

Enucleação de cistoperiapical associado a tratamento endodôntico: relato de caso

Periapical cyst associated with endodontic treatment: case report

Enucleación de cistoperiapical asociado a tratamiento endodontico: reporte de caso

Gabriel Portugal da **COSTA**¹
Alana Oswaldina Gavioli Meira **DOS SANTOS**²
Fabio Nakao **ARASHIRO**³
Gustavo Silva **PELLISSARO**⁴
Julio Cesar Leite **da SILVA**³
Albert Schiavetto **de SOUZA**³
Ellen Cristina **GAETTI-JARDIM**³

¹Cirurgião-Dentista. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAODO-UFMS).

²Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

³Professor(a) Adjunto da Faodo-UFMS, Campo Grande – MS, Brasil.

⁴Doutorando. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Famed-UFMS).

Resumo

Introdução: O cisto periapical é uma lesão óssea inflamatória envolvida por um epitélio de revestimento formando uma cavidade com líquido e substâncias semi-sólidas no ápice dental que ocorre mais em região anterior de maxila. Geralmente apresenta-se radiograficamente radiolúcido e unilocular com ou sem sintomatologia sendo cada caso com sua especificidade e isso deve ser levado em consideração na hora da eleição do melhor tratamento, como: o tamanho da lesão, a extensão e áreas próximas vitais. Podemos associar técnicas cirúrgicas como enucleação com técnicas endodônticas. Deste modo, é objetivo: apresentar um caso de paciente, sexo feminino, 44 anos, que procurou o Complexo de Clínicas Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul queixando-se de dor do elemento 11 ao 14. No exame radiográfico junto com exame clínico foi detectado um possível cisto periapical recorrente em região previamente realizada procedimento cirúrgico de enucleação de cisto periapical. **Material e método:** A enucleação junto com apicectomia foi o tratamento elegido para a paciente. Este trabalho é um relato de caso sobre associação de técnicas cirúrgicas e endodônticas para o tratamento de cistos periapicais. **Conclusão:** a remissão da sintomatologia da paciente foi bastante satisfatória e houve melhora de sua qualidade de vida.

Descritores: Cisto Periapical, Cisto Radicular, Diagnóstico, Terapêutica.

Abstract

Introduction: The periapical cyst is an inflammatory bone lesion involved by a lining epithelium forming a cavity with liquid and semi-solid substances at the dental apex occurring most in the anterior region of the maxilla. Generally, radiographically radiolucent and unilocular with or without symptomatology being each case with its specificity and this must be taken into account at the time of the election of the best treatment, such as the size of the lesion, the extent and the near vital areas. We can associate surgical techniques such as enucleation with endodontic techniques. Objective to present a patient case, female, 44 years old, who sought the Complex of Dental Clinics of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Mato Grosso do Sul complaining of pain from element 11 to 14. In the examination radiograph together with clinical examination was detected a possible periapical cyst recurrent in a region previously performed surgical procedure of enucleation of periapical cyst. **Material and method:** Enucleation together with apicectomy were the treatment chosen for the patient. This paper is a case report on the association of surgical and endodontic techniques for the treatment of periapical cysts. **Conclusion:** It was concluded that the remission of the patient's symptoms was quite satisfactory and there was an improvement in their quality of life.

Descriptors: Periapical cyst, Radicularcyst, Diagnosis, Therapy.

Resumen

Introducción: El quiste periapical es una lesión óssea inflamatória envuelta por um epitelio de revestimiento formando una cavidad con líquido y sustancias semisólidas e nel ápice dental que ocurre más em región anterior de mandíbula. En general, se presenta radiograficamente radiolúcido y unilocular con o sintomatologíasiendo cada caso con su especificidad y esto debe ser tenido en cuenta a la hora de la elección del mejor tratamiento, como: el tamaño de la lesión, la extensión y áreas próximas vitales. Podemos asociar técnicas quirúrgicas como enucleación con técnicas endodônticas. De este modo, es objetivo: presentar un caso de paciente, sexo femenino, 44 años, que buscó el Complejo de Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Mato Grosso del Sul quejándose de dolor del elemento 11 al 14. En el examen radiográfico junto con examen clínico fue detectado un posible quiste periapical recorrente em región previamente realizada procedimiento quirúrgico de enucleación de quiste periapical. **Material y método:** La enucleación junto con apicectomia fue el tratamiento elegido para la paciente. Este trabajo es un relato de caso sobre asociación de técnicas quirúrgicas y endodônticas para el tratamiento de quistes periapicales. **Conclusión:** la remisión de la sintomatología de la paciente fue bastante satisfactoria y hubo mejoría de su calidad de vida.

Descritores: Cysto Periapical, Cysto Radical, Diagnóstico, Terapêutica.

INTRODUÇÃO

Os cistos verdadeiros propriamente ditos, são lesões no periápice com um epitélio que reveste completamente a cavidade cística, ela é fechada sem qualquer tipo de abertura ou conexão com o sistema de canais radiculares e em seu interior possui a presença de um material líquido ou semi-sólido. Também existem os cistos “baías” que também são revestidos por um epitélio, no entanto, este revestimento é interrompido quando chega no ápice do elemento dental, no qual projeta-se para dentro da cavidade criando uma comunicação com o forame apical¹.

Na população brasileira, o cisto periapical é

mais prevalente nas regiões anterior de maxila, com 43% dos casos e posterior de maxila, abrangendo 28% dos casos. Não há diferença estatisticamente de prevalência entre homens e mulheres, sendo o incisivo lateral direito superior o mais afetado pela patologia com 11%, o incisivo lateral esquerdo superior com 10% e primeiro molar inferior direito com 8% em segundo e terceiro lugar respectivamente².

Baseado em dados clínicos e na literatura o tratamento de eleição para as lesões císticas é a enucleação cirúrgica. Com esta técnica, a neoformação óssea é mais adequada em locais onde

ainda existe uma boa quantidade de osso em volta, além de ser uma cirurgia de baixa complexidade e baixo custo financeiro³.

Sendo assim, é comum o emprego da analgesia perioperatória em casos de enucleação cística com o uso de 4 a 8mg de dexametasona, 01 hora antes da intervenção cirúrgica sendo um anti-inflamatório não-esteroidal se a dor persistir e analgésico no pós-operatório⁴ resguardando o emprego do antibiótico em situações de infecção com o uso de amoxicilina ou Penicilina V como a primeira escolha em pacientes não-alérgicos⁵.

Deste modo, é objetivo relatar um caso de paciente que procurou atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul com dor intensa em região de maxila a direita e com histórico de exérese de lesão óssea na mesma região.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 44 anos, melanoderma, foi encaminhada ao complexo de policlínicas odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Faodo/UFMS). Durante anamnese a paciente queixou-se de dor em maxila direita na região dos dentes anteriores do elemento 11 a distal do dente 14. A mesma referiu já ter sido submetida a procedimento cirúrgico para remoção de lesão cística ao redor das raízes dentárias, no entanto, a dor nunca cessara. A paciente negou quaisquer alterações sistêmicas. Ao exame clínico extra-oral não foram observadas alterações. Intra-oral foi observado aspecto de normalidade da mucosa, discreto abaulamento acompanhado de dor a palpação na região dos ápices dentários, da mesial do elemento 11 a distal do elemento 14 (Figura 1).



Figura 1: A, B – Aspecto inicial apresentando normalidade aos exames extraoral e intraoral com discreto abaulamento na mucosa.

Analisando os dados do prontuário da Faodo, foi constatado tratamento endodôntico prévio em novembro de 2014 nos elementos dentários 11, 12, 13 e 14, seguido de retratamento dos referidos dentes no decorrer do ano de 2015. Deste modo, a fim de otimizar a neoformação óssea e a remissão da sintomatologia, o tratamento primário de escolha foi a enucleação da lesão seguida de apicectomia e retratamento do elemento 12.

Ao exame de imagem, as radiografias e periapical revelaram uma lesão periapical de 3

centímetros, radiolúcida e unilocular, envolvendo elementos dentários já mencionados. Associado a tomografia computadorizada volumétrica, demonstrou lesão óssea hipodensa de contorno definido, localizada na região apical dos dentes 11, 12, 13 e 14, além de expansão e rompimento da cortical óssea vestibular (Figura 2).

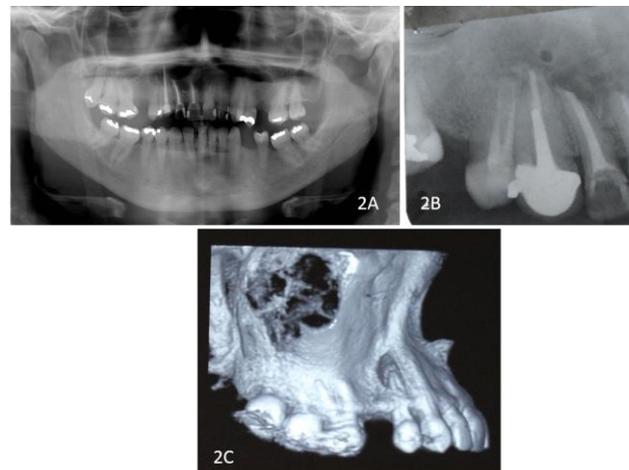


Figura 2: A - Radiografia panorâmica; B - Radiografia periapical; C - Reconstrução 3D. Presença de lesão envolvendo os dentes 11, 12, 13 e 14.

A cirurgia de enucleação da lesão concomitante ao retratamento endodôntico e apicectomia foram realizados na FAODO – UFMS. Foi executada a abertura coronária e desobturação do elemento 12 em dezembro de 2018, não sendo obturado pois havia o contínuo fluxo de exsudato proveniente do canal. A enucleação da lesão, obturação do elemento dentário citado e apicectomia foram realizados em março de 2019. Remoção do núcleo, desobturação e reinstrumentação do elemento 13 foram feitos em maio de 2019 e obturação do elemento 13 em junho de 2019.

Em virtude dos aspectos imaginológicos, histórico da paciente e a continuação da dor, alegando mais de um ano e meio da cirurgia anterior o diagnóstico mais provável era a recidiva do cisto periapical. Sendo assim, optou-se como 1º tratamento no retorno da paciente após avaliação dos exames de imagem e clínicos, a desobturação do conduto do dente 12, pois era o elemento mais envolvido pela lesão e para outra sessão foi planejado o retratamento do dente, concomitante a enucleação cística, seguida de curetagem apical e apicectomia.

Primeiramente foi administrado previamente, uma hora antes dos procedimentos, dois comprimidos de dexametasona 4mg, dois comprimidos de amoxicilina 500mg, antisepsia intra e extra-oral com digluconato de clorexidina 0,12% e 2% respectivamente.

Em seguida, após anestesia com mepivacaína 2% 1:100.000 procedeu a abertura coronária do dente 12 com caneta de alta rotação e irrigação constante de soro fisiológico 0,9%, nesta etapa foram utilizadas brocas 1012, 1014 e 3082.

Para a desobturação, com o dente isolado com lençol de borracha, foi empregue broca de Largo número 2 para o terço cervical e para o terço médio, já na parte apical, uma lima K20 e solvente. Hipoclorito de sódio (NaClO) foi utilizado para irrigação do conduto para seguida reinstrumentação e nova conformação do batente apical. O material de escolha como medicação intracanal foi a pasta de hidróxido de cálcio no terço médio, seguido pela colocação de algodão estéril no terço cervical e coltosol na parte coronária mais inferior. Também foi utilizado como selador temporário cimento de ionômero de vidro R.

No procedimento seguinte, com isolamento absoluto de lençol de borracha, foi feita abertura coronária com broca cilíndrica 1014 em alta rotação do elemento 12 e irrigação com soro fisiológico 0,9% para remoção da pasta de hidróxido de cálcio para posterior obturação.

Em seguida, o procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local com o bloqueio regional do nervo alveolar superior anterior e médio e nervo nasopalatino com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, com agulha curta. Realizou-se a incisão de Wasmund com extensão de mesial do dente 22 a mesial do dente 16 com cabo de bisturi número 3 e lâmina 15c. Após o descolamento do retalho mucoperiosta com o descolador de Molt, o acesso a lesão foi realizado por meio de osteotomia com cinzel Ochsenbein, da porção anterior da cavidade cística. Em seguida, curetagem minuciosa, apicectomia do elemento 12 com broca 702 e irrigação abundante com soro possibilitou a enucleação cística (Figura 3).

Após a apicectomia, realizou-se instrumentação do sistema de canais radiculares com irrigação de clorexidina 2% e soro fisiológico. A obturação teve como técnica eleita a de cone único e condensação vertical com calcador de Paiva. Depois da limpeza com algodão estéril da porção coronária do dente, foi utilizado coltosol e cimento de ionômero de vidro para selar a cavidade. Para finalizar, sutura interpapilar na parte intra-sulcular e ponto simples na incisão relaxante (Figura 3).



Figura 3: A, B, C, D, E, F – Acesso e curetagem da lesão. Instrumentação e prova do cone de gutapercha no dente 12. Sutura interrompida simples com nylon 5-0.

A lesão foi enviada para análise histopatológica em um frasco com formol a 10%, previamente identificado, e encaminhado para o Laboratório de Patologia da mesma instituição de ensino com diagnóstico de cicatriz fibrosa periapical.

Posteriormente, em pós-operatório de 60 dias optou-se pela retirada do núcleo da raiz do elemento 13 para realizar testes e verificar possível trinca na raiz. O procedimento consistiu em de início anestesia com técnica infiltrativa em fundo de sulco do elemento 13 (Figura 4A). Após, em sentido cervico-incisal por vestibular e palatina utilizou-se broca transmetal, em alta rotação, com irrigação constante de água destilada até visualização do núcleo metálico. Com espátula Holleback, realizou-se movimento méso-distal para completa fratura e remoção da coroa protética. Após, com auxílio do ultrassom e leve pressão, encostou-se a ponta do ultrassom nas faces vestibular e lingual do núcleo, seguido pela remoção do mesmo. Foi confeccionada uma coroa provisória e aguardado uma semana para reavaliação.

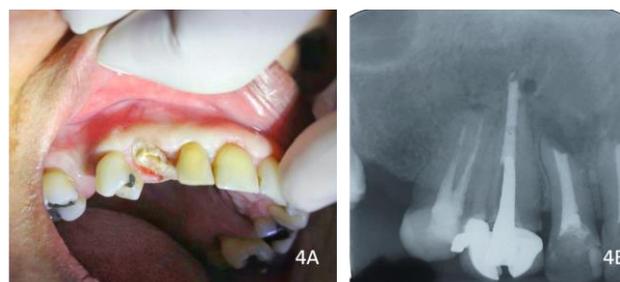


Figura 4: A - Remoção da coroa protética relacionada ao dente 13. B - Radiografia periapical final com os elementos 12 e 13 obturados, e após 3 meses da realização da cirurgia parodontal com melhor formação óssea.

Decorrido esse período, desobturou-se o conduto, e foi realizado um teste com espátula Holleback 3s em movimento de gancho, sem realização de anestesia, a fim de observar a possível reação de sensação dolorosa pela paciente. Com o resultado negativo ao teste clínico e após análise de radiografias, as quais não apontaram possíveis consequências que ao longo do tempo uma raiz fraturada causaria ao periodonto e ao dente, como reabsorções e lesões, foi feita a reinstrumentação e retirada do dente de oclusão, além de colocação de medicação intra-canal para observar por mais uma semana a diminuição da sintomatologia dolorosa.

Após relato da paciente, de melhora de 95% da dor, sendo 5% uma ligeira sensibilidade em apenas 01 dia na semana, optou-se pela reobturação do conduto, e posterior raspagem e profilaxia para seguinte confecção de prótese fixa unitária permanecendo atualmente leve sensibilidade e a paciente satisfeita com o resultado alcançado algo evidenciado com o satisfatório processo de reparo da região operada, em radiografia periapical de 3 meses com evidente neoformação óssea (Figura 4B).

DISCUSSÃO

Tem-se como definição de dor orofacial uma desordem dolorosa correlacionada a vários tecidos: muscular, dentário, periodontal, glandular, ósseo, entre outros. A grande diversidade de fatores causais torna o diagnóstico amplo^{6,7}. Deve-se analisar o histórico clínico do paciente, para auxiliar no diagnóstico diferencial bem como a situação radiográfica e clínica para escolha do melhor tratamento. O cisto radicular apresenta-se comumente radiolúcido unilocular, com uma variante multilocular, com bordas corticalizadas e lúmen bem uniforme. Envolve na maioria dos casos o periápice dentário e possui tamanho de aproximadamente 20mm, podendo ocasionar a movimentação de raízes de dentes próximos⁸⁻¹⁰. É mais encontrado em pacientes adultos entre 30 e 60 anos, e sempre é identificado em dentes desvitalizados, com predominância para área anterior de maxila, em seguida área posterior de maxila¹¹. Aspectos imaginológicos e histórico clínico tiveram grande relevância para investigação do caso apresentado que causara a dor, bem como sinais e sintomas que levou a seguir o caminho de alta carga oclusal nos dentes relacionados, como dor na região do ápice dentário ao tocar dentes antagonistas.

A enucleação deve ser utilizada em situações que o risco cirúrgico de lesar estruturas importantes não seja esperado, como fraturas ósseas ou lesão de alguma estrutura anatômica¹². Como o cisto “baía” tem mais chance de cicatrização devida sua comunicação com o sistema de canais radiculares, então tratado o foco infeccioso, o cisto regride. Dessa maneira, elegeu-se como procedimento de escolha a enucleação seguido de tratamento endodôntico, levando em consideração a conexão entre o sistema de canais radiculares e a lesão no periápice.

Hoje em dia já há evidências que a oclusão traumática afeta o periodonto de forma nociva¹³. O trauma oclusal concerne a uma lesão relacionada com uma oclusão errada. O trauma crônico acontece por meio de diversos fatores que vão modificando gradualmente a oclusão, como: desgaste dentário, bruxismo, apertamento, entre outros hábitos parafuncionais¹⁴. Clinicamente, identificou-se um elevado grau de desgaste dentário bem como relatado pela paciente situação de bruxismo, o que nos levou a acreditar que a dor persistente estava relacionado a esses fatores.

O ajuste oclusal em concomitância com tratamento periodontal comum resulta em um quadro clínico mais razoável relacionado a inflamação periodontal¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir com o caso relatado, que mesmo com diagnóstico difícil e terapêutica

desafiadora, houve melhora considerável da sintomatologia da paciente, saindo de um relato de dor diário durante 20 horas por dia ao longo de mais de 02 anos, para uma ligeira sensibilidade e com isso melhora significativa da qualidade de vida da paciente, inclusive durante o sono, no qual ela relatava uso de medicação pra dormir.

A desinfecção insatisfatória em procedimento cirúrgico anterior aliado a um problema oclusal agrediu o periodonto e causou um processo inflamatório que perdurou por mais de dois anos.

REFERÊNCIAS

1. Simon JH. Incidence of periapical cysts in relation to the root canal. *J Endod.* 1980;6(11):845-48.
2. Tavares DP, Rodrigues JT, Do Santos TCRB, Armada L, Pires FR. Clinical and radiological analysis of a series of periapical cysts and periapical granulomas diagnosed in a Brazilian population. *J Clin Exp Dent.* 2017;9(1):129-35.
3. Perjuci F, Abdylil RA, Abdylil Y et al. Evaluation of Spontaneous Bone Healing After Enucleation of Large Residual Cyst in Maxilla without Graft Material Utilization: Case Report. *Acta Stomatol Croat.* 2018;52(1):60-53.
4. Andrade ED. Terapêuticas medicamentosa em odontologia. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2014.
5. Yagiela JA, Dowd FJ, Johnson BS, Mariotti AJ, Neidle EA. Farmacologia e terapêutica para dentistas. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
6. De Rossi SS. Orofacial pain: A primer. *Dent Clin North Am.* 2013;57(3):383-92.
7. Napeñas JJ. Intraoral pain disorders. *Dent. Clin. North Am.* 2013;57(3):429-47.
8. Shivhare P, Singh U, Haidry N, Yadav H, Shankarnarayan G. Multilocular Radicular Cyst - A Common Pathology with uncommon radiological appearance. *J Clin Diagn Res.* 2016; 10(03):13-5.
9. Tijoe KC, NozuImada TS, Pardo, MP, Consolaro A, Gonçalves ES. Large radicular cyst involving the maxillary in us. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2015;69(4):383-86.
10. Rius JM, Llobet LB, Soler EL. The periodontium as a potential cause of orofacial pain: a comprehensive review. *Open Dent J.* 2018; 12:520-28.
11. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal-Correlações Clínico patológicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
12. Ciulli E, Rocci M, Bollero R, Pandolfi C, Ottria L, Mampieri G et al. Maxillary cyst: description of a clinical case. *Oral Implantol (Rome).* 2009;2(2):28-33.
13. Brandini DA, Debortoli CV, Felipe Akabane ST, Poi WR, Amaral MF. Systematic review of the

- effects of excessive occlusal mechanical load on the periodont umofrats. Indian J Dent Res. 2018; 29(6):812-19.
14. Saravanan R, Babu PJ, Rajakumar P. Trauma from occlusion – an orthodontist's perspective. J Indian Soc Periodontol. 2010;14(2):144-45.
15. Burgett FG, Ramfjord SP, Nissle RR, Morrison EC, Charbeneau TD, Caffesse RG. A randomized trial of occlusal adjustment in the treatment of periodontitis patients. J Clin Periodontol. 1992; 19(6):381-87.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Alana Oswaldina Gavioli Meira dos Santos

nagavioli@gmail.com

Submetido em 11/09/2019

Aceito em 29/09/2019