

Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso

Enucleation root of jaw cyst associated apicectomy: Report of case

Renata Moura Xavier Dantas^I | Joaquim Almeida Dultra^{II} | Geyza Lopes Borges^{III} | Fátima Karoline Araújo Alves Dultra^{IV} | Rafael Fernandes de Almeida Neri^V

RESUMO

Os cistos radiculares são as lesões císticas mais comuns dos maxilares, e apresentam como local de predileção a região anterior da maxila. Seu tratamento pode ser realizado cirurgicamente associado ao tratamento endodôntico da unidade envolvida. O objetivo do presente artigo é relatar um caso clínico de um cisto radicular maxilar, através de associação do tratamento endodôntico e cirúrgico, utilizando o agregado trióxido mineral (MTA) na obturação retrógrada das unidades envolvidas.

Descritores: Cisto radicular; cirurgia paraendodôntica; obturação retrógrada.

ABSTRACT

Radicular cysts are the most common cystic lesions of the jaws, and present as a place of predilection to previous region of the maxilla. Your treatment may be accomplished surgically associated the endodontic treatment of the unit involved. The goal of this article is to report a case of a radicular cyst jaw, through association of surgical and endodontic treatment, using mineral trioxide aggregate (MTA) in retrograde obturation of the units involved.

Descriptors: Radicular cyst, endodontic surgery, retrograde filling.

INTRODUÇÃO

O cisto radicular corresponde à reação imunoinflamatória, originada de toxinas secretadas durante o metabolismo bacteriano, decorrente da necrose pulpar¹. É definido como uma cavidade patológica revestida por epitélio, de origem odontogênica, que pode conter fluido ou restos celulares².

A infecção situada no interior dos sistemas de canais radiculares origina um granuloma, que poderá progredir para um cisto. Esses cistos localizam-se no interior de maxila e mandíbula, apresentando o aspecto radiográfico de uma imagem radiolúcida, unilocular, circunscrita por fina linha radiopaca bem definida e com perda da lâmina dura na região periapical. Estes cistos podem ser denominados

Departamento e instituição atribuída: Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia.

I. Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia (UFBA)/ Hospital Santo Antônio (HSA) – Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), Salvador- BA- Brasil.

II. Preceptor de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da UFBA/HSA-OSID, Salvador- BA- Brasil.

III. Cirurgiã-Dentista graduada na Faculdade de Odontologia da UFBA e Interna de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da UFBA/HSA-OSID, Salvador-BA-Brasil.

IV. Cirurgiã Bucocomaxilofacial do CRPD/ HSA-OSID, Salvador- BA- Brasil.

V. Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da UFBA/HSA-OSID, Salvador- BA- Brasil.

como: cisto radicular, cisto periodontal apical, cisto apical e cisto perirradicular³.

O diagnóstico diferencial é feito com o granuloma periapical, pois apresentam o padrão radiográfico idêntico. Também devem contemplar abscesso, estágio precoce de displasia periapical do cimento, cicatriz periapical radiolúcida, defeito cirúrgico periapical, cisto ósseo traumático e granuloma central de células gigantes, sendo a observação clínica fundamental neste processo⁴.

O tratamento para este tipo de lesão vai desde o tratamento endodôntico isolado, a necessidade de enucleação e cirurgia paraendodôntica associada⁵. Em casos onde não é possível observar a regressão da lesão pela endodontia convencional, associa-se a esta técnica a apicectomia, que consiste na ressecção da porção apical da raiz e dos tecidos moles associados ao ápice dentário, seguida pela obturação retrógrada⁶.

O material retrobturador de eleição deve oferecer condições biológicas para a cicatrização, conservação e selamento hermético do elemento dental, aprisionando efetivamente qualquer irritante existente no interior do sistema de canais, evitando dessa forma, a sua interferência nos espaços do ligamento periodontal, além de promover um reparo cementogênico do ápice radicular, para um selamento bem sucedido^{6, 7}.

Dentre os materiais utilizados, atualmente o agregado de trióxido mineral (MTA), tem sido o único que promove regeneração tecidual, implicando na formação de osso no local cirúrgico e formação cementária sobre a ressecção radicular e sobre o material obturador, apresentando também melhor adaptação às paredes do preparo apical⁷.

Este trabalho tem por objetivo, apresentar um caso clínico de uma paciente que apresentou um cisto radicular extenso em região anterior de maxila, tratado inicialmente com endodontia conservadora sem sucesso, seguida da enucleação cirúrgica

associada à apicetomia e tratamento retrobturador utilizando o MTA.

RELATO DE CASO

Paciente M.C.C.S., 33 anos de idade, gênero feminino, faioderma, compareceu ao ambulatório de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da faculdade de odontologia da UFBA, com histórico de tratamento há 3 anos de um cisto em região de pré-maxila, sem sucesso.

Na anamnese a paciente relatou que a lesão foi diagnosticada em exame radiográfico de rotina, sendo indicado o tratamento endodôntico das unidades 11, 12 e 13. A lesão foi acompanhada sem regressão, evoluindo com expansão de cortical palatina e de assoalho de fossa nasal, associada à sintomatologia dolorosa.

Ao exame físico extraoral não foi constatada assimetria facial, porém no exame intraoral, verificou-se presença de abaulamento da cortical palatina, e discreto de cortical vestibular na região de pré-maxila direita, além de restos radiculares das unidades 11 e 12 (Figura 1).



Figura 1 – Aspecto clínico intraoral pré-operatório apresentando abaulamento da cortical palatina na região de pré-maxila direita.

Ao exame radiográfico periapical observou-se lesão radiolúcida, unilocular, circunscrita, delimitada por halo radiopaco, em região de periápice das unidades 11, 12 e 13, e com tratamento en-

dodôntico das duas primeiras unidades dentárias. Tomograficamente evidenciou sinal sugestivo de lesão hipodensa, bem delimitada, em região de pré-maxila direita, com expansão óssea para assoalho de fossa nasal e palato (Figura 2).

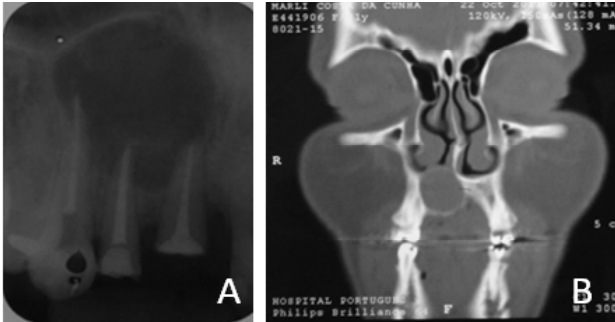


Figura 2 – Imagem radiográfica periapical (A) e corte tomográfico coronal (B) da lesão.

De acordo com as características clínicas e radiográficas, a terapia proposta foi o tratamento endodôntico da unidade 13 e retratamento endodôntico das unidades 11 e 12. Sendo realizado seguidamente a enucleação do cisto, apicectomia das unidades envolvidas, e obturação retrógrada utilizando o MTA como material retrobturador.

O procedimento cirúrgico foi feito sob anestesia local pelo bloqueio dos nervos infra-orbitários bilateral, nasopalatino e alveolar superior. A analgesia inalatória por óxido nitroso (N₂O/O₂) também foi utilizada. O retalho escolhido foi a incisão do tipo Newmann modificada, estendendo-se da distal da unidade 23, e com incisão relaxante na mesial da unidade 16. O descolamento mucoperiosteal total do retalho foi realizado, seguido da enucleação e curetagem do cisto, associada à curetagem dos ápices radiculares das unidades 11, 12 e 13 com cureta periodontal. Seguiu-se com apicectomia das unidades associadas com broca cilíndrica multilaminada sendo confeccionado um corte oblíquo de aproximadamente 3 mm da porção apical (Figura 3).

Os ápices radiculares foram preparados e secados com pontas de papel absorventes e preen-

chidos com MTA branco (Angelus®, Londrina, PR, Brasil), inserido com o auxílio de condensadores, em sentido vertical por via canal. Após a remoção do excesso de material e limpeza da loja cirúrgica, o retalho foi reposicionado e suturado.

Após a excisão da lesão, os fragmentos removidos e encaminhados para o estudo histopatológico mostraram formação cística de parede fibrosa revestida por epitélio escamoso atrófico por vezes disposto em arcos conectantes. De permeio, apresentou tecido de granulação rico em leucócitos mononucleares, bem como proliferações epiteliais sob a forma de grandes ilhas semelhantes ao tumor odontogênico escamoso. Foi então diagnosticado como cisto radicular com proliferações epiteliais semelhantes ao tumor odontogênico escamoso.

A paciente retornou com 7 dias após a cirurgia, observando-se uma ótima cicatrização tecidual. Foi realizada a proervação clínica e radiográfica por 01 ano após o ato cirúrgico, havendo regressão da lesão e reparação óssea, visível clínica e radiograficamente (Figura 4).

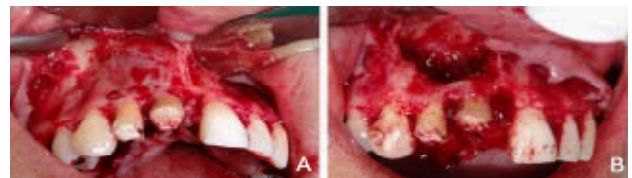


Figura 3 – Fotografia intraoral demonstrando o aspecto clínico do cisto (A), e a loja cirúrgica após enucleação do mesmo (B).

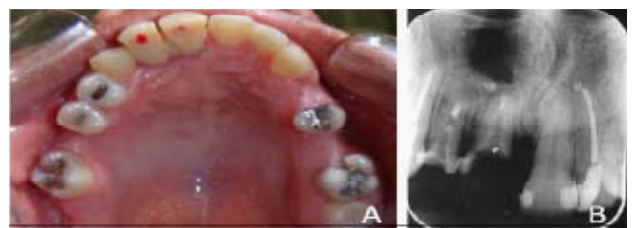


Figura 4 – Controle pós-operatório de 1 ano. Fotografia intraoral evidenciando regressão da lesão (A). Radiografia periapical demonstrando neoformação óssea local, presença de imagem radiolúcida compatível com tecido fibroso cicatricial e presença de lâmina dura (B).

DISCUSSÃO

Os cistos radiculares geralmente caracterizam-se por lesões assintomáticas, porém quando associada à infecção bacteriana secundária pode provocar dor espontânea, exsudação e aumento rápido de volume da cavidade cística^{2,3,8}, o que caracterizou a lesão do caso descrito. Alguns casos podem apresentar mobilidade e/ou deslocamento dental, além da ausência de sensibilidade pulpar⁹.

A prevalência dos cistos radiculares apicais é maior em região de maxila (60,5%) e em mulheres (62,8%) com idade acima de 51 anos (25,6%)¹⁰. A paciente relatada neste caso apresentava a lesão na região anterior da maxila, associada às unidades dentárias 11, 12 e 13, e apresentava-se na faixa etária de 33 anos.

Diversos autores concordam em propor um tratamento para cistos periapicais de grandes proporções, com a enucleação cirúrgica do mesmo, associado à exodontia do elemento acometido, ou ao tratamento endodôntico seguido de apicectomia^{2,9,11,12}. Além das grandes lesões, esta cirurgia está indicada também em dentes que não será possível ter sucesso através do tratamento endodôntico convencional. Sendo considerada uma extensão do tratamento endodôntico, não substitui um tratamento endodôntico deficiente^{3,6,8,9,13,14}.

A literatura científica relata a indicação de apicectomia e obturação retrógrada, em casos de dente tratado endodonticamente e com presença de retentor intra-radicular bem adaptado^{14,15}.

Nos casos tratados por Lodi et al.¹⁴ (2008), o retalho escolhido para as cirurgias paraendodônticas, foi o de Oschsenbein-Luebke, pois garante ser um acesso de boa visualização, de fácil reposição e risco mínimo de retração gengival^{14,16}. Outros autores defendem a incisão relaxante preservando o pilar canino e descolamento total do retalho mucoperióstico^{5,11} e incisão tipo Newmann, intrassulcular, modificada por incisão relaxante^{15,16}, sendo este o acesso de escolha para o caso apresentado.

O ideal é que a apicectomia seja realizada a 03 mm do ápice dental e em ângulo de 90° em relação ao longo eixo do dente, pois apresenta menor quantidade de túbulos dentinários expostos, minimizando a microinfiltração apical e aumentando o sucesso da obturação retrógrada^{5,6}. No presente caso a apicectomia e a obturação retrógrada mostraram sucesso, confirmada pela regressão da lesão observada radiograficamente.

Para alcançar sucesso nas obturações retrógradas, é fundamental o emprego de um material que apresente adequada capacidade seladora, minimizando a reinfecção pela infiltração marginal⁷. A escolha desse material retrobturador leva em consideração os requisitos de impermeabilidade, biocompatibilidade, atividade antimicrobiana, atoxicidade, formação de cimento e cicatrização apical, inabsorvíveis e não mancharem os tecidos subjacentes^{6,12,17,18}. Sendo assim, o material escolhido para retrobturar este caso foi o MTA (Ângelus), pois além das características já descritas ele é de fácil manipulação.

Durante o acompanhamento da paciente deste caso e a maioria dos trabalhos consultados, ficou comprovado que o MTA, por ser um material biocompatível com os tecidos periapicais, não promove reação tecidual significativa, não sendo observada presença de fístula, dor e inflamação tecidual^{12,19}. Este material ainda promove regeneração tecidual, implicando na formação de osso no local cirúrgico e formação cementária sobre a ressecção radicular e sobre o material obturador¹⁷⁻¹⁹.

O acompanhamento clínico e radiográfico desses casos geralmente é realizado até 01 ano após o ato cirúrgico^{14,19}. O caso clínico relatado apresentou um controle pós-operatório de 01 ano, com regressão da lesão, reparação óssea e ausência de sintomatologia, podendo ser considerado bem sucedido, o que permitiu a reabilitação protética.

Os cistos de origem inflamatória não recidivam após um tratamento adequado e ocasionalmente

podem ocorrer a formação de tecido fibroso cicatricial que se apresenta radiograficamente como imagem radiolúcida em vez de neoformação óssea, especialmente quando ambas as corticais estiverem rompidas⁸. No caso relatado ocorreu a formação deste tecido cicatricial e o diagnóstico diferencial entre este último e a recidiva da lesão está na presença da lâmina dura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia paraendodôntica e a retrobturação com MTA são eficazes no tratamento de dentes portadores de lesões periapicais crônicas, sendo apropriado para a resolução do caso relatado, comprovado por achados clínicos e radiográficos, observando o selamento marginal adequado, o reparo ósseo e a ausência de sintomatologia.

REFERÊNCIAS

1. Peixoto RF, Peixoto DF. Aspectos imunológicos e etiopatogênicos das lesões periapicais inflamatórias crônicas. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2012; 14 (3): 175-82.
2. Pereira RC. Tratamento de cisto periapical de grande extensão, relato de 2 casos. [Monografia de especialização]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP 2013. 33p.
3. Pereira JS, Milagres RM, Andrade BAB, Messora MR, Kawata LT. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* 2012; 12 (2): 37-42.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxillofacial*. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2008.
5. Dias ACS, Maltos KLM, Aguiar EG. Tratamento endodôntico transcirúrgico: uma opção para casos especiais. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* 2010; 10 (2): 49 - 53.
6. Girardi GV, Hartmann MSM, Vanni JR, Fornari VJ. Influência do ângulo de corte radicular na microinfiltração apical, comparando duas técnicas de apicetomia na cirurgia paraendodôntica. *RFO, Passo Fundo* 2012; 17 (1): 60-66.
7. Gomes CC, Accetta RF, Camões ICG, Freitas LF, Pinto SS. Análise da adaptação marginal de materiais retrobturadores. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2009; 9 (1): 31-35.
8. Vasconcelos RG, Queiroz LMG, Júnior LCA, Germano AR, Vasconcelos MG. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções – Relato de caso. *Rev bras ci saúde* 2012; 16 (3): 467-474.
9. Addazio PSS, Assis NMSP, Campos CN, Bastos TR, Lopes RM. O uso da tomografia cone beam no auxílio ao diagnóstico e planejamento de cirurgia periapical: relato de caso clínico. *Odontol Clín Cient., Recife* 2010; 9 (4) 377-380.
10. Pereira JV, Figueirêdo DU, Souza EA, Holmes TSV, Gomes DQC, Cavalcanti AL. Prevalência de cistos e tumores odontogênicos em pacientes atendidos na Fundação Assistencial da Paraíba: estudo retrospectivo. *Arquivos em Odontologia* 2010; 46 (2).
11. Politano GT, Manetta IP, Araújo VS, Aguiar JM RP, Brianez N, Echeverria S, et al. Cisto radicular - relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde* 2009; 8 (1): 129-132.
12. Stefopoulos S, Tsatsas DV, Kerezoudis NP, Eliades G. Comparative in vitro study of the sealing efficiency of white vs grey ProRoot mineral trioxide aggregate formulas as apical barriers. *Dental Traumatology* 2008; 24: 207-213.

13. Filho FB, Leonardi DP, Crozeta BM, Baratto SP, Campos EA, Tomazinho FSF, et al. The Challenges of Treating a Fused Tooth. *Braz Dent J* 2012; 23 (3): 256-262.
14. Lodi LM, Poletto S, Soares RG, Irala LED, Salles AA, Limongi O. Cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico. *RSBO* 2008; 5 (2).
15. Pereira RP, Gusmão JMR, Monteiro AMA, Vieira AC, Sassi JF, Silva LRM. Resolução Cirúrgica de Periodontite Apical Crônica: Relato de Caso. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2013; 25 (1): 77-82.
16. Pinto MSC, Ferraz MAAL, Falcão CAM, Matos FTC, Pinto ASB. Cirurgia paraendodôntica: revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina* 2011; 4 (4): 55-60.
17. Parirokh M, Torabinejad M. Mineral Trioxide Aggregate: A comprehensive literature review— Part III: Clinical applications, drawbacks, and mechanism of action. *JOE* 2010; 36 (3).
18. Torabinejad M, Parirokh M. Mineral Trioxide Aggregate: A comprehensive literature review - Part II: Leakage and biocompatibility investigations. *JOE* 2010; 36 (2).
19. Farias JG, Rasquin LC, Gonçalves APR. Cirurgia paraendodôntica utilizando o MTA como material retrobturador: Relato de casos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* 2006; 6 (4): 57 - 64.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renata Moura Xavier Dantas

Largo do Campo Grande, 145, Edf. Vilas do Campo, Apto. 201, Campo Grande, Salvador-BA-Brasil.
CEP: 40080-121.

Tel: (71) 9157-6035.

E-mail: renatamxd@gmail.com.