

# Tratamento de extenso cisto inflamatório em maxila - relato de caso

## *Treatment of extensive inflammatory cyst in the maxilla - case report*

Fábio Andrey da Costa Araújo<sup>I</sup> | Fabrício Souza Landim<sup>II</sup> | Nelson Studart da Rocha<sup>III</sup> | Antônio de Figueiredo Caubi<sup>IV</sup> | Hécio Henrique Araújo de Moraes<sup>V</sup>

### RESUMO

Os cistos inflamatórios periapicais representam uma considerável parcela na distribuição epidemiológica daqueles categorizados como odontogênicos. Estudos mostram que no mundo inteiro cerca de 84% dos cistos que acometem a região maxilo facial são inflamatórios periapicais. Seu diagnóstico é realizado pela associação entre o exame clínico, imaginológico e histopatológico. A terapêutica dessas lesões compreende desde o tratamento endodôntico dos dentes envolvidos até a sua enucleação cirúrgica. Fatores, como o estado geral do paciente, tamanho, forma e localização da lesão, são relevantes na tomada de decisões em casos como esses. Este trabalho tem como propósito relatar um caso clínico de um extenso cisto inflamatório periapical na maxila e discutir os fatores que levaram a uma abordagem multidisciplinar.

**Palavras-chaves:** Cirurgia Bucal; Cistos Odontogênicos; Cisto Radicular.

### ABSTRACT

Inflammatory periapical cysts represent a considerable share in the epidemiological distribution of those categorized as odontogenic. Studies show that about 84% of cysts affecting the maxillofacial region in the world, are inflammatory periapical. Its diagnosis is made by the association between clinical examination, imaging and histopathology. The treatment of these injuries range from the endodontic treatment of teeth involved until his surgical enucleation. Factors such as the patient's general condition, size, shape and location of the injury are relevant in making decisions in such cases. This paper aims to report a case of an extensive inflammatory periapical cyst in the maxilla and discuss the factors that led to a multidisciplinary approach.

**Key-words:** Surgery, Oral; Odontogenic Cysts; Radicular Cyst.

### INTRODUÇÃO

Por definição, o cisto odontogênico inflamatório radicular é uma cavidade revestida por epitélio, que teve origem nos restos epiteliais de Malassez<sup>1</sup>. Essa

entidade patológica tem uma expressiva variabilidade no que se refere ao tamanho e à localização, não apresentando predileção por sítios<sup>2</sup>. Alguns autores referem uma maior incidência na região

I. Doutorando em CTBMF pela FOP/UPE. Professor Assistente de CTBMF da Faculdade de Odontologia de Arcoverde/UPE.

II. Residente em CTBMF do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - Faculdade de Odontologia de Pernambuco/UPE.

III. Especialista, Mestre e Doutor em CTBMF pela FOP/UPE.

IV. Doutor em CTBMF pela FOP/UPE. Professor Adjunto de CTBMF da FOP/UPE.

V. Doutor em CTBMF pela FOP/UPE. Professor Adjunto de CTBMF da Faculdade de Odontologia de Caicó/UERN.

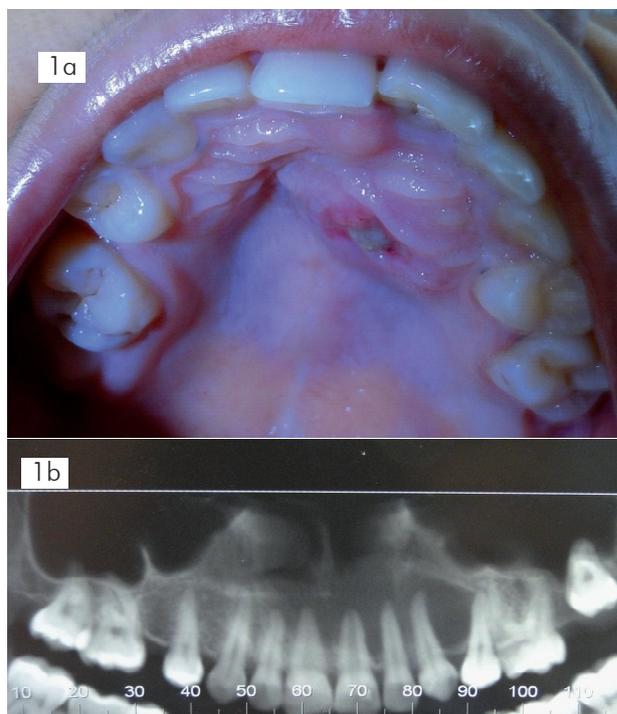
anterior da maxila<sup>3</sup>. Como o próprio nome diz, o seu desenvolvimento está intimamente relacionado com a um estímulo inflamatório, e isso explica a frequente relação com atividade de cárie nos indivíduos acometidos<sup>4</sup>. Na maior parte dos estudos encontrados na literatura, este é o cisto mais prevalente do sistema estomatognático, podendo chegar a 84,5% dos cistos odontogênicos<sup>5</sup>. Dados epidemiológicos mostram que o gênero masculino, na terceira década de vida é o mais acometido<sup>6</sup>. Este trabalho tem como objetivo relatar e discutir um caso de extenso cisto inflamatório periapical na maxila bem como as suas formas de tratamento.

## RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, 24 anos se apresentou no ambulatório, após uma semana de alta hospitalar onde foi submetida à antibioticoterapia endovenosa e drenagem de abscesso na região de palato duro. Ela referia secreção purulenta pelo nariz e pelo ponto de drenagem intraoral, odor forte, dor e incapacidade mastigatória. Relatou, ainda, que havia iniciado um tratamento endodôntico no dente 21 que não fora concluído. Ao exame clínico, como se pode ver na Figura 1a, observa-se escurecimento do dente 21, discreto aumento de volume e ponto de drenagem em palato duro.

A paciente foi encaminhada para a avaliação da vitalidade pulpar dos elementos anteriores superiores e exames de imagem. Ao exame tomográfico, percebe-se imagem sugestiva de extensa lesão cística envolvendo as raízes dos dentes 12, 11, 21, 22, 23, como se pode observar na Figura 1b. O diagnóstico obtido com a avaliação endodôntica foi necrose pulpar dos dentes 12, 11, 21 e 22. A paciente foi submetida à limpeza e instrumentação biomecânica do sistema de canais dos dentes necrosados, e curativos de demora à base de hidróxido de cálcio foram realizados

durante quatro meses. Após controle da secreção purulenta, os canais foram obturados pela técnica convencional.



**Figura 1a** – Aspecto clínico inicial após uma semana de drenagem do abscesso. Observe o ponto de drenagem em processo de cicatrização. **Figura 1b** – Aspecto tomográfico da lesão, no qual se pode observar a extensão da lesão, conforme relatado, envolvendo os dentes 12, 11, 21, 22, 23.

Devido ao tamanho e histórico da lesão, decidiu-se por uma associação entre o tratamento endodôntico e a abordagem cirúrgica. A paciente foi submetida ao bloqueio troncular do nervo maxilar bilateral pela técnica da tuberosidade alta, tendo em vista o conforto do paciente durante o procedimento e a extensão da lesão. O procedimento foi realizado em ambiente ambulatorial, preservando a cadeia asséptica. Iniciou-se o procedimento com incisão intrasucular pelas faces palatinas, estendendo-se do dente 15 ao 24. Como se pode constatar na Figura 2a, foi realizado o descolamento mucoperiosteal do retalho palatino, a delimitação da lesão e dissecação da cápsula cística e a sua remoção.

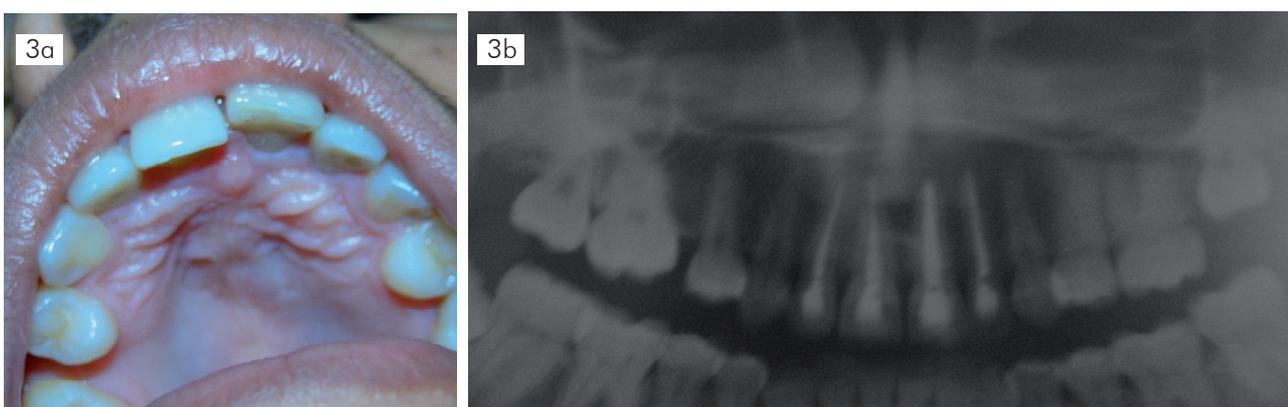


**Figura 2a** – Aspecto clínico-cirúrgico após o descolamento mucoperiosteal do retalho palatino, dissecação da cápsula cística e delimitação da lesão. **Figura 2b** – Aspecto clínico-cirúrgico após remoção da lesão por curetagem. Perceba a extensão e o aspecto da loja cirúrgica após a osteotomia periférica das bordas da fenestração óssea para possibilitar o acesso às raízes de todos os dentes envolvidos. **Figura 2c** – Aspecto clínico pós-operatório imediato após reposição do retalho e sutura.

Após a enucleação da cápsula cística, foi realizada a curetagem da loja cirúrgica, com atenção especial à área entre as raízes dentárias. Na Figura 2b, observa-se o aspecto do leito operatório após a osteotomia com broca cirúrgica do tipo max cut da borda da fenestração óssea do palato duro para melhor acesso à região interradicular. Em seguida, realizou-se a limpeza do campo, irrigação com solução salina, hemostasia, reposicionamento do retalho e sutura com

fio seda 3-0, conforme pode ser visto na Figura 2c. Foram prescritos analgésico e antibiótico no pós-operatório imediato.

Após três meses de acompanhamento pós-operatório, a paciente apresentou-se com a função mastigatória reestabelecida, assintomática, livre de secreção pupurelenta e/ou hemorrágica como pode ser observado na Figura 3a. Ao exame radiográfico (Figura 3b), observa-se imagem sugestiva de neoformação óssea.



**Figura 3a** – Aspecto clínico pós-operatório de três meses. Perceba o aspecto de normalidade da mucosa do palato duro, livre de secreções e/ou tumefações. **Figura 3b** – Aspecto radiográfico em incidência panorâmica no pós-operatório de três meses com imagem sugestiva de neoformação óssea, tendo em vista a diminuição do padrão de radiolucidez na região tratada.

## DISCUSSÃO

Os cistos odontogênicos inflamatórios periapicais estão intimamente relacionados à presença de infecções e necrose do tecido pulpar<sup>7</sup>. Nesse caso, segundo informações obtidas, a paciente estava realizando o tratamento endodôntico de apenas um dos dentes (21) envolvidos na lesão. Após teste de vitalidade, foi confirmado o diagnóstico de necrose pulpar de outros três elementos dentários (12, 11 e 22). O tamanho dos cistos periapicais é muito variável, e lesões com dimensões expressivas exigem um considerável período de tempo, tendo em vista que é característica da lesão o crescimento lento<sup>8</sup>.

Casos como o apresentado neste trabalho requerem anos de evolução, porém algumas particularidades são discutidas na literatura como fatores que podem influenciar a velocidade do desenvolvimento dessas lesões bem como seu potencial osteolítico. Dentre esses fatores, pode-se relacionar as avitaminoses, deficiências nutricionais, herança genética, dentre outros<sup>4,7</sup>. Possivelmente um fator que influencia nesse aspecto é a quantidade de osso cortical na área acometida. Em geral, a maxila apresenta um osso mais esponjoso que a mandíbula, além da presença do seio maxilar, que guarda uma íntima relação com a região do periápice dos dentes. Esse conjunto de fatores pode justificar a frequência de lesões de maior diâmetro na maxila do que na mandíbula<sup>9,10</sup>.

Uma das explicações para o caráter de benignidade atribuído aos cistos periapicais é o baixo índice de recidiva<sup>11</sup>. No entanto, cistos periapicais de grande extensão na maxila representam um maior potencial de recorrência, pois podem ter uma estreita relação anatômica com estruturas, como a membrana de revestimento do seio maxilar e cavidade nasal. Isso pode representar maior dificuldade cirúrgica. A separação da cápsula cística de estruturas de tecidos moles não patológicos é um desafio. Primeiro, pela friabilidade destas e

depois pelo limitado acesso cirúrgico à área em questão. Ainda com relação ao acesso de lesões, como a do caso apresentado, uma região de elevado interesse cirúrgico é a interradicular, já que os poucos relatos de recidiva de lesões dessa natureza são justificados pela permanência de fragmentos císticos entre as raízes dos elementos dentários envolvidos<sup>12</sup>.

As lesões de menor diâmetro geralmente respondem bem ao tratamento menos invasivo como a instrumentação biomecânica e obturação do sistema de condutos radiculares. O tratamento de lesões maiores representa um maior nível de complexidade. Dentre as opções terapêuticas, pode-se relacionar a marsupialização, a enucleação cirúrgica, acompanhada ou não da amputação do terço apical dos dentes envolvidos no processo cístico e a associação entre diferentes técnicas. Percebe-se que o tratamento de lesões extensas deve envolver o trabalho de uma equipe multidisciplinar, para que haja a otimização dos resultados<sup>13</sup>.

O tratamento endodôntico é o primeiro passo para a cura de lesões extensas, pois a desinfecção dos canais e o vedamento do forame apical dos dentes envolvidos na lesão é primordial para o êxito terapêutico<sup>4,11</sup>. Após essa fase, é necessário considerar fatores, como localização, tamanho e extensão da lesão, para se decidir pela descompressão (marsupialização) ou pela enucleação direta. Alguns estudos mostram uma diminuição no tamanho de lesões previamente marsupializadas, o que permite maior preservação de estruturas ósseas. No entanto, a viabilidade da instalação de um dispositivo para descompressão em lesões com relação anatômica predominantemente palatina, como a relatada neste trabalho, é de difícil execução. Além disso, o palato é uma superfície submetida a constante atrito, o que representa um empecilho à permanência do dispositivo pelo tempo necessário à sua eficácia<sup>14</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cistos odontogênicos inflamatórios periapicais de grandes dimensões precisam ser tratados por meio de uma abordagem dinâmica, sob o criterioso olhar de uma equipe multidisciplinar, que possa, por meio de diferentes pontos de vista, apontar a melhor opção terapêutica para o paciente, considerando as suas individualidades.

## REFERÊNCIAS

1. Dunfee BL, Sakai O, Pistey R, Gohel A. Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandible. *RadioGraphics*. 2006 Nov-Dec; 26(6): 1751-68.
2. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in Children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002 jan 11; 62(1):25-9.
3. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic—istopathologic review. *RadioGraphics*. 1999 Sep-Oct; 19(5):1107-24.
4. Binnie WH. Periodontal cysts and epulides. *Periodontol 2000*. 1999 Oct; 21:16-32.
5. Da Costa PS. Estudo da incidência de cistos odontogênicos histologicamente diferenciados numa população portugueses. Porto. Dissertação - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2009.
6. 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 Sep; 35(8):500-7.
7. Nair PN. New perspectives on radicular cysts: do they heal? *Int Endod J* 1998; 31:155-60.
8. Vasconcelos R. G, Queiroz L.M.G, Júnior L.C .A, Germano A. R, Vasconcelos M.G. Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções – Relato de Caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012 Vol 16; 3: 467-474.
9. Shear, M. *Cysts of the oral regions*. 3rd ed. Oxford: Ed. Wright, 1992.
10. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 12(2):E85-91, 2007.
11. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia Bucal – Correlações clinicopatológicas*. 5. ed., Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2008. 439p.
12. Kahairl A, Ahmed K S, Amirozi A. Endoscopicassisted Enucleation of Radicular Cysts - A Case Report. *Malays J Med Sci.*, 17(1):56-9, 2010.
13. Torres LD, Segura EJJ, Rodríguez CA, LLAMA SCJM, Gutiérrez P.JL. Treatment of a large maxillary cyst with marsupialization, decompression, surgical endodontic therapy and enucleation. *J Can Dent Assoc*. 77:b87, 2011.
14. Brave D., Madhusudan AS, Gayathri RVR. Radicular cyst of anterior Maxilla. *International Journal Of Dental Clinics*, 3(2):16-17, 2011.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fábio Andrey da Costa Araújo  
 Av. General Newton Cavalcante, 1651  
 Tabatinga - Camaragibe/PE.  
 CEP: 54753-220  
 Telefone: 55 81 8743 8519  
 e-mail: fabio.andrey@upe.br

