

CISTO RADICULAR DE MANDÍBULA TRATADO POR ENUCLEAÇÃO TOTAL E PREENCHIMENTO DA LOJA CIRÚRGICA COM ESPONJA DE FIBRINA: RELATO DE CASO

RADICULAR MANDIBULAR CYST TREATED BY TOTAL ENUCLEATION AND FILLING THE SURGICAL BOX WITH FIBRIN SPONGE: CASE REPORT

SERGIO BARTOLOMEU D FARIAS **MARTORELLI**^{1*}, FERNANDO DE OLIVEIRA **MARTORELLI**², FELIPE BRAVO MACHADO DE **ANDRADE**³, ALLANA MACÊDO MONTARROYOS **DENKER**⁴, BEATRIZ GONÇALVES **REZENDE**⁵, MARINA ROSA **BARBOSA**⁶

1. Professor Titular das Disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais – Faculdade de Odontologia do Recife – FOR-FOPCB; 2. Professor da Faculdade de Odontologia da UNINASSAU – Recife – PE. 3. Professor da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR-FOPCB. 4. Acadêmica da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR-FOPCB; 5. Acadêmica da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR-FOPCB; 6. Acadêmica da Faculdade de Odontologia do Recife – FOR-FOPCB.

* Avenida Conselheiro Aguiar, 1360, Sala 128, Boa Viagem, Recife, Pernambuco, Brasil. CEP 51011-030. smartorelli_maxilofacial@hotmail.com

Recebido em 20/01/2021. Aceito para publicação em 05/03/2021

RESUMO

Os cistos periapicais são os mais comuns cistos odontogênicos. Principalmente por tratar-se de patologia de ocorrência comum, silenciosa e assintomática a solicitação de exame ortopantomográfico rotineiro permite o diagnóstico em fase incipiente da lesão, o que minimiza o grau do traumatismo operatório, o que ocorre quando o mesmo é diagnosticado em tempo tardio. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso de cisto radicular em mandíbula tratado por enucleação total e preenchimento da loja operatória com esponja de fibrina, o que permitiu o fechamento primário da lesão em paciente do gênero masculino, com 51 anos de idade, culminando com o processo de cura da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Radicular; Patologia Bucal; Cirurgia Bucal;

ABSTRACT

Radicular cysts are the most common odontogenic cysts. Mainly because it is a pathology of common occurrence, silent and asymptomatic, the request for routine orthopantomographic examination allows the diagnosis in the incipient stage of the lesion, which minimizes the degree of operative trauma, which occurs when it is diagnosed late. This study aimed to report a case of radicular cyst in the mandible treated by total enucleation and filling the operating room with fibrin sponge, which allowed the primary closure of the lesion in a 51-year-old male patient, culminating in the injury healing process.

KEYWORDS: Radicular Cyst; Pathology, Oral; Surgery, Oral.

1. INTRODUÇÃO

O cisto periapical ou radicular é, dentre todos os cistos odontogênicos, o mais comum. É do tipo inflamatório e a descamação de seu revestimento

epitelial, que tem origem a partir dos restos epiteliais de Malassez mantém o processo inflamatório local ativo^{1,2,3,4}. Normalmente, os cistos periapicais são assintomáticos e têm crescimento lento^{1,2}, podendo, quando diagnosticado tardiamente, atingir grandes volumes.

O dente relacionado apresenta-se em estado de necrose pulpar, não respondendo aos testes de vitalidade pulpar^{5,6}, tendo uma prevalência que oscila entre 7% a 54% de todas as imagens radiolúcidas periapicais diagnosticadas⁵⁻⁷. O crescimento do cisto periapical ocorre em resposta à descamação de restos celulares, ocasionando aumento da pressão osmótica, entrada de líquido na cavidade e reabsorção óssea pela expansão do cisto^{1,6}. O aspecto radiográfico do cisto radicular é de uma imagem unilocular, radiolúcida, bem circunscrita e bem delimitada, circundada por um halo radiodenso ou esclerótico em torno da área radiolúcida circundando o ápice do dente envolvido^{1,2,6,8}. O tratamento dos cistos radiculares varia de acordo com o tamanho da lesão⁹. Para lesões incipientes, é difícil o diagnóstico do granuloma periapical.

Neste caso, está indicado o tratamento endodôntico do dente envolvido removendo o estímulo inflamatório e esperar a evolução⁸, dessa forma, cessa a proliferação epitelial e favorece o reparo tecidual^{6,8}. Para cistos periapicais de grandes tamanhos, a conduta terapêutica mais indicada é realizar o tratamento endodôntico dos dentes envolvidos, e esperar. Decorridos quatro a seis meses, se não ocorrer a regressão da lesão, deve ser então realizado o tratamento cirúrgico através da enucleação da lesão, com ou sem apicectomia, e tratamentos cirúrgicos de descompressão, como a marsupialização seguida, após regressão do tamanho da lesão, pela enucleação cística

rôta¹⁰. A marsupialização reduz a pressão intracística, provocando mínimos danos as estruturas anatômicas, facilitando a futura enucleação e o mecanismo de reparo ósseo^{1,2,3}. A enucleação consiste na remoção total da lesão cística, permitindo o exame histopatológico integral da lesão e o tratamento definitivo⁴.

A descompressão de lesões císticas odontogênicas tem sido amplamente utilizada sob forma terapêutica mais conservadora, requerendo uma abertura muito menor, através de uma janela aberta para a cavidade cística, que pode ser realizada através da sutura de um dispositivo em sua periferia, ou através da sutura da capsula cística com a mucosa circunvizinha (marsupialização). Na descompressão, a pequena janela mantida aberta permite drenagem e crescimento ósseo em sua periferia, conseqüentemente diminuindo o tamanho da lesão cística pela diminuição do aumento da pressão osmótica no interior da lesão^{5,9,10}.

O exame histopatológico deve ser rotina, inclusive para descartar outras possíveis patologias como, por exemplo: ceratocisto odontogênico, lesão central de células gigantes, ameloblastoma e outros cistos e tumores odontogênicos além de permitir a confirmação do diagnóstico clínico¹. Microscopicamente, o cisto radicular ou periapical se apresenta revestido por epitélio odontogênico escamoso estratificado, o qual pode apresentar exocitose, espongiose ou hiperplasia.

O lúmen do cisto pode ser preenchido por fluido e restos celulares. A capsula do cisto consiste num tecido conjuntivo fibroso denso, muitas vezes com infiltrado inflamatório contendo linfócitos variáveis, neutrófilos, plasmócitos, histiocitos e raramente mastócitos e eosinófilo^{1,2}. As chances de recorrência do cisto radicular são pequenas, ocorrendo quando há a remoção incompleta da lesão, sendo de fundamental importância o acompanhamento clínico e radiográfico do paciente^{6,4,10}.

2. CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma, Engenheiro, casado, natural de João Pessoa, Paraíba, 51 anos, procurou a clínica privada para tratamento de lesão na boca.

Na anamnese, negou qualquer sintoma. Referiu que foi encaminhado pelo seu dentista clínico para tratar uma lesão no queixo. Veio munido de exame radiográfico panorâmico que havia sido solicitado pelo seu dentista clínico. Ao exame físico, apresentava faces simétricas, abertura bucal, dinâmica das articulações temporomandibulares, esqueleto facial à palpação e glândulas salivares maiores dentro do padrão de normalidade. Ausência de linfonodos infartados.

Ao exame intrabucal apresentava mucosas normocoradas, ausência de alterações significantes na arcada dentária.

Exame radiográfico apresentado pelo paciente evidenciava lesão radiolúcida, bem circunscrita e bem delimitada, circundada por halo radiopaco ao nível da sínfise mandibular, imagem tipo cística. Apresentava ainda uma restauração no 41. Ao teste de vitalidade

térmico e elétrico respondeu negativamente. Confrontando a história clínica, exame físico e exame de imagem, firmamos, então, uma hipótese diagnóstica de cisto periapical ao 41. (Figuras 1A, 1B e 1C)

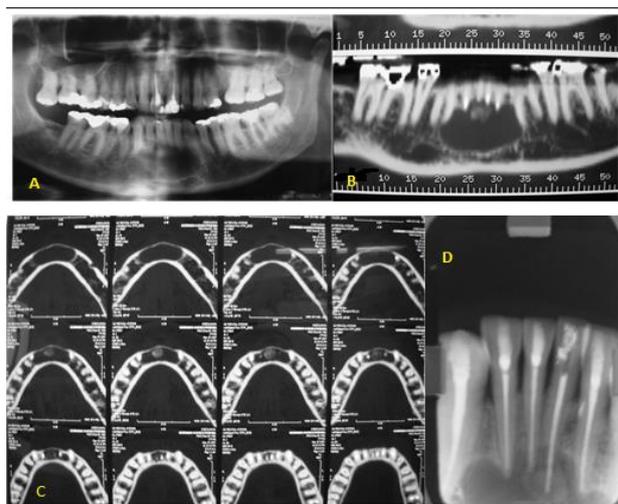


Figura 1. Aspecto Radiográfico: A- Ortopantomo-grafia Inicial; B e C- Tomografia de feixe cônico; D- Radiografia periapical.

Propusemos, então, encaminhá-lo ao seu Cirurgião-Dentista clínico afim de realizar o tratamento endodôntico do referido elemento dentário e esperar por um período de 06 meses para observar se haveria regressão lesional.

Para nossa surpresa, o paciente retornou 06 meses após munido de uma Tomografia de Feixe cônico e radiografia periapical (Figura 1D) onde empreenderam o tratamento endodôntico dos 33, 32, 31, 41, 42, 43. Por não haver regredido a lesão após o tratamento endodôntico, foi proposta a enucleação do cisto e apicectomia dos dentes envolvidos sob anestesia geral. Após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram solicitados os exames pré-operatórios de rotina, que se encontravam dentro do padrão de normalidade.

Sob anestesia geral, intubação nasotraqueal, foi realizada uma infiltração subperiosteal com solução de bupivacaína a 0,5% com adrenalina com intuito de vasoconstricção e hidrodissecção (divulsão mediante emprego de injeção de líquidos). Uma incisão, inicialmente vertical sobre o freio de pouca profundidade com intuito de demarcar a linha média foi realizada com bisturi de Bard-Paker municiado com lâmina 15. Com o emprego da mesma lâmina, uma incisão perpendicular, de média profundidade, foi empreendida e, posteriormente, a cerca de 01cm abaixo da primeira, uma incisão subperiosteal foi realizada, permitindo, assim, a obtenção de um retalho dividido objetivando evitar-se descência da sutura após fechamento primário da ferida.

A divulsão teve início com ruginas e descoladores de Mead. Ao divulsionar o periosteio cerca de 02 cms para baixo, o uso de uma gaze sob pressão digital permitiu rápida divulsão com exposição da sínfise mandibular.

Com brocas para PM de número 703, foi realizado o início da osteotomia/ostectomia, o que permitiu a

remoção de parte da parede óssea vestibular e, por conseguinte, o acesso à lesão. Com uma cureta de Smolt, iniciou-se o descolamento da cápsula cística, o que permitiu alargar a osteotomia ao mesmo tempo onde foi realizada a regularização da osteotomia com brocas de acabamento tipo Maxicut esférica de tamanho médio.

A enucleação foi, a seguir empreendida, sendo a capsula da lesão apreendida por pinça hemostática mosquito curva (Figura 2) e a enucleação "in totum" da capsula viabilizada com uso de curetas de periodontia, o que permitiu visualização dos teços apicais das raízes dentárias.



Figura 2. Exérese da cápsula "in totum".

As apicectomias dos 31, 32, 41e 42 foram realizadas com brocas PM de número 702. Os remanescentes radiculares apresentavam obturação de boa qualidade, por isso optou-se por não fazer a retro-obturação.

Com emprego da broca 703 PM foram realizadas várias perfurações na cortical lingual para aumentar a irrigação sanguínea da área rompendo a corticalização das paredes da loja proporcionada pela expansão cística (Figura 3). Por não haver presença de infecção, foi preenchida a loja com esponja de fibrina e a sutura periosteal e mucósica realizada com fio de poligalactina 910 multifilamentar (Figura 4).



Figura 3. Descorticalização das paredes da loja.

O pós-operatório transcorreu sem qualquer intercorrência. A sutura foi removida com 15 dias. A peça operatória, fixada em formalina, foi encaminhada

para exame anatomopatológico que firmou em definitivo nossa hipótese diagnóstica de cisto periapical.

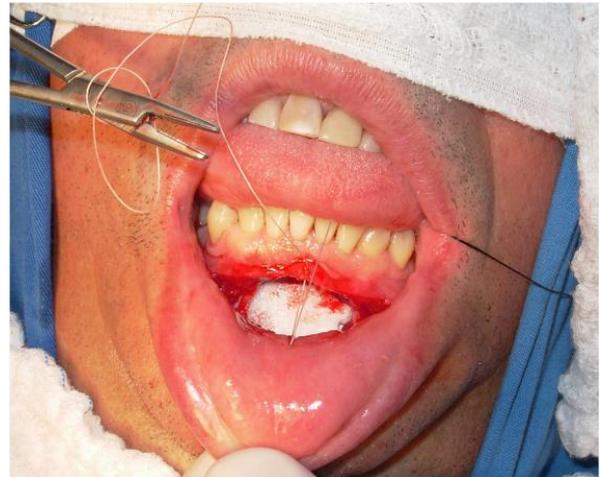


Figura 4. Aposição da esponja de fibrina e sutura interna do retalho

Uma radiografia panorâmica de controle pós-operatório imediato foi realizada. O paciente realizou controle clínico com 30 dias do pós-operatório. Aos 3 meses, 6 meses e um ano, realizou controle clínico/radiográfico, mantendo os controles a cada ano, até o 5º. ano do pós-operatório quando, após o controle clínico-radiográfico (Figuras 5 e 6), constatada de cura do processo, foi dada a alta ambulatorial.



Figura 5. Aspecto macroscópico com 05 anos de pós-operatório.

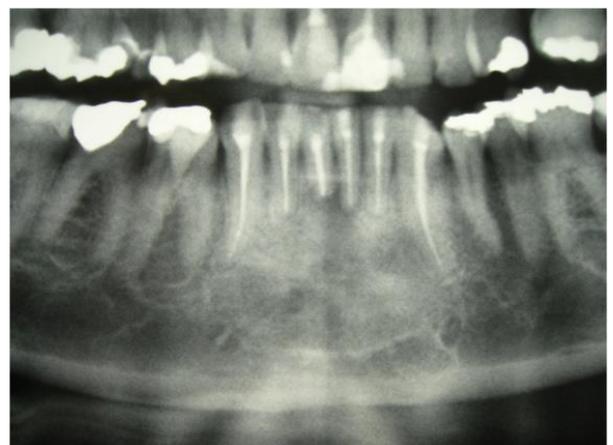


Figura 6. Ortopantomografia com 05 anos de pós-operatório.

3. DISCUSSÃO

Os cistos periapicais são os mais comuns cistos odontogênicos^{1,2,3,4}. Principalmente por tratar-se de patologia de ocorrência comum, silenciosa e assintomática^{2,4}, o profissional deve saber realizar o diagnóstico e conhecer as condutas terapêuticas a serem empregadas em cada caso. Uma forma de diagnóstico preventivo é a solicitação de exame ortopantomográfico ao menos na primeira consulta, permitindo o diagnóstico em fase incipiente, o que minimizará o grau do traumatismo operatório quando o mesmo é diagnosticado em tempo tardio. Os achados radiográficos do cisto radicular mostram imagem unilocular, radiolúcida, arredondada ou ovalada, com limites bem definidos, circundando o ápice do dente envolvido⁶, achados estes que são similares aos observados neste relato de caso. O tratamento dos cistos radiculares varia de acordo com a extensão da lesão⁵. Somos concordes que para lesões com pequenas dimensões é preconizado inicialmente o tratamento endodôntico do dente envolvido^{4,7}. Até porque não se pode nos casos incipientes diferenciar sob o aspecto radiográfico o cisto do granuloma periapical. Ainda que seja um cisto periapical, para realizar a curetagem e eventual apicectomia, faz-se necessário o prévio tratamento endodôntico.

Para cistos periapicais de grandes proporções, a conduta terapêutica mais apropriada é o tratamento endodôntico dos dentes envolvidos, com ou sem apicectomia, e tratamentos cirúrgicos como a marsupialização seguida pela enucleação cística⁸. Preferimos geralmente realizar a terapêutica endodôntica e após, no mínimo 04 meses do tratamento, acompanhar a evolução. Se a lesão diminuiu em relação ao seu tamanho inicial, sugerimos aguardar mais um período. Caso permaneça do mesmo tamanho ou tenha aumentado, o tratamento cirúrgico torna-se necessário: protocolo este adotado neste caso relatado

A marsupialização reduz a pressão intracística, provocando mínimos danos as estruturas anatômicas, facilitando a futura enucleação e o mecanismo de reparo ósseo^{3,5,10}. Tem o inconveniente de preservar tecido patológico. Somos concordes que em casos de lesões de grande volume tenha sua indicação. Já a enucleação consiste na remoção total da lesão cística, permitindo o exame histopatológico integral da lesão e o tratamento definitivo^{5,9}, conforme foi realizado neste caso.

Com relação à forma de tratamento da loja cística residual, nos casos de enucleação total, os ditames da cirurgia informam que em lojas cirúrgicas menores que 02cms o melhor preenchimento é o coágulo. Nas lojas maiores que 02 cms, ou cicatrizar por segunda intenção com aposição de gaze medicamentosa, ou uso de biomateriais. Neste caso, optou-se pela esponja de fibrina por ser biologicamente compatível de baixo custo, fácil disponibilidade e permitir o fechamento da loja cirúrgica por primeira intenção. No entanto, são requisitos básicos para uso de biomateriais não haver

presença de infecção e promover-se a descorticalização das paredes com brocas aumentando a vascularização do sítio.

4. CONCLUSÃO

Os cistos periapicais são muito comuns. Por serem silenciosos, muitas vezes são descobertos através de tomada radiográfica ortopantomográfica, o que enaltece a necessidade desse exame complementar como método de diagnóstico preventivo. O tratamento de eleição para casos incipientes é o tratamento endodôntico do dente envolvido e a enucleação total para casos onde não houver possibilidade de injúrias a estruturas nobres circunvizinhas. No caso de ausência de infecção, o uso de biomateriais permitindo a cicatrização da ferida por primeira intenção pode estar indicada. Nos casos de lesões maiores a marsupialização pode ser utilizada como terapêutica de demora.

5. REFERÊNCIAS

- [1] 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.
- [2] Almeida OP. Patologia Oral – Série Abeno. 1ª. ed, São Paulo: Artes Médicas. 2016.
- [3] Marchionatti AME, Wandscher VF, Burmann, PFP, Tomé SB, Wolle CFB. Tratamento cirúrgico de cisto periapical de ampla extensão: Relato de caso clínico. Revista Saúde Integrada. 2017; 10(20): 86-89.
- [4] Andrade Junior CV, Antunes, HSA, Carvalho JCA, Dessaune Neto N, Uzeda Junior M. Os cistos radiculares podem curar após tratamento endodôntico. Rev. Bras. Odontol. [online]. 2014; 71 (1):99-102.
- [5] Lacerda-Santos JT, Pinheiro SAA, Dias-Ribeiro E, Freire JCP, Araújo TN. Tratamento de grandes cistos radiculares por meio da técnica de descompressão e posterior enucleação: relato de dois casos. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2018; 30(2):200-9
- [6] Rocha ATM, Dantas, BPSS, Dultra JA. Aspectos tomográficos do cisto radicular: relato de dois casos clínicos. Revista Odontológica de Araçatuba, 2019; 40(1):47-51.
- [7] Vasconcelos RG, Queiroz LMG, Alves Júnior LC, Germano AR, Vasconcelos MG. Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções – Relato de Caso. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012; 16(3):467-474.
- [8] Huang HY, Chen YK, Ko EC, Chuang FH, Chen PH, Chen CY, Wang WC. Restrospective analysis of nonendodontic periapical lesions in a population of Taiwanese patients. Clinical Oral Investigations, 2016; 21(6):2077-2082.
- [9] Resende MAP, Assis, NMSP, Sette-Dias AC, Aguiar, EG, Sotto-Maior BS. Tratamento cirúrgico e conservador de cisto periapical de grande proporção: relato de caso. HU Revista, 2018; 43(2):191-196. <https://doi.org/10.34019/1982-047.2017.v43.2781>
- [10] Silva RNF, Vilela ACS, Ferreira AB, Silva BG, Vêncio EF, Decurcio, DA, Costa NL. Tratamento de cisto radicular de grande extensão: relato de caso clínico- Rev Odontol Bras Central. 2018; 27(80):52-56.