

# CISTO PERIAPICAL RESIDUAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

## RESIDUAL PERIAPICAL CYST: CLINICAL CASE REPORT

SÉRGIO BARTOLOMEU DE FARIAS **MARTORELLI**<sup>1\*</sup>, FERNANDO DE OLIVEIRA **MARTORELLI**<sup>2</sup>, MARINA ROSA **BARBOSA**<sup>3</sup>, DIEGO SAMPAIO GARCIA **LEITE**<sup>4</sup>, CAMILLO LELLIS CARNEIRO DIAS **LEITE**<sup>5</sup>, GUSTAVO DUARTE **RIBEIRO**<sup>6</sup>

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

Avenida Conselheiro Aguiar, 1360, Sala 128, Boa Viagem, Recife, Brasil. CEP: 51011-030. [smartorelli\\_maxilofacial@hotmail.com](mailto:smartorelli_maxilofacial@hotmail.com)

Recebido em 28/05/2021. Aceito para publicação em 13/07/2021

### RESUMO

O cisto residual é um cisto odontogênico, de origem inflamatória e geralmente é precedido por um cisto radicular que se formou apical ou adjacente a um dente extraído. O diagnóstico é realizado através da anamnese, exame físico e exame radiológico, normalmente detectado por ortopantomografia de rotina, onde o aspecto radiográfico é de lesão radiolúcida, bem circunscrita e bem delimitada, unilocular, em forma de cúpula, circundada por halo esclerótico. O tratamento de eleição é a enucleação. O aspecto histopatológico apresenta epitélio de revestimento escamoso estratificado e uma cápsula fibrosa, com presença de poucas células gigantes e pigmentação hemossiderina. A biópsia e o exame histopatológico são os principais métodos de diagnóstico preciso, juntamente com a correlação radiológica. A decompressão, principalmente em cistos volumosos, pode ser feita mediante marsupialização, sendo métodos cirúrgicos eficazes para o tratamento de cistos residuais, que apresentam uma menor taxa de recorrência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cisto residual, cisto periapical, cistos odontogênicos, decompressão cirúrgica, patologia bucal.

### ABSTRACT

The residual cyst is an odontogenic cyst, of inflammatory origin and is usually originated by a root cyst that was formed apical or adjacent to an extracted tooth. The accomplished diagnosis is based by through anamnesis, physical examination and radiological examination, usually detected by routine orthopantomography, where the radiographic aspect is a radiolucent lesion, well circumscribed and well delimited, unilocular, in the form of a dome, surrounded by a sclerotic halo. The treatment of choice is enucleation. The histopathological aspect presents stratified squamous lining epithelium and a fibrous capsule, with the presence of few giant cells and hemosiderin pigmentation. Biopsy and histopathological examination are the main methods of accurate diagnosis, along with radiological correlation. Decompression, especially in bulky cysts, can be performed by marsupialization, being effective surgical methods for the treatment of residual cysts, which have a lower recurrence rate.

**KEYWORDS:** Residual cyst; Periapical cyst; Odontogenic cysts; Surgical decompression; Oral pathology.

### 1. INTRODUÇÃO

Os cistos são cavidades patológicas, revestidas por epitélio possuindo conteúdo líquido ou semi-sólido em seu núcleo<sup>1</sup>. Sua etiopatogenia mais aceita considera que sejam oriundos da proliferação dos restos epiteliais de Malassez presentes na região apical que é inadvertidamente mantida após a exodontia da unidade acometida, sendo responsável pelo desenvolvimento dessa lesão<sup>1,2</sup>. O cisto residual é considerado o terceiro tipo mais comum dos cistos odontogênicos, com características assintomáticas, assumindo dimensões que levam à expansão de corticais ósseas, atingindo grandes proporções em áreas edêntulas, com presença de dor resultando em reabsorção radiculares e fraturas ósseas<sup>1,2,3</sup>.

Os métodos diagnósticos empregados para detecção de cistos periapicais residuais incluem desde exame clínico detalhado, exame radiográfico, tomografia computadorizada (TC), tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e exame histopatológico<sup>4</sup>.

Os cistos periapicais residuais, em exame clínico podem ser evidenciados sinais de sensibilidade mobilidade e deslocamento dos dentes adjacentes abaulamento na região afetada, além de assimetria facial, dor à palpação e à mastigação<sup>3,4</sup>. Radiograficamente os cistos residuais apresentam uma imagem radiolúcida circular ou ovalada, de tamanho variável, apresentando radiopacidade central e a ausência do elemento dentário associado ao desenvolvimento da lesão<sup>4</sup>.

Histologicamente apresenta cavidade patológica revestida por epitélio escamoso estratificado, cápsula fibrosa com regiões de infiltrado inflamatório, cristais de colesterol e calcificações distróficas<sup>4</sup>. O diagnóstico diferencial é a presença da cápsula cística composta por tecido conjuntivo fibroso e revestida por epitélio escamoso estratificado não queratinizado, o aspecto que mais distingue o cisto residual do apical, no entanto o cisto residual é uma lesão persistente mesmo após a extração do dente associado<sup>4</sup>.

O tratamento do cisto residual é similar ao do cisto

periapical. A terapêutica de eleição é a enucleação total. Métodos de descompressão, como a marsupialização, é um método de tratamento conservador comparado a enucleação, tendo como principal vantagem a característica de evitar a perda de dentes permanentes viáveis<sup>5,6</sup>. A técnica da marsupialização, ou técnica de Pertsch, consiste na excisão cirúrgica de uma parte da calota da lesão e posterior sutura do mucoperiósteo que circunda o limite da parede do cisto<sup>5,6</sup>. Em seguida a cavidade é preenchida com gaze medicamentosa, normalmente utilizando-se pomada de neomicina e bacitracina, que é removida após 8 dias, ficando a cavidade aberta, sob forma de cavitação adicional. Após esse procedimento, ocorre a diminuição da lesão pela diminuição da pressão osmótica. Pode ser um tratamento único, como terapêutica definitiva quando o paciente não tem condições de se submeter a processo mais invasivo ou ainda usado como terapêutica de demora e com fins de biópsia para posterior enucleação e tratamento definitivo<sup>5</sup>.

A descompressão pode ser ainda realizada mediante colocação de um tubete de polietileno no interior do cisto, comunicando-se com a cavidade bucal, eliminando-se assim, sua pressão interna, fazendo com que a cavidade diminua consideravelmente e a membrana cística solte-se com facilidade<sup>6,7</sup>. A grande vantagem da descompressão prévia indo até o momento oportuno para a cirurgia onde realizar-se-á a enucleação da cápsula róta, é que não ocorre quase nenhum risco de fraturas no trans e pós-operatórios. A desvantagem seria o risco sempre presente de infecções<sup>6</sup>. A manutenção de epitélio patológico no sítio também é uma das desvantagens do tratamento conservador.

A marsupialização é indicada para lesões extensas, principalmente quando há risco de fratura devido à fragilidade da estrutura óssea<sup>7</sup>. A marsupialização diminui a pressão intracística, viabilizando a redução do cisto e uma favorável neoformação óssea. É um procedimento cirúrgico menos invasivo, reduzindo o risco de ocorrência de grandes defeitos ósseos e parestesia<sup>7,8,11</sup>.

As desvantagens da marsupialização são as possíveis modificações neoplásicas e a resistência da lesão ou sua possível recorrência. Entretanto, as vantagens dessa técnica consistem na facilidade de execução, boa visualização da cavidade, superficialização óssea pelo epitélio, evitando-se infecção óssea e lesão dos dentes vizinhos, pela conservação parcial da membrana cística<sup>8</sup>.

É indicada para cistos localizados próximos à região dos seios maxilares e fossas nasais. A conservação da bolsa cística, respeitando as normas cirúrgicas especiais, é de grande serventia para a proteção da cavidade sinusal, ou ainda para fortalecer o assoalho das fossas nasais, vulnerável e/ou debilitada pelo processo cístico<sup>8,14</sup>.

## 2. CASO CLÍNICO

Paciente, gênero feminino, divorciada, 52 anos,

funcionária pública, natural de Recife – Pernambuco, Brasil, procurou a clínica privada para avaliação de lesão na boca. Referiu na anamnese que há cerca de 06 meses sentiu um caroço na boca que foi aumentando gradualmente. Negou dor na região.

Ao exame clínico, extrabucal não apresentou alterações significativas. Ao exame clínico intrabucal apresentava ausência dos 18, 16, 15, 14, 12, 11, 21, 22, 24, 25, 26, reabilitados por prótese parcial removível. Foi ainda observado um aumento considerável de volume no vestibulo, região dos 11, 21 e 22, de consistência flutuante à palpação (Figura 1).



Figura 1. Aspecto inicial da lesão. Fonte: (Autores, 2021).



Figura 2. Tomografia volumétrica evidenciando tamanho e os limites da lesão. Fonte: (Autores, 2021).

Foram solicitados exames de imagem (Ortopantomografia e tomografia volumétrica de feixe cônico) que evidenciou a presença de lesão radiolúcida, bem circunscrita e bem delimitada, circundada por halo esclerótico, estendendo-se da região do 11 ao 23 (este

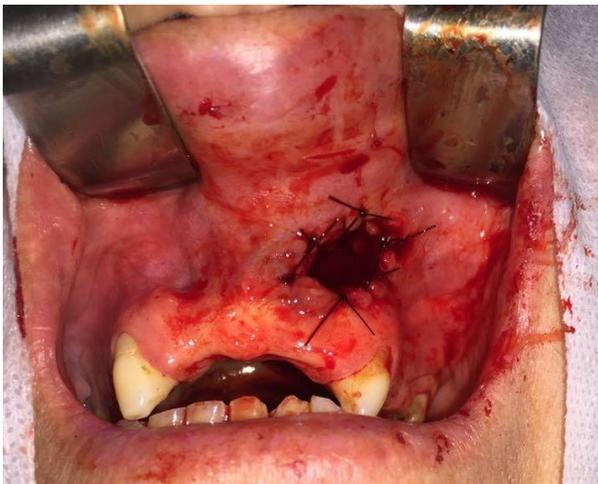
último respondendo positivamente aos testes de sensibilidade (Figura 2).

Confrontando os dados da anamnese, exame físico e exames de imagem, firmamos uma hipótese diagnóstica de cisto periapical residual. Foi então proposta uma descompressão com fins de biópsia incisional e de terapia de demora. Após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os exames rotineiros foram solicitados e a cirurgia programada.

Sob anestesia local infiltrativa, foi realizada a incisão e remoção de parte da cápsula da lesão (Figura 3) e empreendida a marsupialização através de sutura por pontos isolados de seda 3-0. (Figura 4).



**Figura 3.** Remoção parcial da mucosa vestibular em conjunto com a cápsula. Fonte: (Autores, 2021).

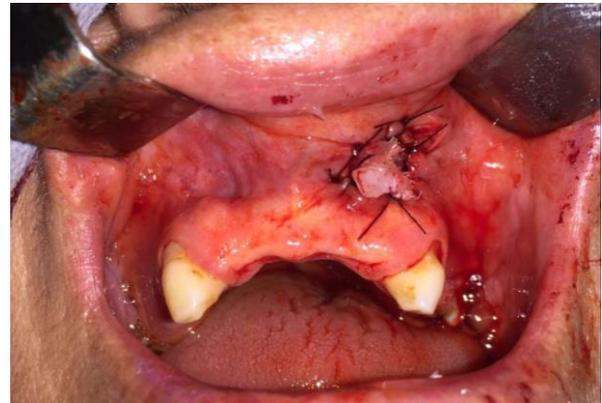


**Figura 4.** Marsupialização com fios de seda 3-0. Fonte: (Autores, 2021).

O material coletado foi imediatamente fixado em solução de formol 10%. Uma mecha de gaze medicamentosa (neomicina e bacitracina) foi colocada no interior da loja (Figura 5).

A sutura e a gaze medicamentosa foram removidas no 7º. dia de pós-operatório, que transcorreu sem qualquer anormalidade. Foram recomendados os

cuidados de higiene na loja, sendo a paciente acompanhada mês-a-mês por um período de 06 meses quando, pelo estado de regressão da lesão, foi realizada a remoção da cápsula rôta. O material foi encaminhado para exame histopatológico. A paciente encontra-se no 3º ano de controle pós-operatório, cujo aspecto pode ser observado nas Figuras 6a e 6b.

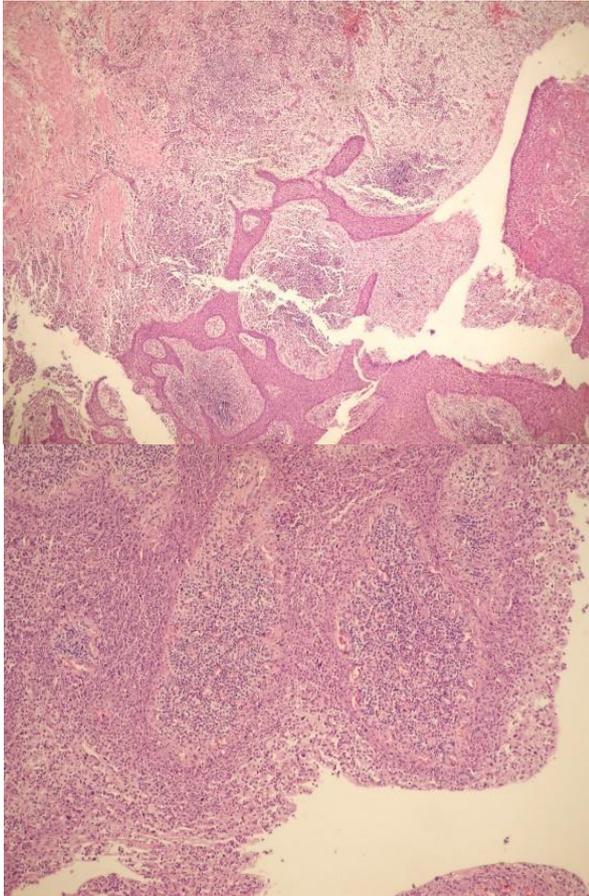


**Figura 5.** Apósito de gaze medicamentosa. Fonte: (Autores, 2021).



**Figura 6a e 6b.** Aspecto clínico e radiográfico com 03 anos de pós-operatório. Fonte: (Autores, 2021).

O exame histopatológico da peça inicial e final foram compatíveis com cisto periapical. Figura 7a e 7b.



**Figura 7a e 7b.** Exame histopatológico da 1ª e da 2ª. intervenção, respectivamente, compatíveis com cisto periapical.

### 3. DISCUSSÃO

A enucleação cística é o tratamento preconizado para os cistos, principalmente os de pequenas proporções, contudo ainda há controvérsias quando se trata de cistos de maiores proporções, devido a complicações cirúrgicas<sup>8,14</sup>.

O cisto residual é assintomático, como no caso relatado: a paciente não apresentava sintomatologia dolorosa, mas apenas o aumento de volume na região maxilar, o que a levou a procurar cuidados profissionais especializados. Radiograficamente, o cisto residual supracitado apresentou-se como uma área radiolúcida bastante extensa, envolvendo a região anterior da maxila, em região edêntula, levando a hipótese diagnóstica de cisto residual<sup>9,13,14</sup>, muito embora cisto do ducto nasopalatino também não estaria descartado como hipótese diagnóstica, sendo descartado após obtenção de exames de imagem tomográficos.

Em exame histológico, os cistos residuais são caracterizados por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso revestida de epitélio, com um lúmen contendo líquido e restos celulares. O revestimento epitelial dos cistos inflamatórios deriva da proliferação de pequenos resíduos epiteliais de Malassez. Ocasionalmente, podem-se encontrar células mucosas e ciliadas no epitélio<sup>9,10,11</sup>.

No caso relatado, observou-se por meio de coloração de HE (hematoxilina-eosina) fragmentos de lesão

cística, de origem odontogênica com áreas de intenso infiltrado inflamatório, confirmando assim tratar-se de um cisto odontogênico que, associado com as características clínicas e radiográficas, se concluiu o diagnóstico de cisto residual.

O tratamento mais indicado do cisto residual é a enucleação cirúrgica da lesão, podendo ter como técnica auxiliar e eficiente a marsupialização ou descompressão cirúrgica em casos de lesões extensas, devido ao risco de complicações cirúrgicas<sup>10,11,12</sup>. No caso relatado, foi realizada primeiramente a marsupialização, e, em seguida, a descompressão em consultório odontológico, sob anestesia infiltrativa local com intuito de descomprimir a lesão e com fins de diagnóstico, já que este só pode ser determinado mediante exame histopatológico da lesão.

### 4. CONCLUSÃO

O caso clínico apresentado teve resultado satisfatório no tratamento, sem recidiva da lesão, demonstrando que a técnica de marsupialização como técnica de descompressão foi eficaz, permitindo o diagnóstico prévio através da histopatologia e proporcionando uma enucleação cística à posteriori com menor trauma operatório e minimizando a agressão cirúrgica nos tecidos perilesionais. Quando se trata de lesões extensas, a redução de seu tamanho via descompressão por marsupialização, não só permite um tratamento conservador, mas também pode diminuir as complicações, apresentando bom prognóstico ao paciente.

### 5. REFERÊNCIAS

- [1] Titinchi F, Morkel J. Residual cyst of the jaws: A clinico-pathologic study of this seemingly inconspicuous lesion. *PLoS One*. 2020; 15(12):e0244250. Published 2020 Dec 17. doi:10.1371/journal.pone.0244250
- [2] Silva ID, Lobo F, Silva B G, Tolentino ES, Iwaki LCV, Silva MC. Cistos odontogênicos inflamatórios e de desenvolvimento: Estudo observacional e retrospectivo de 23 anos. *Revista Da Faculdade De Odontologia, Pôrto Alegre*. 2020; 61(1):4-10.
- [3] Santos LC, Fialho P, Neto EO, Souza A. Abordagem Cirúrgica De Cisto Residual Infectado Em Mandíbula: Relato De Caso. *Revista Uningá*, mar. 2019; 56(S3):113-118.
- [4] Carvalho GAO, Souza JR de, Câmara JVF, Ribeiro A de OP, Pierote JJA. Etiopatogenia e diagnóstico de cistos odontogênicos inflamatórios: revisão da literatura. *RSD*. 2 de junho de 2020; 9(7):e671974797.
- [5] Martorelli SBF, Figueiredo MMR, Martorelli FO, Andrade FBM, Lacerda EPM. Descompressão de cístico dentífero gigante – relato de caso. *Full Dent. Sci*. 2019; 10(38):49-54. DOI: 10.24077/2019;1038-4954
- [6] Lacerda EPM, Martorelli SBF, Martorelli FO. Dentigerous cyst in the maxillary posterior region associated with an impacted deciduous molar. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2018; 66(2):00-00.
- [7] Martorelli SBF, Andrade FBM, Medeiros ECP, Marechal BB, Martorelli FO. Management of dentigerous cysts associated with viable teeth – case reports. *Full Dent. Sci*. 2013; 4(14):269-275.

- [8] Martorelli SBF, Albuquerque R, Martorelli FO, Bravo F, Medeiros ECP. Maxila double periapical cyst of uncommon size, occurrence and evolution - case report. *Full Dent. Sci.* 2011; 3(9):99-105.
- [9] Oliveira DHIP, Lima ENA, Araújo CRF, Germano AR, Medeiros AMC, Queiroz LMG. Cisto Residual com Grande Dimensão: Relato de Caso e Revisão da Literatura. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* ISSN 1808-5210. 2011; 11(2):21-26.
- [10] Pereira JS, Milagres RM, Andrade BAB, Messoria MR, Kawata LT. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* ISSN 1808-5210. 2012; 12(2):37-42.
- [11] Vergara Hernández C. Manejo clínico do cisto periapical. *Duazary.* 19 de dezembro de 2013; 7 (2):219-22.
- [12] Vasconcelos ACU, Borges WDB, Heitz C, Salum FG, de Figueiredo MAZ, Nascimento GG, Duarte AAPS, Cherubini K. Surgical excision of a residual cyst in a patient with previous history of jaw osteonecrosis associated with oral bisphosphonate: A case report. *Clin Lab Res Den* 2015; 21(3):191-196
- [13] Silva TFA, Souza RB, Rocha RD, Araújo FAC, Morais HHA. Levantamento das Biópsias Realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* ISSN 1808-5210. 2011; 11(2):91-100.
- [14] Carvalho LLA, Silveira AKG, Melo AS, Quintino AFC, Rodrigues DC, Melo Filho MR. Conservative treatment of large cysts for elderly: literature review and case report. *Braz. Ap. Sci. Rev, Curitiba.* ISSN 2595-3621. 2020; 4(6):3916-3930.