

Cisto residual ectópico em associação a corpo estranho relato de caso

Ectopic residual cyst in association a foreign body - case report

RESUMO

Introdução: O cisto residual é uma lesão de origem inflamatória, associada a uma falta de curetagem adequada do alvéolo de um dente que mostrou lesão inflamatória periapical. Quando não existe fonte de estímulo, tende a regredir, acometendo, frequentemente, o sexo masculino de idade média avançada e com um ou mais dentes extraídos.

Relato de caso: Este trabalho tem como intuito apresentar um relato de caso de um paciente do sexo masculino com 69 anos de idade que procurou a Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário CESMAC, com uma fístula de drenos ativos na região anterior de maxila, sem abaulamento ou crescimento dos tecidos circundantes. Ao exame clínico intrabucal, foi observado ausência de todos os dentes superiores, com fístula e drenagem ativa, sem abaulamento das corticais. O exame radiográfico panorâmico mostrou presença de lesão radiolúcida, unilocular, circunscrita por halo radiopaco semelhante a cisto residual. A biópsia excisional foi conduzida com remoção da raiz residual, além de corpos estranhos introduzidos pelo paciente.

Considerações Finais: Diante do exposto, deve-se dar importância ao assunto para alertar o cirurgião-dentista quanto ao correto diagnóstico diferencial das lesões ósseas com associação clínica, radiográfica e histopatológica, possibilitando o tratamento adequado e evitando a permanência e crescimento da lesão.

Palavras-chave: Cistos ósseos; Cistos odontogênicos; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; Inflamação.

Mateus Barros Cavalcante

Residente em Cirurgia Buco-maxilo-Facial pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz/FOP/UPE

Caroline Brígida Sá Rocha

Graduanda no curso de Odontologia pela Universidade de Pernambuco

Lucas Fortes Cavalcanti de Macedo

Professor Mestre em Ensino na Saúde. Cirurgião Buco-Maxilo-Facial e professor do Centro

Leonardo Canuto Barros Barbosa

Cirurgião-dentista formado pelo Centro Universitário CESMAC- Maceió-AL

Rodolpho Wagner de Albuquerque Medeiros

Cirurgião-dentista formado pelo Centro Universitário CESMAC- Maceió-AL

Ivan José Correia Neto

Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário CESMAC Maceió- AL

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mateus Barros Cavalcante
Rua Estudante José de Oliveira Leite, 676
- Ouro Preto/Arapiraca – Alagoas/Brasil
CEP: 57301-060.
Telefone: +55 82 99934-3264.
E-mail: mateus_bcf@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: The residual cyst is a lesion of inflammatory origin associated with a lack of adequate curettage of the alveolus of a tooth that showed periapical inflammatory lesion. When there is no source of stimulation, it tends to regress. It frequently affects males from middle to advanced age and with one or more extracted teeth. **Case report:** This case report a male patient, 69 year old who sought out the Clinical School of Dentistry of the Centro Universitário CESMAC, with a fistula of active drains in the anterior region of the maxilla, without bulging or growth of the surrounding tissues. Intraoral buccal examination showed absence of all upper teeth, with fistula and active drainage without cortical bulging. Panoramic radiographic examination showed the presence of a radiolucent, unilocular lesion, circumscribed by radiopaque halo as a cystic residue. Excisional biopsy was performed with residual root removal in addition to the wooden barb introduced by the patient. **Final considerations:** In view of the above, it was developed as a reference for the dental surgeon's warning regarding the differential diagnosis of the lesions with the clinical, radiographic and histopathological association, allowing adequate treatment and remaining and lesion growth.

Key words: Bone cysts, odontogenic cysts, ambulatory surgical procedures, inflammation.

INTRODUÇÃO

Cistos odontogênicos são resultantes da proliferação de remanescentes epiteliais associados à formação dos dentes, originais do ectoderma, que revestem os processos embrionários e irão formar o tecido epitelial na odontogênese. A presença pura e simples de restos epiteliais pode ser insuficiente para explicar a formação de um cisto, sendo necessária a ação de um agente inflamatório, capaz de estimular e determinar a proliferação desses remanescentes. Tal condição é frequente nos maxilares, em que infecções e traumas são capazes de desencadear a resposta inflamatória¹.

Os cistos odontogênicos dos maxilares podem ser classificados, com base na sua etiologia, em inflamatórios e de desenvolvimento. O cisto residual é tido como uma lesão benigna, de origem inflamatória, geralmente não apresentando sintomas nos pacientes, exceto quando apresenta processo infeccioso ou exacerbação inflamatória aguda. Além disso, se o cisto atingir grandes proporções, pode ser observada tumefação e sensibilidade leve. Acomete mais o gênero masculino e possui maior incidência em região posterior de maxila².

Seu diagnóstico é realizado pela associação entre o exame clínico, imagiológico 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, tornando a recidiva dessas lesões menor³.

O tratamento mais indicado é a remoção cirúrgica da lesão (enucleação). Mas, se o cisto residual permanecer sem tratamento, seu crescimento irá continuar ocasionando destruição significativa e osteólise da maxila ou mandíbula. Nos cistos residuais tratados adequadamente, é observado um reparo ósseo. Em lesões extensas, obtém-se neoformação óssea através da marsupialização ou descompressão, que consiste na sutura da mucosa oral junto com a membrana cística ao redor da periferia da abertura⁴.

Torna-se relevante aprofundar reflexões sobre ideias de como ressaltar a importância de um diagnóstico de tal patologia, com realização de tratamento adequado pelo cirurgião-dentista, no sentido de evitar a permanência desse cisto, atingindo, assim, grandes dimensões e podendo causar fratura óssea.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 69 anos, melanoderma que procurou a Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário CESMAC, com uma fístula e drenos ativos na região anterior de maxila (Figura 1A), sem abaulamento ou crescimento dos tecidos circundantes. No exame extrabucal, não apresentou assimetria facial e sem linfonodos palpáveis. Ao exame clínico intrabucal, foi observado edentulismo total superior. Como exame complementar, foi solicitado radiografia panorâmica na qual se observou lesão radiolúcida, unilocular, circunscrita por halo radiopaco semelhante a cisto radicular em região anterior de maxila (Figura 1B).



Figura 1 - A) Visão intraoral com fístula presente em região vestibular maxilar e drenagem ativa; B) Radiografia panorâmica evidenciando lesão uniloculada em região anterior de maxila.

Diante desse diagnóstico, o paciente foi encaminhado ao setor de cirurgia e traumatologia bucomaxilo-facial do Centro Universitário CESMAC, onde foi realizada uma incisão em rebordo alveolar ampla com posterior dissecação subperiosteal, tendo como objetivo realizar o acesso vestibular ósseo para a enucleação cirúrgica, sob anestesia local. A biópsia excisional foi conduzida com remoção da lesão além do corpo estranho que possivelmente foi introduzido pelo paciente (Figura 2A e B).



Figura 2 - A) Acesso vestibular e exposição da lesão cística seguida da enucleação; B) à direita, fragmentos da remoção do cisto; à esquerda, um fragmento do corpo estranho presente no interior da lesão.

Após a remoção dos fragmentos, foi realizada a lavagem copiosa da lesão com soro fisiológico a 0,9% e a remoção de corpos estranhos introduzidos pelo próprio paciente. A síntese foi realizada com fio de nylon 4-0 (Figura 3A).

O diagnóstico clínico foi de cisto residual. Microscopicamente, foram vistos fragmentos de lesão cística de origem odontogênica. A cavidade cística era revestida por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado, exibindo degeneração hidrópica, espongiose e áreas hiperplásicas, apresentando uma cápsula fibrosa e cronicamente inflamada, compatível com cisto residual (Figura 3B).



Figura 3 - A) Aspecto final após enucleação e realização da sutura; B) Fotomicroscopia dos achados císticos evidenciando tecido epitelial estratificado pavimentoso, com áreas de indução e a presença de lúmen cístico.

DISCUSSÃO

De acordo com Jamdade *et. al.* (2012)¹, entre os cistos odontogênicos de origem inflamatória, o mais comum é o cisto radicular. Quando sua enucleação acontece de forma inadequada ou a etapa de curetagem for negligenciada, durante a exodontia do dente associado à lesão, esta pode-se transformar em um cisto residual após meses, até anos depois do tratamento inicial. De acordo com a literatura, o cisto residual caracteriza-se como assintomático, a não ser quando apresenta processo infeccioso ou uma exacerbação inflamatória aguda¹. No caso citado, o paciente não apresentava sintomatologia dolorosa, possivelmente devido à extensão da lesão. Os artigos presentes neste trabalho confirmam que essa lesão acomete mais

frequentemente paciente do sexo masculino, sendo mais prevalente na maxila², aspectos que se assemelham com o caso relatado.

Radiograficamente, os cistos residuais são radiolúcidos, uniloculares de tamanho variável e circunscritos por um halo radiopaco². Radiograficamente a lesão apresentou-se como mista, envolvendo a região anterior da maxila. Por apresentar imagem unilocular circunscrita de tal densidade, inicialmente não se suspeitou de cisto residual, característica não associada na literatura à patologia, sendo assim, semelhante a um cisto radicular, o que poderia ser explicado posteriormente no ato cirúrgico pela presença de um corpo estranho.

A presença de corpos estranhos também pode estar associada como predisponente a essa patologia. A variância no tamanho do objeto, dificuldade de acesso e a proximidade anatômica do corpo estranho às estruturas vitais adjacentes podem representar um empecilho ao cirurgião no diagnóstico, dificultando a realização do procedimento cirúrgico. Logo, todas essas considerações devem ser observadas para a escolha da melhor técnica operatória⁵. Segundo Karcioğlu, Z. *et al* (1998), as partículas de madeira, devido a sua estrutura porosa e natureza orgânica, podem causar inflamação ou infecção, devendo se realizar sua remoção assim que reconhecidas⁶.

Microscopicamente, os cistos radiculares são caracterizados por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso, revestida de epitélio, com um lúmen contendo líquido e restos celulares. O revestimento epitelial desses cistos inflamatórios provém da proliferação de restos epiteliais de Malassez dentro do ligamento periodontal⁷.

Ocasionalmente, permitem-se encontrar células mucosas e ciliadas no epitélio. Segundo Tsvetanov *et al.* (2016), a presença de células mucosas no revestimento epitelial de cistos radiculares e dentígeros é bem documentada⁸. No caso relatado, observaram-se, por meio de hematoxilina-eosina (HE), fragmentos de lesão cística de origem odontogênica. A cavidade cística era revestida por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado, apresentando uma cápsula fibrosa e cronicamente inflamada, compatível com cisto odontogênico de natureza inflamatória.

A evolução dessa patologia ainda é incerta, e autores divergem sobre o tratamento e o espontaneamente prognóstico. Segundo Oehlers *et al.* (1970)⁹, os cistos residuais regridem espontaneamente, não necessitando de uma intervenção cirúrgica. Por outro lado, Stafne *et*

al. (1982) preconizam o tratamento assim que os cistos são diagnosticados, correspondendo ao caso relatado¹⁰.

A associação com as características clínicas, radiográficas e histopatológicas confirmou o diagnóstico de cisto residual associado a um corpo estranho, o que pode ter causado a supuração. O tratamento mais indicado do cisto residual é a remoção por enucleação cirúrgica da lesão, podendo ter como técnica auxiliar a marsupialização ou descompressão cirúrgica em casos de lesões extensas devido ao risco de fratura⁶. No caso relatado, devido à pequena extensão do cisto, foi realizada a enucleação total da lesão sob anestesia local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cisto residual ectópico é um cisto odontogênico capaz de prejudicar estruturas adjacentes. Por ser um cisto de crescimento muitas vezes assintomático, características incomuns e a possível associação a outros fatores que possam modificar o diagnóstico da lesão, torna-se importante a anamnese detalhada em busca de fatores que forneçam informações precisas para seu diagnóstico. Além de proporcionar um tratamento adequado pelo cirurgião-dentista, a remoção dessa patologia evita que ele atinja grandes dimensões e ocorra uma possível fratura patológica.

REFERÊNCIAS

1. Jamdade A, *et al.* Localization of a Peripheral Residual Cyst: Diagnostic Role of CT Scan. *Case Reports in Dentistry*; 2012.
2. Mendonça JCG. *et al.* Cisto periapical residual: relato de caso clínico-cirúrgico. *Arch Health Invest.* 2015;4(1):45-49.
3. Araújo FAC, *et al.* Tratamento de extenso cisto inflamatório em maxila-Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial.* 2013;13(2):81-86.
4. Oliveira DHIP *et al.* Residual Cyst with Large Dimension: Case Report and Literature Review. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial.* 2011;11(2):21-26.
5. Santos, T.H. *et al.* Metallic Foreign body in facesurgicalclini: case report. *Revista da Academia Tiradentes de Odontologia.* 2010;10(3):175-181.

6. Karcioğlu, Z.; Nasr, A. Diagnosis and management of orbital inflammation and infections secondary to foreign bodies: a clinical review. *Orbit Ophthalmology*. 1998;17(4):247-269.
7. Neville BW, *et.al.* Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2016.
8. Tsvetanov Ts. Residual cysts: A brief literature review. *Int J Med and Dent Sci*. 2016;5(2):1341-1346
9. Oehlers F A. Periapical Lesions and Residual Dental Cystis. *The British Journal of Oral Surgery*. 1970;8(2).
10. Stafane E C. Diagnóstico Radiográfico Bucal. 4. ed. Rio de Janeiro. Interamericana; 1982.