF, Camões ICG, Freitas LF, Pinto SS. Análise da adaptação marginal de materiais retobturadores. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2009; 9 (1):31-5.
- [19] Henry Neto MDE, Barbosa DZ, Silva CJ, Silva MCP. Marsupialização e enucleação de cisto radicular apical. Rev INPEO de Odontologia. 2004; 1(1):61-64.