

Cisto periapical residual tratado por descompressão: relato de caso clínico-cirúrgico

*Residual cyst periapical treated by decompression:
clinical and surgical case report*

*Quisto periapical residual tratado por descompresión:
reporte de un caso clínico y quirúrgico*

José Carlos Garcia de **MENDONÇA**¹
Ellen Cristina **GAETTI-JARDIM**²
Juliana Andrade **MACENA**³
Fernando Ribeiro **TEIXEIRA**³
Cauê Monteiro dos **SANTOS**³
Murilo Moura **OLIVEIRA**³
Danilo Chizzolini **MASOCATTO**³
Diones Calado de **QUADROS**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), Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS

Resumo

O cisto residual é uma lesão resultante de um processo inflamatório periapical mantido mesmo após exodontia do elemento dentário envolvido. Em alguns casos, podem alcançar grandes proporções, ocasionando expansão das corticais ósseas bem como fraturas patológicas. Tem como diagnóstico diferencial o cisto ósseo traumático, ameloblastoma e tumor odontogênico queratocístico e necessita de tratamento cirúrgico. Apresenta predileção pelo sexo masculino, acometendo com maior frequência a região posterior de maxila. Radiograficamente, caracteriza-se como uma área radiolúcida arredondada circunscrita por uma linha radiopaca. Demonstra cápsula de tecido conjuntivo fibroso, epitélio escamoso estratificado e exocitose como características histopatológicas. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico-cirúrgico de cisto residual de grandes proporções em região anterior de mandíbula, tratado cirurgicamente. Embora seja uma lesão prevalente nos ossos maxilares, observam-se poucos relatos uma vez que é frequentemente diagnosticada em radiografias de rotina. Assim, o diagnóstico precoce é de extrema importância para um correto tratamento, evitando a persistência e crescimento desta lesão.

Descritores: Cistos Odontogênicos; Cirurgia; Diagnóstico.

Abstract

The cyst residual is an injury resulting from a periapical inflammatory process maintained even after extraction of the involved tooth. In some cases, they can achieve great proportions, causing expansion of cortical bone and pathological fractures. Its differential diagnosis traumatic bone cyst, ameloblastoma and odontogenickeratocyst tumor and needs surgery. Predominates in males, affecting more frequently the posterior maxilla. Radiographically, it is characterized as a rounded radiolucent area circumscribed by a radiopaque line. Shows fibrous connective tissue capsule, stratified squamous epithelium and exocytosis as histopathologic features. This study aims to report a case of clinical-surgical residual cyst major in the anterior region of the jaw, surgically treated. Although it is a prevalent lesion in the jaws, are observed few reports since it is often diagnosed on routine radiographs. Thus, early diagnosis is of utmost importance for proper treatment, avoiding the persistence and growth of this injury.

Descriptors: Odontogenic Cysts; Surgery; Diagnosis.

Resumen

El quiste residual es una lesión que resulta de un proceso inflamatorio periapical mantenido incluso después de la extracción del diente afectado. En algunos casos, pueden alcanzar grandes proporciones, causando la expansión de hueso cortical y fracturas patológicas. Su diagnóstico diferencial quiste óseo traumático, ameloblastoma y el tumor queratocístico odontogénico y necesita cirugía. Predomina en varones, que afecta con mayor frecuencia el maxilar posterior. Radiográficamente, se caracteriza como un área radiolúcida redondeada circunscrita por una línea radiopaca. Muestra cápsula fibrosa del tejido conectivo, epitelio escamoso estratificado y exocitosis como características histopatológicas. Este estudio tiene como objetivo informar de un caso de un quiste residual-clínica quirúrgica en la región anterior de la mandíbula, tratados quirúrgicamente. A pesar de que es una lesión frecuente en las mandíbulas, se observan algunos informes, ya que a menudo se diagnostica en las radiografías de rutina. Por lo tanto, el diagnóstico precoz es de suma importancia para el tratamiento adecuado, evitando la persistencia y el crecimiento de esta lesión.

Descriptores: Quistes Odontogênicos; Quirurgia; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos são classificados, de acordo com sua patogênese, em dois segmentos: os de desenvolvimento e os inflamatórios. Os de origem inflamatória são resultantes de um processo inflamatório periapical, bem como pelo estímulo à proliferação dos restos epiteliais de Malassez¹⁻³.

O cisto periapical residual é uma lesão comumente assintomática, localizada em locais de exodontia prévia, sendo descoberta em exames radiográficos de rotina. Em alguns casos, pode alcançar extensão suficiente para ocasionar a expansão e/ou destruição das corticais ósseas bem como tornar-se dolorosa devido a uma infecção secundária^{4,5}.

Radiograficamente, caracteriza-se como uma área radiolúcida arredondada, com tamanho variável, circunscrita por uma linha radiopaca^{1,3}. Apresenta predileção pelo sexo masculino (53,4%), acometendo com maior frequência a região posterior de maxila^{4,6}.

O tratamento usualmente selecionado para o cisto residual é a sua enucleação cirúrgica, a qual acarretará em neoformação óssea na loja cística. Entretanto, nos casos em que a lesão alcançar grandes dimensões, o emprego de tal tratamento pode acarretar injúria a estruturas nobres bem como enfraquecimento dos ossos gnáticos. Por conseguinte, a marsupialização ou a descompressão fazem-se necessárias para promover redução da cavidade cística^{3,7,8}.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em uma paciente de 74 anos, acometida por um cisto residual de grandes dimensões em região anterior de mandíbula, tratada por meio de descompressão.

CASO CLÍNICO

Paciente P.M., gênero feminino, leucoderma, 74 anos de idade, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS queixando-se de drenagem espontânea de exsudato purulento e dor em região anterior de mandíbula. Na anamnese, a paciente relatou que há cerca de 1 ano foi submetida à procedimento cirúrgico de exodontia do elemento 33 o qual encontrava-se com necrose pulpar. Após 11 meses, evoluiu com fístula e queixa algica no local, o que a levou a buscar atendimento.

Ao exame radiográfico observava-se extensa lesão radiolúcida em região anterior de mandíbula circunscrita por um halo radiopaco (Figura 1). Ao exame físico extrabucal, foi observado edema discreto em região mentoniana, lado esquerdo (Figura 2). Ao exame físico intrabucal observou-se edentulismo em maxila e mandíbula, bem como uso de prótese total superior e inferior, abaulamento das corticais ósseas, eritema em mucosa local, e drenagem espontânea de

exsudato purulento em região anterior de mandíbula. Dados os aspectos clínicos e radiográficos, obteve-se a hipótese diagnóstica de uma lesão cística. Deste modo, prosseguiu-se à punção aspirativa a qual evidenciou traços de sangue e líquido amarelado semelhante à coleção purulenta, assim como biópsia incisiva.



Figura 1. Radiografia ortopantomográfica inicial evidenciando lesão extensa em região anterior de mandíbula



Figura 2. Aspecto extraoral. Visão axial e frontal

No momento da biópsia, foi observada fenestração parcial da cortical óssea vestibular bem como da membrana cística com coleção purulenta na cavidade óssea, evidenciando infecção secundária (Figura 3). O material coletado foi enviado para exame histopatológico no Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFMS, a paciente foi medicada e orientada a não utilizar a prótese inferior.



Figura 3. Fenestração óssea

O exame histopatológico corado com hematoxilina e eosina (HE) ratificou o diagnóstico de cisto periapical residual, evidenciando tecido epitelial estratificado, exocitose, áreas com abscesso e ilhas de epitélio odontogênico (Figura 4).

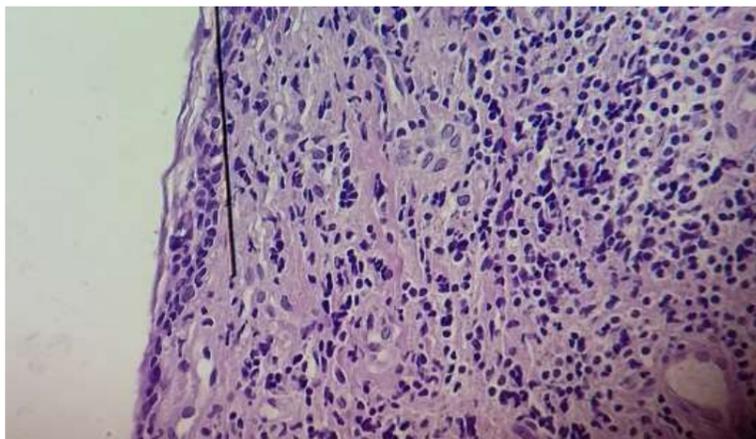


Figura 4. Tecido epitelial estratificado, exocitose, áreas com abscesso e ilhas de epitélio odontogênico (HE)

Devido à grande extensão da lesão, o tratamento escolhido foi o cirúrgico através de descompressão, para evitar lesões ao nervo mentoniano bilateral bem como fragilização da mandíbula. Sob anestesia local, com infiltração de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 em região de nervo mentoniano bilateral e nervo lingual, foi realizada incisão mucoperiosteal linear em rebordo da região anterior de mandíbula.

A cavidade foi irrigada com solução fisiológica 0,9% e instalou-se, através de sutura em mucosa, um dispositivo confeccionado com sonda foley nº 8 na cavidade para que ocorresse a descompressão da lesão e, conseqüentemente, a redução do seu tamanho para que em um segundo tempo cirúrgico a mesma fosse enucleada (Figura 5).



Figura 5. Sonda Foley nº 8 suturada para descompressão

A paciente foi orientada a irrigar diariamente a cavidade com solução fisiológica 0,9% para higienização e manutenção da área de descompressão. Após 4 meses, foi solicitado um novo exame

radiográfico de controle para avaliar as dimensões da lesão. Foi observado processo de neoformação óssea no local (Figura 6).



Figura 6. Radiografia ortopantomográfica (4 meses pós-operatórios)

Consultas de retorno foram mantidas e após 8 meses do procedimento de descompressão ter sido realizado, foi solicitado um novo exame radiográfico o qual evidenciou imagem compatível com neoformação óssea em toda a extensão da lesão cística, não havendo necessidade de novo procedimento cirúrgico para enucleação da lesão (Figura 7).



Figura 7. Radiografia ortopantomográfica (8 meses pós-operatórios)

A paciente encontra-se sem queixas, fazendo uso das próteses totais superior e inferior, sem sinais de infecção e permanece em acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

O cisto radicular é o que mais acomete os maxilares dentre os cistos odontogênicos de origem inflamatória. Por se tratar de uma lesão periapical, geralmente é retirada juntamente com a unidade dentária associada, tornando o cisto residual menos frequente⁹. Entretanto, nos casos em que não ocorre sua total enucleação ou uma curetagem meticulosa pós exodontia não é realizada, pode-se desenvolver um cisto residual¹¹.

No presente trabalho, a paciente relatou ter sido submetida a exodontia prévia no local da lesão. Tal fato corrobora com a etiologia encontrada na literatura em que, restos epiteliais de Malassez proliferam-se por estímulo da inflamação em dentes com necrose pulpar^{2,3,10}.

O cisto residual manifesta-se usualmente de forma assintomática. Situações nas quais infectados secundariamente ou seu crescimento leva a compressão

de estruturas nervosas, podem levar o paciente a ter queixas álgicas^{4,5,11}. Neste relato, a paciente apresentava sintomatologia dolorosa devido a uma infecção secundária da lesão.

O cisto residual tem maior prevalência em homens, acometendo em maior proporção a região posterior de maxila^{3,11,13,14}. No caso exposto, a paciente era do gênero feminino e a região afetada a anterior de mandíbula, semelhante aos relatos de Mendonça et al.¹² e Oliveira et al.⁶.

Radiograficamente, o cisto residual apresenta-se como uma imagem radiolúcida unilocular de tamanho variável, circundada por halo radiopaco, não havendo elemento dentário associado¹⁴. Os aspectos radiográficos encontrados neste relato estão de acordo com a literatura¹⁵.

Histologicamente, apresenta-se revestido por epitélio escamoso estratificado, cápsula fibrosa com regiões de infiltrado inflamatório e cristais de colesterol². No presente caso, observou-se tecido epitelial estratificado, exocitose, áreas com abscesso e ilhas de epitélio odontogênico.

A enucleação cirúrgica é o tratamento mais indicado para o cisto residual. Contudo, em lesões extensas, o risco de lesionar estruturas nobres ou fraturar os ossos maxilares, torna este tratamento inviável inicialmente fazendo-se necessária uma marsupialização ou descompressão^{3,7,8}.

A descompressão tem por finalidade, diminuir a pressão interna do cisto através da colocação de dispositivos de drenagem na região cística voltada para a cavidade bucal. A técnica consiste na exposição da lesão cística, implantação do cateter em seu interior e sutura das suas bordas na mucosa gengival.

O paciente é orientado a irrigar o local com solução fisiológica 0,9% diariamente e a obliterar a entrada do dispositivo antes de se alimentar, para evitar a entrada de alimentos na cavidade cística. Esta técnica tem como desvantagem a impossibilidade de visualizar possíveis alterações no epitélio cístico, uma vez que a cavidade cística permanece totalmente fechada¹⁶.

Por apresentar grande extensão em região anterior de mandíbula, o tratamento de escolha deste trabalho foi a descompressão cirúrgica, sob anestesia local. Como houve sinais de regressão da lesão e neoformação óssea em toda a sua extensão, um segundo ato cirúrgico para enucleação foi descartado.

CONCLUSÃO

Os cistos residuais necessitam de um correto diagnóstico e realização de tratamento efetivo com o intuito de impedir que estas lesões alcancem grandes dimensões, com conseqüente comprometimento de estruturas nobres e ainda, fraturas patológicas. Nos casos em que isto ocorre, o tratamento através da descompressão torna-se viável e seguro, uma vez que

ocasiona a diminuição da lesão e muitas vezes sua total regressão. Ressalta-se a importância de acompanhamento radiográfico para avaliação de neoformação óssea no local da lesão cística.

REFERÊNCIAS

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological Typing of odontogenic tumours. WHO (International histological classification of tumors) 2^a ed, Springer-Verlag, Berlim 1992: 34-42.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
3. Dimitroulis G, Curtin J. Massive residual dental cyst: Case report. Aust Dent J. 1998;43:(4):234-7.
4. White SC, Pharoah MJ. Textbook of Oral Radiology Principles and Interpretations, Elsevier, New York, NY, USA, 6th edition, 2009.
5. High AS, Hirschmann PN. Age changes in residual radicular cysts. J Oral Pathol. 1986;15(10):524-8.
6. 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):21-6.
7. Neto MM, Danesi CC, Unfer DT. Contribuição ao estudo do cisto radicular: revisão de literatura. Rev Saúde. 2004; 30 (1-2): 90-9.
8. Regezi JÁ, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia oral: correlações clinico-patológicas. 5. ed., Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
9. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Sueti Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files. J Oral Pathol Med. 2004; 33(3):147-55.
10. Neto MDEH, Barbosa DZ, Silva CJ, Silva MCP. Marsupialização e enucleação de cisto radicular apical. Rev INPEO. 2007;1(1): 1-64.
11. 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
12. Mendonça JCG, Gaetti Jardim EC, Santos CM, Masocatto DC, Quadros DC, Oliveira MM, Macena JA, Teixeira FR. Cisto periapical residual: relato de caso clínico-cirúrgico. Arch Health Invest. 2015; 4(1): 45-9.
13. Nogueira AS, Sampieri MBS, Gonçalves ES, Gonçalves AGB, Soares ECS. Simultaneous occurrence of dentigerous cyst and residual cyst. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80(1):88-9.
14. 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.

15. 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.
16. Freitas R. Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial. São Paulo: Editora Santos; 2006.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ellen Cristina Gaetti-Jardim
ellengaetti@gmail.com

Submetido em 15/08/2015

Aceito em 23/08/2015