

Cisto periapical residual: relato de caso clínico-cirúrgico

Residual periapical cyst: clinical and surgical case report

Residual quiste periapical: reporte de un caso clínico y quirúrgico

Jose Carlos **GARCIA DE MENDONÇA**¹
 Ellen Cristina **GAETTI JARDIM**²
 Cauê Monteiro dos **SANTOS**³
 Danilo Chizzolini **MASOCATTO**³
 Diones Calado de **QUADROS**³
 Murilo Moura **OLIVEIRA**³
 Juliana Andrade **MACENA**³
 Fernando Ribeiro **TEIXEIRA**³

¹Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF); Mestre em Ciências da Saúde, pela Universidade de Brasília – UnB; Doutor em Ciências da Saúde (CTBMF), pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS; Professor Adjunto de CTBMF da Faculdade de Odontologia – Faodo/UFMS; Coordenador do Programa de Residência em CTBMF do Núcleo de Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS.

²Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS, Doutora em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP-Univ. Estadual Paulista, Araçatuba-SP, Brasil.

³Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Núcleo de Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS.

Resumo

O cisto periapical residual é um cisto inflamatório que pode se desenvolver através do tecido inflamatório periapical que não foi corretamente curetado após exodontia de um dente. Este cisto é passível de apresentar redução espontânea, desde que haja descontinuidade do processo inflamatório contínuo, ou, em alguns casos, pode alcançar grandes dimensões. O presente estudo tem por objetivo apresentar um caso clínico de uma paciente de 53 anos de idade, portadora de um cisto periapical residual em região posterior de mandíbula, tratado cirurgicamente. Realizou-se acompanhamento pós-operatório de 24 meses, onde foi possível observar, através de controle radiográfico, neoformação óssea local sem evidências de recidiva.

Descritores: Cisto Radicular; Diagnóstico; Cistos Odontogênicos.

Abstract

The residual periapical cyst is an inflammatory cyst that can develop through periapical inflammatory tissue that was not properly curetted after extraction of a tooth. This cyst is capable of presenting spontaneous reduction, since there is discontinuity of the continuous inflammatory process, or, in some cases, can reach large dimension. This study aims to present a clinical case of a patient of 53 years old, carrying a residual periapical cyst in the posterior region of the jaw, surgically treated. Follow-up x-ray after 24 months showed local bone formation without evidence of recurrence.

Descriptors: Radicular Cyst; Diagnosis; Odontogenic Cysts.

Resumen

El quiste periapical residual es un quiste inflamatorio que se puede desarrollar a través del tejido periapical inflamatoria que no fue curetea correctamente después de la extracción de un diente. Este quiste es capaz de presentar reducción espontánea, puesto que no hay discontinuidad del proceso inflamatorio continua, o, en algunos casos, pueden llegar a grandes. Este estudio tiene como objetivo presentar un caso clínico de un paciente de 53 años de edad, llevaba un quiste periapical residual en la región posterior de la mandíbula, tratados quirúrgicamente. Held seguimiento postoperatorio de 24 meses, que se observó a través del control de rayos X, la formación óssea local sin evidencia de recurrencia.

Descriptores: Quiste Radicular; Diagnóstico; Quistes Odontogênicos.

INTRODUÇÃO

O tecido pulpar pode sofrer necrose devido a diversos fatores, a exemplo, trauma dentário ou acometimento pela doença cárie. Os restos epiteliais do ligamento periodontal ao sofrerem estímulos pela necrose do tecido pulpar podem originar o cisto radicular. Quando o cisto radicular permanece após a perda do dente afetado recebe o nome de cisto residual¹.

Cisto periapical residual é aquele que permanece intraósseo, mesmo após a extração de um dente ou raiz residual, com lesão periapical, não removida seja pela curetagem mal conduzida ou não realizada. Geralmente esta lesão não apresenta sintomatologia, acomete mais pessoas do gênero masculino (53,4%) e possui maior incidência em região posterior de maxila².

O cisto residual faz parte do grupo dos cistos odontogênicos inflamatórios e é considerado uma lesão óssea destrutiva que afeta os maxilares. Possui características biológicas benignas, crescimento lento e em determinados casos, desde que não seja diagnosticado e tratado a tempo, pode obter tamanho considerável. Existe um número grande de lesões císticas em mandíbula e maxila que apresentam uma série de características clínicas e radiográficas semelhantes, diante disto, o diagnóstico de cistos odontogênicos deve ser feito através de uma avaliação metódica dos aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos encontrados. Esta lesão apresenta achados clínicos e histológicos iguais aos de um cisto radicular. Radiograficamente é visto como uma imagem radiolúcida circular ou ovalada, de tamanho variável, presente em sítios que foram submetidos a extrações dentárias prévias³.

Comumente o tratamento de escolha para o cisto residual é a enucleação cirúrgica, sendo ela feita com critério, frequentemente, se observa neoformação óssea na região. A marsupialização e a descompressão são outras modalidades de tratamento que também visam o reparo ósseo em patologias periapicais de maior extensão⁴.

É importante ressaltar que o desenvolvimento de cistos, principalmente quando chegam a grandes tamanhos, pode resultar em danos às estruturas anatômicas, a exemplo, seio maxilar, cavidade nasal e possíveis fraturas patológicas dos maxilares. A presença de um cisto periapical residual em um sítio desdentado impossibilita um possível tratamento reabilitador oral no paciente que precisa ter novamente a função mastigatória restituída. Sendo assim, o

tratamento cirúrgico do cisto residual se faz extremamente necessário⁵.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de uma paciente de 53 anos de idade, portadora de um cisto residual em região posterior de mandíbula.

CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 53 anos de idade, leucoderma, compareceu ao Setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Mato Grosso do Sul, Brasil, com encaminhamento por parte de profissional da rede pública de saúde. A paciente procurou o serviço público de saúde, a fim de obter tratamento reabilitador bucal. Todavia, na avaliação inicial para o planejamento reabilitador, detectou-se, em exame radiográfico panorâmico, lesão em região posterior de mandíbula, ao lado direito. Ao exame extraoral, nenhuma assimetria facial foi detectada (Figura 1).



Figura 1. Paciente em norma frontal

Ao exame intraoral, nenhuma alteração de tecido ósseo e tecido mucoso/gengival foi detectada à palpação. Notou-se a ausência dos elementos dentários 18, 46, 47, 48, 28, 36, 37 e 38. Ao exame radiográfico, pode-se observar área radiolúcida bem circunscrita por linha radiopaca, unilocular, abrangendo corpo e região de ramo ascendente da mandíbula, ao lado direito (Figura 2).



Figura 2. Radiografia panorâmica evidenciando lesão em lado direito da mandíbula

De acordo com as características clínicas e radiográficas suscitou-se o diagnóstico de uma possível lesão cística. Portanto, como método auxiliar de diagnóstico decidiu-se realizar punção aspirativa, tendo como resultado presença de líquido amarelado com traços de sangue, características essas de líquido cístico (Figura 3).



Figura 3. Conteúdo líquido aspirado (3ml)

Os achados clínicos, radiográficos e a punção aspirativa nos ajudaram na escolha do tipo de tratamento, optou-se pela enucleação cirúrgica da lesão (Figura 4).



Figura 4. Vista macroscópica da lesão

Após a enucleação, foram enviados para análise anatomopatológica, em formol a 10%, dois fragmentos de tecido pardacento e elástico, o maior medindo 2,5 x 1,5 cm. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de lesão cística, compatível com cisto periapical residual. No corte microscópico corado por hematoxilina e eosina (HE), nota-se epitélio escamoso estratificado, cápsula fibrosa com infiltrado inflamatório, ilhas de epitélio odontogênico espalhadas no espécime (Figura 5).

O aspecto pós-operatório de 2 anos é mostrado em imagem, onde se nota neoformação óssea em cavidade residual (Figura 6).

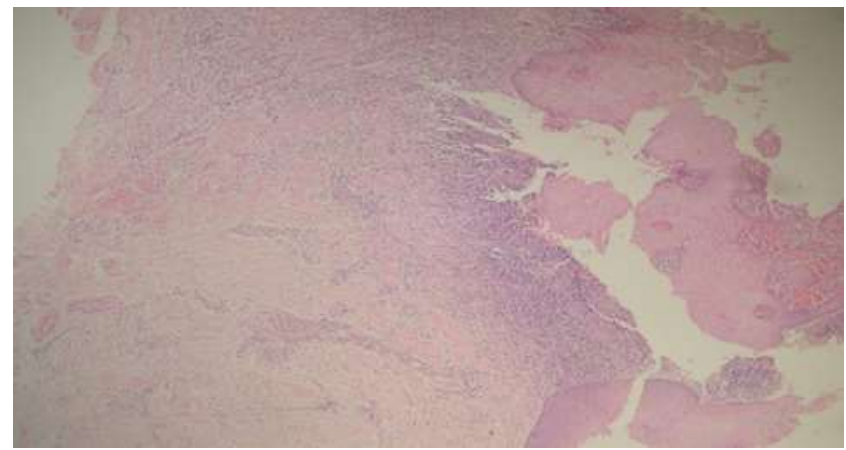


Figura 5. Corte microscópico corado por hematoxilina e eosina (HE).
Epitélio escamoso estratificado e cápsula fibrosa
com infiltrado inflamatório



Figura 6. Radiografia pós-operatória de 2 anos.
Observa-se neoformação óssea em local que abrigava lesão

DISCUSSÃO

O cisto radicular está inserido dentro do grupo dos cistos odontogênicos de origem inflamatória, sendo considerado a lesão patológica mais comum a afetar os maxilares. A forma de tratamento mais empregada para o cisto radicular é a enucleação cirúrgica, porém quando a enucleação deste cisto é feita de forma errônea ou a fase de curetagem alveolar associada à exodontia de um dente com esta lesão não é realizada, abre-se margem para um possível desenvolvimento do cisto periapical residual². A paciente deste relato de caso clínico não apresentava os elementos dentários 18, 46, 47, 48, 28, 36, 37, 38 e quando foi inquirida sobre os motivos das perdas dentárias, a mesma relatou informações que nos fizeram acreditar que os dentes ausentes foram acometidos pela doença cárie e periodontal. Fato este importante, pois sinaliza o potencial de desenvolvimento de necrose pulpar e lesões císticas. Provavelmente, o cisto periapical residual que acometeu a parte posterior direita da mandíbula desta paciente, se originou por falha da enucleação de um cisto radicular já existente ou a fase de curetagem alveolar associada à exodontia de um dente com lesão periapical não foi realizada como se deveria.

O cisto periapical residual corriqueiramente se mostra assintomático, apresentando sintomatologia dolorosa em casos de processos infecciosos secundários ou quando, devido ao seu tamanho, causa compressão nervosa na região que se desenvolve, levando o paciente a apresentar sintomatologia dolorosa⁶. A lesão cística, apresentada neste relato de caso, se desenvolveu adjacente ao canal mandibular, o que poderia levar à compressão do nervo alveolar inferior direito, já que este nervo possui trajetória por dentro deste canal. Neste relato de caso a paciente não apresentava sintomatologia dolorosa, o que nos fez descartar possíveis compressões nervosas causadas pelo desenvolvimento da lesão ou processos infecciosos secundários.

O cisto periapical residual acomete mais pessoas do gênero masculino e possui predileção pela maxila⁷. No caso relatado, a paciente é do gênero feminino e a mandíbula foi o osso acometido, o que não está de acordo com Jones et al.⁷.

Radiograficamente, o cisto periapical residual, geralmente demonstra uma imagem radiolúcida unilocular, circunscrita por halo radiopaco e de tamanho variável. A imagem pode ter um formato circular ou oval e apresentar radiopacidade central (calcificação). Outro ponto importante a se notar em imagens radiográficas de cistos residuais é a falta do elemento dentário associado ao desenvolvimento da lesão⁸. As características radiográficas apresentadas pela lesão deste relato de caso estão de acordo com o que foi descrito por Sridevi et al.⁸, com exceção da radiopacidade central (calcificação). Tumor odontogênico ceratocístico, ameloblastoma unicístico e cisto ósseo traumático são lesões que fazem parte do diagnóstico diferencial em relação ao cisto periapical residual⁹.

Histologicamente, o cisto periapical residual apresenta características semelhantes ao cisto radicular. Apresenta cavidade patológica revestida por epitélio escamoso estratificado, cápsula fibrosa com regiões de infiltrado inflamatório, cristais de colesterol e calcificações distróficas¹⁰. No caso relatado, histologicamente, observou-se fragmentos de lesão cística odontogênica revestida por epitélio escamoso estratificado, cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso com infiltrado inflamatório mononuclear e áreas com presença de hemácias.

A forma de tratamento, dos cistos periapicais residuais por enucleação cirúrgica é, quando possível, a técnica mais indicada. Esta técnica se caracteriza pelo desprendimento da membrana cística da cavidade óssea que a cerca, após esse desprendimento a lesão é

removida. Existem outras técnicas de tratamento para os cistos residuais, a exemplo, marsupialização e descompressão. A marsupialização tem como objetivo a transformação do cisto em uma cavidade acessória da cavidade oral, visando à diminuição da lesão para posteriormente realizar-se sua remoção. A descompressão é realizada com a ajuda de drenos, buscando a regressão da patologia cística¹¹. No presente caso, optou-se pela enucleação total da lesão, já que com este tipo de técnica se remove todo o tecido de procedência patológica diminuindo possíveis chances de recidiva. Importante frisar que após a enucleação da lesão, a paciente não apresentou parestesia relacionada ao nervo alveolar inferior que se encontrava nas proximidades da lesão.

CONCLUSÃO

O diagnóstico e tratamento dos cistos residuais necessitam ser feitos com exatidão e eficiência, a fim de que se evite que este tipo de lesão alcance dimensões maiores, podendo causar enfraquecimento dos maxilares e fratura dos mesmos. As lesões císticas tratadas de forma cirúrgica devem ser acompanhadas radiograficamente, principalmente para se analisar a formação de osso sadio no local que antes era ocupado pelo cisto. Neste relato de caso, a paciente foi acompanhada clínica e radiograficamente por dois anos, onde foi possível evidenciar neoformação óssea em região acometida pelo cisto periapical residual.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, DAMM DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2004.
2. 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. 2011; 11(2): 21-26.
3. Karam N, Karam F, Nasseh I, Noujeim M, Residual cyst with a misleading clinical and radiological appearance. J Oral Maxillofac Radiol. 2013; 1(1): 17-20.
4. Regezi JÁ, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 5. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
5. Nogueira AS, Sampieri MBS, Gonçalves ES, Gonçalves AGB, Soares ECS. Ocorrência simultânea de cisto dentígero e cisto residual na maxila. Braz. j. otorhinolaryngol. 2014; 80(1): 88-9.

6. Jamdade A, Nair GR, Kapoor M, Sharma N, Kundendu A. Localization of a peripheral residual cyst: diagnostic role of ct scan. Case Rep Dent. 2012;2012:760571. doi: 10.1155/2012/760571
7. Jones AV, Craig GT, Franklin CD. Range and demographics of odontogenic cysts diagnosed in a UK population over a 30-year period. J Oral Pathol Med. 2006; 35(8): 500-507.
8. Sridevi K, Mandan SRKN, Ratnakar P, Srikrishna K, Pavani BV. Residual cyst associated with calcifications in elderly patient. J Clin Diagn Res. 2014; 8(2): 246-9.
9. Corrêa M, Elias R, Cherubim K, Ponzoni D. Cisto radicular residual: relato de caso clínico. JBC j bras clin odontol. Integr. 2002; 6(32): 133-5.
10. Muglali M, Komerik N, Bulut e, Yarim G F, Celebi N, Sumer M. Cytokine and chemokine levels in radicular and residual cyst fluids. J Oral Pathol Med. 2008; 37(3): 185-9.
11. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 5. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ellen Cristina Gaetti Jardim

ellengaetti@gmail.com

Submetido em 30/12/2014

Aceito em 05/01/2015