

Diagnóstico e manejo cirúrgico de cisto radicular em pré-maxila: relato de caso

Diagnosis and surgical management of radicular cyst in premaxilla: a case report

RESUMO

Introdução: O cisto radicular é o cisto odontogênico mais comum, com uma prevalência aproximada de 60%. Esta lesão é geralmente observada por radiografias de rotina ou a partir de uma tumefação local, mas basicamente é assintomática, com crescimento lento e se encontra vinculada à um dente desvitalizado, possuindo predileção por indivíduos do sexo masculino com faixa etária se enquadrando entre a terceira e quarta décadas de vida. Seu tratamento pode ser cirúrgico ou não, variando de acordo com a dimensão e localização da lesão. **Relato de caso:** Paciente feminino, 66 anos, com presença de cisto radicular em região anterior de maxila, vinculada ao elemento dentário 22. A mesma foi submetida à enucleação cirúrgica associada à curetagem local para remoção e diagnóstico adequado da lesão, a partir da análise anatomopatológica do espécime. **Considerações finais:** Por ser uma patologia muito comum nos maxilares, é pertinente que o profissional conheça suas características essenciais para o correto diagnóstico, bem como os tratamentos mais adequados para cada paciente e que, apesar de somente a realização do tratamento endodôntico ser uma opção, a ausência da avaliação histológica da lesão restringe o correto diagnóstico desta patologia.

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

ABSTRACT

Introduction: Radicular cysts are the most common odontogenic cyst, with a prevalence of approximately 60%. This lesion is usually observed by routine radiographs or presence of local swelling, but it is basically asymptomatic, with slow growth and it is associated with the root apex of a nonvital tooth, with a predilection for male individuals with ages ranging between the third and fourth decades of life. Its treatment can be surgical or not, varying according to the size and location of the lesion. **Case report:** A 66 year old female, with the presence of a radicular cyst in the anterior region of the maxilla, associated to the dental element 22 was evaluated. She was underwent surgical enucleation associated with local curettage for removal and proper diagnosis of the lesion, based on the anatomopathological analysis of the specimen. **Final considerations:** As it is a very common pathology in the jaws, it is pertinent that the professional knows its essential characteristics for the correct diagnosis, as well as the most appropriate treatments for each patient and that, although only endodontic treatment is an option, the absence of histological evaluation of the lesion restricts the correct diagnosis of this pathology.

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

Isabel Zanforlin Freitas

Mestranda em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-FO/UFMG. Belo Horizonte/MG

Gabriel Menezes Meireles

Acadêmico de Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-PUC/MG. Belo Horizonte/MG

Luciano Henrique Ferreira Lima

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – FOP/UNICAMP. Piracicaba/SP

João Batista de Freitas

Professor das Disciplinas de Cirurgia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-PUC/MG e Professor Aposentado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-FO/UFMG. Belo Horizonte/MG

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luciano Henrique Ferreira Lima, Rua Edu Chaves, 1330, apto 19- São Dimas, Piracicaba-SP, Brasil. CEP: 13416-020. Telefone: +55 19 997541382. E-mail: luclima96@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O cisto radicular é o cisto odontogênico inflamatório mais comum, chegando a uma prevalência de mais de 60% dos cistos odontogênicos envolvendo os maxilares. O cisto radicular é formado por uma cavidade patológica revestida por epitélio de origem dentária podendo conter coleção purulenta em seu interior. Essa lesão tem maior predileção por indivíduos do sexo masculino, entre a terceira e quarta década de vida^{1,2,3,4}.

Sua ocorrência é, comumente, associada à presença de lesões cariosas que levam à necrose pulpar, estimulando os restos epiteliais de Malassez encontrados no ápice do dente em questão e levando à formação da lesão cística^{1,3,4}.

Há controvérsias se há maior predileção pela maxila ou pela mandíbula¹. Normalmente, o cisto radicular é uma lesão assintomática, de crescimento lento, e frequentemente descoberta em radiografias de rotina ou pela queixa de paciente no caso de lesões extensas^{2,4,5,6}.

A característica radiográfica desta lesão é de uma imagem radiolúcida, unilocular, circunscrita e bem delimitada por um halo radiopaco, comumente associado a um dente desvitalizado. Outra característica que pode ser observada, em alguns casos, é o possível deslocamento dos dentes adjacentes, mobilidade dentária ou reabsorção radicular destes⁵.

A avaliação histológica é essencial para o diagnóstico definitivo do cisto radicular, para diferenciá-los de outros cistos e tumores odontogênicos. O aspecto anatomopatológico visualizado, nesta patologia, é de uma cavidade revestida por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado ou não, associado à infiltrado inflamatório de grau variável no tecido conjuntivo^{5,6}.

O tratamento do cisto radicular, quando em tamanhos menores, consiste na terapia endodôntica do dente associado, visando remover a causa e aguardar para avaliar a presença de regressão da lesão. Caso ela não regrida, poderá ser realizado a enucleação cirúrgica. Em lesões maiores, o tratamento pode consistir na enucleação cirúrgica e marsupialização visando a descompressão cística^{2,5}.

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso de cisto radicular em um paciente do sexo feminino, abordando as manobras semiotécnicas para o adequado diagnóstico e o tratamento cirúrgico detalhado para manejo destas lesões.

RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, 66 anos, foi encaminhada pelo endodontista para avaliação de área radiolúcida ao nível do incisivo lateral superior esquerdo e com queixa de aumento de volume na região anterior do palato, com tempo de evolução desconhecido. Esta área estava persistente pós tratamento endodôntico do referido dente, realizado a 90 dias antes da primeira consulta com o cirurgião.

Na anamnese, a mesma relatou ausência de alteração sistêmica ou doenças de base. Ao exame físico extraoral, não verificou nenhum achado anormal. Porém, ao exame intraoral, foi possível observar aumento de volume assintomático na mucosa palatina anterior próximo ao elemento 22, sendo recoberto por mucosa íntegra e discretamente flutuante à palpação.

Devido à suspeita de uma possível lesão intraóssea local, foi solicitado exames radiográficos e, posteriormente, tomográficos para auxílio diagnóstico. Durante a avaliação da reconstrução tomográfica, cuja qual não apresenta valor diagnóstico, foi possível avaliar uma possível rarefação óssea associado ao ápice do elemento dentário 22 (Figura 1A, 1B e 1C). Para diagnóstico acurado, foi avaliado a presença da lesão intraóssea nos cortes coronais (Figura 2A), axial (Figura 2B) e sagital (Figura 2C), cujo os quais foi possível observar uma área hipodensa extensa, bem delimitada associada à expansão de corticais ósseas (principalmente, palatina), mensurando cerca de 10,59 mm de largura e 15,89 mm de altura, associado ao ápice radicular dos elementos 21 e 22.

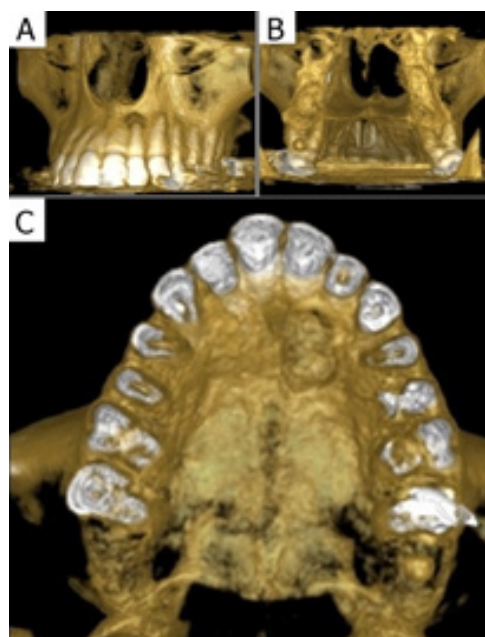


Figura 1 - A) Vista frontal anterior da reconstrução tomográfica da face; B) Vista posterior da reconstrução tomográfica da face C) Vista oclusal da reconstrução tomográfica da face.

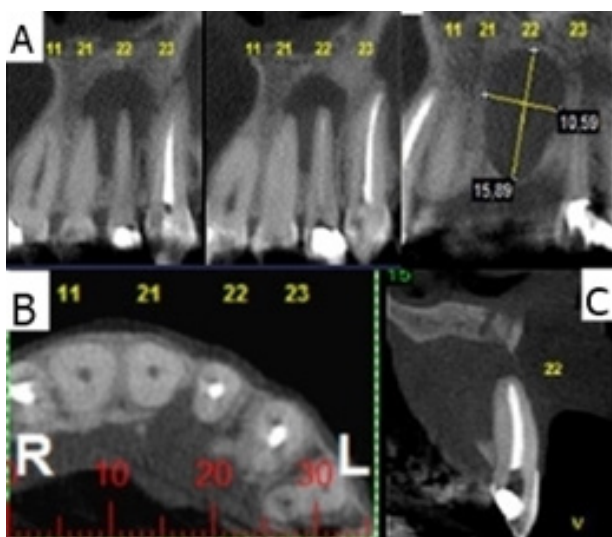


Figura 2 - A) Cortes tomográficos coronais da lesão, demonstrando seu aspecto hipodenso e bem delimitado. Mensuração tomográfica da lesão em corte coronal, demonstrando uma altura de 15,89 mm e largura de 10,59 mm; B) Corte tomográfico axial evidenciando a extensa expansão em região de tábua óssea palatina; C) Corte tomográfico sagital, evidenciando o envolvimento da lesão vinculado ao elemento dentário 22.

Inicialmente, foi realizado a manobra de punção aspirativa, obtendo-se um líquido misto de coloração amarelada e avermelhada, sugerindo presença de coleção purulenta e exsudato inflamatório, respectivamente (Figura 3A e 3B).

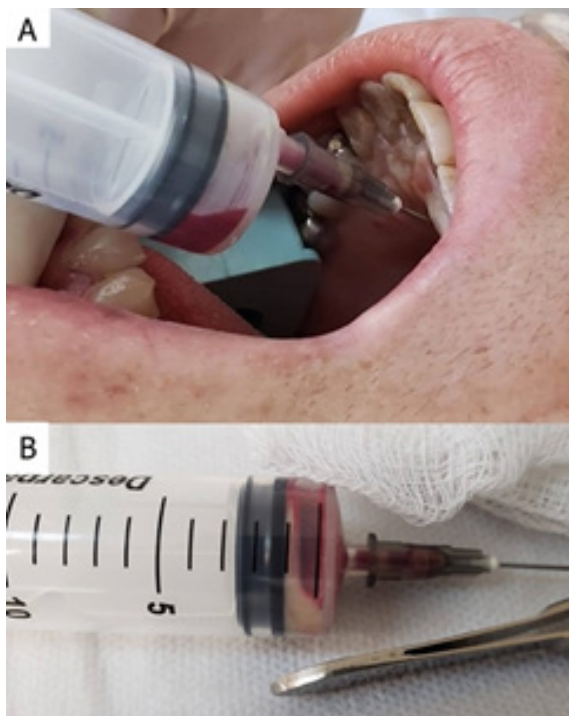


Figura 3 - A) Realização da manobra semiotécnica de aspiração intralesional; B) Conteúdo aspirado abrangendo secreção purulenta associada à possível infiltrado inflamatório.

Devido à associação da lesão com um dente desvitalizado e pelas características tomográficas da lesão, a hipótese diagnóstica foi de cisto radicular. O tratamento proposto e realizado, baseado nas características e na hipótese diagnóstica, foi a enucleação cirúrgica em ambiente ambulatorial.

O paciente foi submetido à anestesia local com infiltração de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Uma incisão intrasulcular foi realizada, com posterior descolamento mucoperiosteal total do retalho (Figura 4A) e descolamento do feixe vasculonervoso nasopalatino (Figura 4B).

Não foi necessário osteotomia para acessar a lesão, visto que ela já se encontrava bastante superficial. A cápsula da lesão foi descolada do tecido ósseo adjacente (Figura 4C), e a lesão foi removida de maneira mais atraumática possível, com o intuito de evitar a dilaceração e o rompimento da cápsula (Figura 4D, 4E e 4F), sendo o espécime cirúrgico removido adequadamente (Figura 4G).

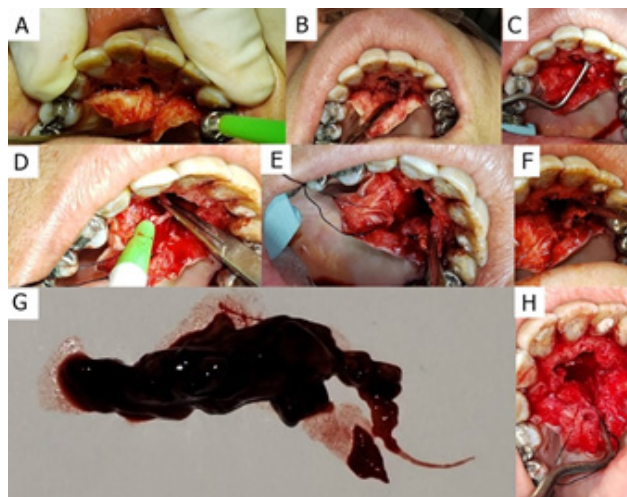


Figura 4 - A) Descolamento inicial do retalho mucoperiosteal total, demonstrando a inserção do feixe vasculonervoso nasopalatino em seu respectivo forame; B) Descolamento do retalho após a secção do feixe vasculonervoso; C) Descolamento da cápsula cística do osso adjacente, utilizando cureta de Lucas; D) Início da exérese lesional; E) Continuação do processo de remoção cirúrgica da lesão; F) Etapa final da exérese; G) Espécime removido; H) Loja cística após a remoção da lesão.

Foi empregado a irrigação e curetagem da loja cirúrgica para remoção de possíveis tecidos remanescentes da lesão (Figura 4H). O retalho foi reposicionado adequadamente por meio de suturas interpapilares interrompidas.

O espécime foi enviado para análise e diagnóstico anatomopatológico, sendo consistente com cisto radicular inflamatório. O paciente ainda se encontra em acompanhamento, e até o presente momento o prognóstico segue favorável, não apresentando recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

O conceito de cisto envolve a presença de uma cavidade patológica revestida por epitélio contendo conteúdo fluido, semifluido ou gasoso. Os cistos odontogênicos podem ser derivados dos restos epiteliais de Malassez, restos da lâmina dentária, epitélio reduzido da coroa dentária, germe dentário e da camada basal do epitélio oral³. O cisto radicular, também conhecido como cisto periapical ou cisto periodontal apical, é o cisto odontogênico mais comum nos maxilares, representando cerca de 52% a 84,5%, podendo possuir uma prevalência ainda maior, já que alguns casos não são diagnosticados pela análise anatomopatológica por serem tratados somente endodonticamente ou pela peça cirúrgica excisada não ter sido enviada para análise microscópica^{1,2,4,7,8}.

O cisto radicular apresenta maior prevalência por indivíduos do sexo masculino, com uma taxa de proporção de homem: mulher de cerca de 1,6:1, sendo relatado o menor envolvimento do sexo feminino, devido às mesmas possuírem uma higienização oral mais adequada^{1,4}. A faixa etária mais comumente acometida se encontra entre a terceira e quinta décadas de vida, com maior pico vinculado à terceira década^{3,5,8}. No trabalho apresentado, há a descrição de uma paciente com o gênero feminino e com uma idade acima da geralmente acometida por essa patologia, possuindo um contraste e diferindo da literatura científica.

Sua ocorrência na cavidade oral, geralmente, é mais associada à maxila, com predileção pela região anterior, atingindo maiores proporções que as lesões em mandíbula, devido à maxila possuir osso menos corticalizado e com menor densidade óssea^{1,3,4}. O aspecto clínico desta lesão abrange uma tumefação associada à dente desvitalizado, com crescimento lento e assintomático, sendo esta última característica alterada em lesões mais extensas, principalmente, se associado à infecção secundária local ou exacerbação inflamatória aguda^{2,5,8}. Em conformidade com os autores, o presente caso demonstra a ocorrência do cisto radicular na região mais acometida (região anterior da maxila) e seguindo as características clínicas relacionadas ao processo diagnóstico, como a associação à dente desvitalizado e uma tumefação submucosa, gerado pelo extenso cisto subjacente.

A lesão cariosa, trauma, infecção e restaurações antigas, todas relacionadas à necrose pulpar, são listados entre os principais agentes etiológicos^{4,5}. A patogênese desse cisto apresenta três fases cronológicas, sendo elas: fase inicial, fase de formação e fase de crescimento. Inicialmente, as células epiteliais de Malassez, presentes no ligamento periodontal, são estimulados a proliferar

como resultado de inflamação local. Em seguida, uma cavidade é formada pela necrose liquefativa do epitélio odontogênico. A terceira fase está associada à aumento da pressão osmótica e hidrostática, relacionado à expansão cística^{2,3,4}.

O cisto radicular é, geralmente, descoberto por meio de radiografias odontológicas de rotina. Porém, em lesões extensas, o inchaço gerado pela progressão da lesão pode levar à suspeita de uma possível patologia local². Embora a radiografia convencional possa auxiliar no diagnóstico de lesões menores, em caso de lesões extensas se torna mais adequado o emprego de tomografia computadorizada de feixe cônico, sendo útil não só no diagnóstico, mas no planejamento do tratamento, pela visualização tridimensional ofertada por esse tipo de exame imagiológico⁷. A aspiração intraóssea do cisto radicular pode apresentar um líquido com coloração variando de palha à amarela, este último mais relatado na presença de cristais de colesterol^{2,4}. No caso apresentado neste trabalho, o líquido aspirado apresentou um caráter misto, com secreção purulenta e possível infiltrado inflamatório associado. A tomografia computadorizada foi solicitada para avaliar a localização e extensão da lesão, pela sua capacidade de avaliação tridimensional, além de ser um exame auxiliar adequado para o planejamento do tratamento cirúrgico do caso.

Através da avaliação imagiológica, o cisto radicular possui alguns diagnósticos diferenciais, como: granuloma periapical, cisto dentígero, cisto periodontal lateral, ceratocisto odontogênico, cisto odontogênico glandular, cisto do ducto nasopalatino e ameloblastoma⁸. Portanto, devido à extensa gama de hipóteses diagnósticas, o diagnóstico adequado é realizado por meio da análise histológica^{2,4}.

À análise histológica desta lesão, observa-se presença de cavidade revestida parcialmente ou totalmente por epitélio estratificado escamoso não ceratinização, associado à infiltrado inflamatório de graus variados, podendo conter numerosos capilares na parede fibrosa^{3,4}.

O tratamento dos cistos radiculares difere de acordo com o tamanho e localização, variando desde somente o tratamento endodôntico dos elementos dentários desvitalizados até a remoção cirúrgica total da lesão, sendo esta última reservada para lesões extensas. As lesões maiores em dentes possíveis de serem restaurados posteriormente, podem ser manejadas adequadamente empregando o tratamento endodôntico associado ao tratamento cirúrgico^{2,4,8}.

A terapia cirúrgica para estes cistos inclui a enucleação, exodontia associada à enucleação, descompressão com posterior enucleação,

apicectomia associada à enucleação e enucleação associada à curetagem^{1,2,5}. A descompressão objetiva reduzir a diminuição da pressão osmótica intracística associada à redução do tamanho da lesão com progressiva deposição óssea na periferia. Porém, o uso deste dispositivo no palato, como é o caso do paciente descrito, é de difícil instalação, além de ser uma região relacionada à atrito constante, influenciando negativamente na permanência do dispositivo no local^{1,7,8}.

A enucleação cirúrgica tem sido a técnica mais relatada para manejo cirúrgico destas lesões, devendo-se descolar adequadamente a cápsula cística do osso adjacente, o que se torna difícil em alguns casos em que a cápsula é friável e é necessário ter atenção à remoção total da cápsula, principalmente, nas áreas interradiculares^{1,8}. No presente caso, optou pela associação da enucleação cirúrgica em conjunto com a curetagem da loja cística, com o intuito de se remover remanescentes da cápsula cística.

Os cistos radiculares possuem um bom prognóstico, porém pode haver recidivas, sendo estas mais relacionadas com a característica friável de algumas cápsulas do que ao tamanho das lesões, deixando remanescentes da lesão no local. Outro fator relacionado à recidivas é o manejo descuidado da área interradicular com permanência de fragmentos císticos nesta região^{1,2}.

É recomendado, então, que seja realizado o acompanhamento clínico e radiográfico dos pacientes com intervalos de 6 meses durante, pelo menos, 5 anos, quando recidiva é mais provável de ocorrer⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce do cisto radicular pode evitar a reabsorção radicular dos dentes adjacentes, comprometimento das estruturas anatômicas ósseas regionais e mobilidade dentária, além de possibilitar um manejo mais conservador.

Portanto, por ser uma patologia muito comum nos maxilares, é adequado que o profissional tenha conhecimento tanto do aspecto diagnóstico, obtido pelo somatório da anamnese, exame físico e exames complementares, quanto do tratamento mais indicado para cada lesão, tendo se em conta os aspectos médicos do paciente e das características individuais da lesão. Por fim, apesar de somente a realização do tratamento endodôntico ser uma opção, a ausência da avaliação histológica da lesão restringe o correto diagnóstico desta patologia.

REFERÊNCIAS

- 1- Araújo FAC, Landim FS, Rocha NS, Caubi AF, de Moraes HHE. Tratamento de extenso cisto inflamatório em maxila - relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2013;13(2):81-86.
- 2- Pereira JS, Milagres RM, de andrade BAB, Messora MR, Kawata LT. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2012;12(2):37-42.
- 3- Kolari V, Rao HT, Thomas T. Maxillary and mandibular unusually large radicular cyst: A rare case report. *Natl J Maxillofac Surg.* 2019;10:270-3.
- 4- Koju S, Chaurasia NK, Marla V, Niroula D, Poudel P. Radicular cyst of the anterior maxilla: An insight into the most common inflammatory cyst of the jaws. *J Dent Res Rev.* 2019;6:26-9.
- 5- Penumatsa NV, Nallanchakrava S, Muppa R, Dandempally A, Panthula P. Conservative Approach in the Management of Radicular Cyst in a Child: Case Report. *Case Reports in Dentistry.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/123148>
- 6- Martorelli SBF, Martorelli FO, de Andrade FBM, Denker AMM, Rezende BG, Barbosa MR. Cisto radicular de mandíbula tratado por enucleação total e preenchedimento da loja cirúrgica com esponja de fibrina: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.* 2021;34(2):10-13.
- 7- Tijoe KC, Imada TSN, Pardo MP, Consolaro A, Gonçalves ES. Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2015;69(4):383-6.
- 8- Velasco I, Vahdani S, Nunez N, Ramos H. Large recurrent radicular cyst in maxillary sinus: A case report. *Int. J. Odontostomat.* 2017;11(1):101-105.