

Abordagem cirúrgica de cisto periapical abscedado na maxila: relato de caso

Surgical approach of absceded periapical cyst in the maxilla: case report

Abordaje quirúrgico de quiste periapical abscedido en la maxila: reporte de caso

RESUMO

O cisto radicular é uma lesão inflamatória associada à necrose pulpar que ocorre frequentemente em maxila. **Objetivo:** Descrever um caso cirúrgico detalhado de Cisto Periapical Abscedado. **Relato de Caso:** paciente gênero feminino, 40 anos, hipertensa, diabética Tipo II, compareceu à clínica queixando-se de dor ao ingerir alimentos frios e quentes na região da maxila, lado esquerdo. Ao exame físico, observou-se destruição coronária e presença de fistula na região do elemento dentário 23. Ao exame radiográfico, observou-se uma área radiolúcida ovalada bem circunscrita com halo radiopaco envolvendo a região apical do elemento dentário 23. Frente ao aspecto clínico e radiográfico, foram sugeridas as hipóteses diagnósticas de abscesso periapical crônico, granuloma periapical ou cisto apical abscedado. Foi realizada a exodontia do elemento 23 seguida de enucleação cística. O diagnóstico histopatológico final foi de cisto abscedado. Após 5 meses de evolução observa-se mucosa íntegra e reparo ósseo alveolar. **Conclusão:** É imprescindível um exame clínico cuidadoso associado ao exame radiográfico e histopatológico para analisar minuciosamente o caso a fim de oferecer ao paciente melhores condutas de tratamento. O diagnóstico de lesões intraósseas associado ao correto tratamento interrompe a evolução do processo patológico, evita danos maiores e restabelece a condição de saúde dos pacientes. **Palavras-chaves:** Cirurgia Bucal; Patologia Bucal; Cisto radicular; Cisto Odontogênico; Cisto Periapical.

ABSTRACT

The radicular cyst is an inflammatory lesion associated with pulp necrosis that often occurs in the maxilla. **Objective:** To describe a detailed surgical case of Abscessed Periapical Cyst. **Case Report:** female patient, 40 years old, hypertensive, type II diabetic, came to the clinic complaining of pain when ingesting cold and hot foods in the left side of the maxilla. On physical examination, coronary destruction and the presence of a fistula in the region of the tooth 23 were observed. The radiographic examination showed a well-circumscribed oval radiolucent area with a radiopaque halo involving the apical region of the tooth 23. In view of the clinical and radiography, the diagnostic hypotheses of chronic periapical abscess, periapical granuloma or abscessed apical cyst were suggested. Element 23 extraction was performed followed by cystic enucleation. The final histopathological diagnosis was an abscessed cyst. After 5 months of evolution, intact mucosa and alveolar bone repair are observed. **Conclusion:** A careful clinical examination associated with radiographic and histopathological data is essential to systematically analyze the case in order to offer the patient better treatment. The diagnosis of intraosseous lesions associated with the correct treatment interrupts the evolution of the pathological process, avoids further damage and restores the patients' health condition. **Key-words:** Oral Surgery; Oral Pathology; Radicular Cyst; Odontogenic Cyst; Periapical Cyst.

Jisiéli Zordan

Acadêmica de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED)
E-mail: jisieli.imed@gmail.com

Elisa Keppler

Acadêmica de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED)
E-mail: elisaaccel@hotmail.com

Bruno Trevisan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5667-6796>
Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial
Departamento de CTBMF da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS
E-mail: bruno.trevisan@imed.edu.br

Natália Batista Daroit

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0764-8999>
Pós doutora em Patologia Bucal
Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Meridional (IMED)
E-mail: natalia.daroit@imed.edu.br

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Natalia Batista Daroit
natalia.daroit@atitus.edu.br
Av Praia de Belas 2124/1106, Menino Deus,
Porto Alegre 90110-000
Fone 51 981915410

RESUMEN

El quiste radicular es una lesión inflamatoria asociada a necrosis pulpar que frecuentemente se presenta en el maxilar. **Objetivo:** Describir un caso quirúrgico detallado de Quiste Periapical Absceso. **Caso Clínico:** paciente femenina, de 40 años, hipertensa, diabética tipo II, acudió a la consulta quejándose de dolor al ingerir alimentos fríos y calientes en el lado izquierdo del maxilar. Al examen físico se observó destrucción coronaria y la presencia de una fístula en la región del diente 23. El examen radiográfico mostró un área radiolúcida oval bien delimitada con un halo radiopaco que involucraba la región apical del diente 23. En vista de la clínico y radiográfico, se sugirieron las hipótesis diagnósticas de absceso periapical crónico, granuloma periapical o quiste apical abscesificado. Se realizó la extracción del elemento 23 seguida de enucleación quística. El diagnóstico histopatológico final fue de quiste abscesificado. A los 5 meses de evolución se observa mucosa intacta y reparación del hueso alveolar. **Conclusión:** Un examen clínico cuidadoso asociado con el examen radiográfico e histopatológico es fundamental para analizar a fondo el caso con el fin de ofrecer al paciente mejores enfoques de tratamiento. El diagnóstico de lesiones intraóseas asociado al correcto tratamiento interrumpe la evolución del proceso patológico, previene mayores daños y restablece el estado de salud de los pacientes. **Palabras Clave:** Cirugía bucal; Patología bucal; Quiste radicular; Quiste odontogénico; Quiste periapical.

INTRODUÇÃO

Lesões císticas como cistos periapicais inflamatórios, também conhecidos como cistos radiculares ou perirradiculares, são frequentemente encontradas na prática odontológica. O cisto radicular é uma lesão comumente associada à necrose pulpar, podendo também ser de origem idiopática, de respostas imunogênicas ou, ainda, originada por reações do tipo corpo estranho, como sobreinstrumentação¹.

A etiopatogenia do cisto radicular está associada, principalmente, à ativação e à proliferação dos restos epiteliais de Malassez por estímulos inflamatórios. Logo, a partir da necrose pulpar haverá lesão inflamatória periapical podendo esta ser aguda ou crônica. Dentre as lesões inflamatórias periapicais crônicas o estímulo inflamatório resulta em resposta proliferativa. A proliferação dessas células epiteliais formam uma massa que será nutrida por difusão pelo tecido conjuntivo. As células mais centrais dessa formação não recebem nutrientes resultando em degeneração e morte celular, com subsequente

liquefação, provocando uma cavitação no interior da massa patológica. À medida que o epitélio descama para o interior do lúmen, o conteúdo proteico aumenta. Desse modo, o interior da cavidade cística terá mais concentração proteica resultando em um meio hipertônico. Para equilibrar as concentrações proteicas, de um ponto de vista osmótico, o organismo permite a entrada de fluido no lúmen, o que promove o crescimento lento da lesão continuamente².

Usualmente o cisto periapical possui crescimento lento com tendência expansiva, é assintomático com predileção ao gênero masculino entre terceira e sexta década de vida. Ocorre frequentemente em maxila (60% dos casos) podendo surgir na porção anterior ou posterior da maxila ou, ainda, anterior ou posterior da mandíbula³.

No exame histopatológico observa-se um lúmen contendo líquido ou semilíquido no seu interior, constituído por restos de células epiteliais descamadas, cristais de colesterol e células inflamatórias-circundadas por cápsula de tecido conjuntivo fibroso. Radiograficamente caracteriza-se por lesão radiolúcida, unilocular, circular ou oval bem delimitada por uma borda esclerótica radiopaca³.

O presente trabalho teve como objetivo relatar detalhadamente a abordagem cirúrgica de um caso de cisto periapical na região anterior da maxila para enucleação e curetagem conjuntamente com exodontia do elemento dentário comprometido.

RELATO DE CASO

Paciente L.D.S.C, faioderma, gênero feminino, 40 anos de idade, com transtornos depressivos, hipertensa, diabética Tipo II, ambos controlados, compareceu à clínica escola do curso de odontologia da Faculdade Meridional de Porto Alegre, queixando-se de dor ao ingerir alimentos frios e quentes na região da maxila, lado esquerdo. Ao exame clínico, observou-se destruição coronária e presença de fístula na região do elemento dentário 23. Ao exame radiográfico, observou-se uma área translúcida ovalada bem circunscrita com halo radiopaco envolvendo a região apical do elemento dentário 23 (Figura 1), sugestivo de abscesso periapical crônico ou cisto apical abscedado, também se observaram raízes residuais dos dentes 25, 47 e 48 com necessidades de exodontias.

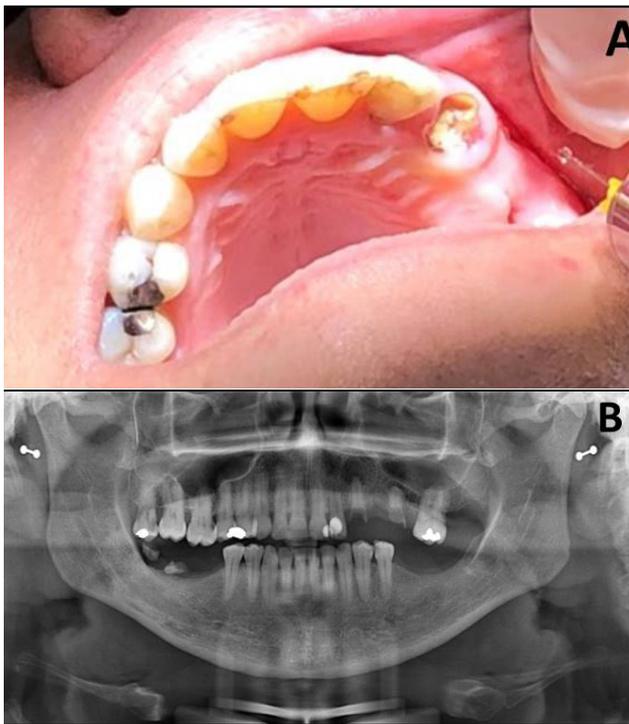


Figura 1 - Aspecto clínico-radiográfico inicial.

No primeiro momento foi realizada a aferição dos sinais vitais da paciente a qual se apresentou dentro dos padrões de normalidade temperatura 36,2°C, normotensa (132X87mmHg), normocárdica e eupneica (98% SpO2% e 71bpm). A antisepsia extraoral foi realizada com clorexidina 2%, já a antisepsia intraoral foi realizada, por 1 minuto, com clorexidina 0,12% seguida da colocação do campo cirúrgico esterilizado. Na sequência, a anestesia utilizada foi a anestesia regional do nervo infraorbitário, bloqueio do nervo nasopalatino e complementação com técnicas infiltrativas locais (Figura 2A), totalizando o uso de 4 tubetes de mepivacaina 2% com epinefrina 1:100:000.

A sindesmotomia foi realizada com os sindesmótomo, seguida de luxação com alavanca reta em movimentos de alavanca, cunha e roda, ambos instrumentos. Em seguida foi realizada incisão em “L Aberto” ou Triangular sobre o rebordo alveolar na região do dente 24, com a relaxante na distal do dente 21 com auxílio de cabo de bisturi número 3 e lâmina de bisturi 15C. O descolamento mucoperiosteal foi realizado com descolador de Molt 2-4. A osteotomia foi realizada com broca 702. A exodontia da unidade dentária 23 foi realizada com auxílio de fórceps

nº 69. A enucleação da lesão cística foi realizada com auxílio da pinça hemostática reta, seguida de curetagem da lesão com cureta de Lucas e irrigação com soro fisiológico a 0,9%.

No trans-cirúrgico notou-se lesão de formato irregular, consistência fibrosa, com coloração rósea na porção mais profunda do alvéolo do dente 23 apresentando no seu interior coleção purulenta de consistência amolecida (Figura 2B).

Foi realizada a enucleação total da lesão, após curetagem vigorosa do alvéolo observou-se leito ósseo livre de lesão (Figura 2C), a peça cirúrgica de tamanho 17x5x4 mm (Figura 2D) foi fixada em formol 10% e encaminhada para análise anatomopatológica.

Foi realizado o tratamento da superfície óssea com alveolótomo e lima para osso. O procedimento cirúrgico foi finalizado com o reposicionamento do retalho e sutura com fio de nylon 4.0 sendo realizados dois pontos simples na região de relaxante, um ponto interpapilar entre incisivo central e lateral, um ponto em X na região alveolar do canino e três pontos simples na região sobre o rebordo alveolar (Figura 2E).

A paciente foi instruída aos cuidados pós-operatórios, higiene bucal, repouso e alimentação. A medicação prescrita foi paracetamol 750 mg um comprimido de 6 em 6 horas por 3 dias; ibuprofeno 600 mg um comprimido de 8 em 8 horas por 5 dias; amoxicilina 500 mg um comprimido de 8 em 8 horas por 7 e bochechos com clorexidina aquosa 0,12% 2 vezes ao dia por 7 dias.

O espécime de biópsia excisional foi encaminhado para análise anatomopatológico e teve o diagnóstico de cisto periapical abscedado confirmado. No exame histopatológico observou-se cavidade virtual contendo infiltrado inflamatório com linfócitos, plasmócitos e piócitos revestida por epitélio estratificado pavimentoso não ceratinizado circundada por tecido de granulação com diagnóstico final de cisto periapical abscedado (Figura 2G).

Após 15 dias da cirurgia, foi realizada a remoção dos pontos de sutura (Figura 2F), a paciente assintomática recebeu encaminhamento para as clínicas de dentística, periodontia e prótese para reabilitação estética/funcional.

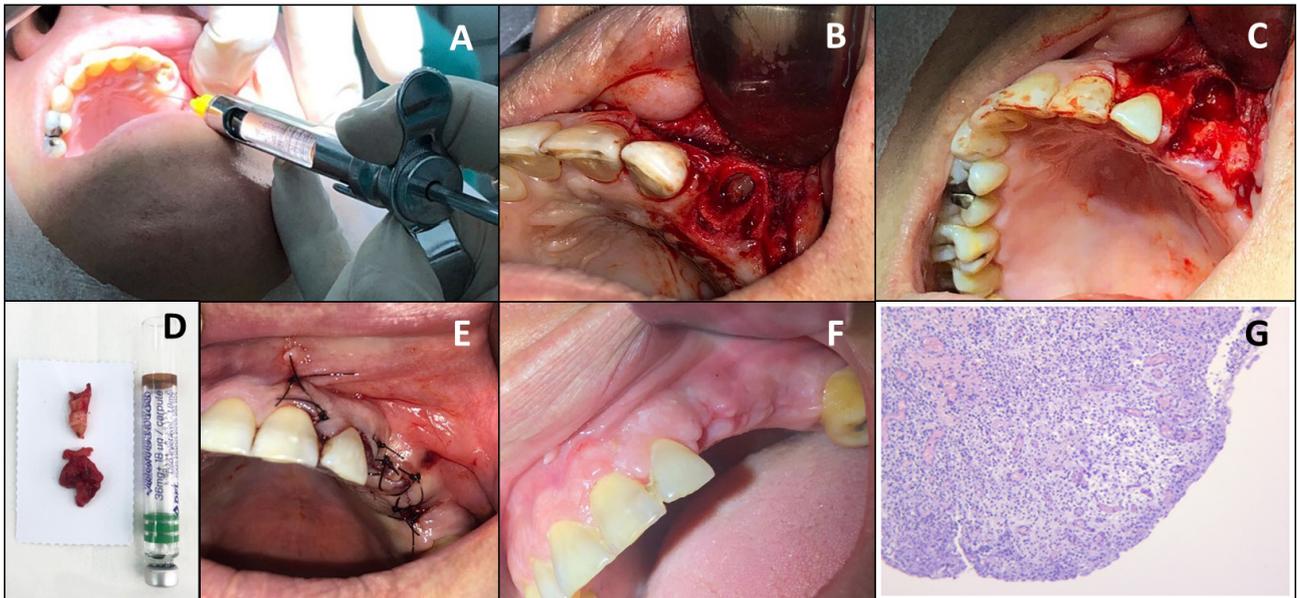


Figura 2 - Procedimento cirúrgico, pós-operatório e imagem microscópica. A) Anestesia infiltrativa na face palatina do elemento dentário 23. B) Tecido fibroso observado na porção mais profunda do alvéolo do dente 23. C) Leito ósseo livre de lesão após exodontia, enucleação e curetagem. D) Raiz residual do dente 23 e peça cirúrgica. E) Pós-operatório imediato: Pontos de Sutura. F) 15 dias de pós-operatório. G) Fotomicrografia de lâmina histopatológica: Cavidade virtual revestida por epitélio estratificado pavimentoso não ceratinizado circundada por cápsula fibrosa contendo infiltrado inflamatório de linfócitos, plasmócitos, neutrófilos e piócitos, H/E, 10x.

A paciente seguiu preservação clínica e radiográfica, e após 5 meses do procedimento cirúrgico observou-se ausência de sinais/sintomas clínicos de doença (Figura 3A) e completo reparo ósseo (Figura 3B), sem sinais de recidiva, em que se observa sucesso após o tratamento realizado.

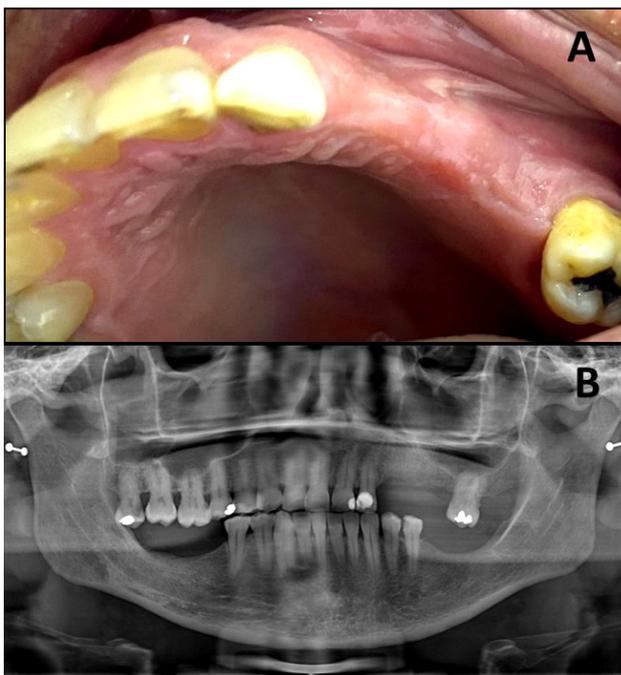


Figura 3 - Preservação clínica-radiográfica pós-operatória de 5 meses.

DISCUSSÃO

Este trabalho relata um caso de uma paciente que apresentava um cisto periapical abscedado que envolvia a região anterior de maxila do lado esquerdo. O cisto radicular é a lesão odontogênica inflamatória que se localiza no ápice da raiz do dente desvitalizado, com maior incidência na região maxilar como foi observado no caso descrito⁴. Esse tipo de patologia é extremamente comum na rotina do cirurgião-dentista e o conhecimento de todas as etapas de diagnóstico, tratamento e preservação do caso são de suma importância para o sucesso dos casos.

A maioria dos cistos periapicais são assintomáticos em sua face inicial, mas quando associadas a infecção bacteriana secundária, isto é, quando ocorre exacerbação aguda, pode haver dor ou sensibilidade, como no caso relatado. A lesão tem maior prevalência pelo sexo masculino³, porém nesse relato de caso, a paciente era do gênero feminino.

Radiograficamente, o cisto periapical apresenta-se como uma imagem radiolúcida unilocular, circular ou oval, homogênea, de tamanho variável e circunscrita por halo radiopaco associada aos ápices dentários. Os aspectos radiográficos encontrados no relato de caso apresentado, estão de acordo com os aspectos radiográficos encontrados na literatura⁴.

O exame radiográfico do cisto periapical não pode ser determinante patognomônico da lesão, pois pode haver outras lesões que apresentam

semelhança radiográfica. Dessa forma, tumores ósseos, granuloma periapical e outros cistos devem ser incluídos como um diagnóstico diferencial⁵.

De acordo com Regezi e Sciubba et al.⁶ radiograficamente é impossível diferenciar o cisto periapical do granuloma periapical. Quando o cisto radicular se apresenta como uma lesão de pequenas dimensões seu diagnóstico diferencial em relação ao granuloma periapical é muito difícil. Dessa forma, todas as peças cirúrgicas devem ser encaminhadas a exame histopatológico para definição do diagnóstico definitivo. O diagnóstico inicial sugestivo foi de abscesso periapical crônico ou cisto apical abscedado. O diagnóstico da lesão cística se concluiu após o ato cirúrgico em conjunto com o resultado da análise histopatológica, que foi comprobatório para cisto periapical abscedado, sendo fundamental para concluir um diagnóstico, descartando outras possíveis lesões⁷.

Tijoe e colaboradores relataram um caso de lesão radiolúcida circunscrita por halo radiopaco entre os incisivos centrais superiores, deslocando-os. A análise tomográfica revelou leve expansão da tábua óssea palatina e rompimento da cortical vestibular. A lesão se estendia para a cavidade nasal e seio maxilar direito, erodindo sua parede anterior⁸. No presente caso, a lesão periapical, apesar da proximidade, não envolvia estruturas nobres como por exemplo, cavidade nasal e seio maxilar, por tal motivo, optou-se pelo tratamento cirúrgico radical – a enucleação cística.

Os cistos dos maxilares podem ser tratados cirurgicamente através de diferentes técnicas. A enucleação reduz as chances de recidiva através da remoção total da lesão cística, sem ruptura. Essa técnica permite o exame histopatológico integral e conseqüentemente proporciona um tratamento adequado da lesão cística⁵.

A técnica de marsupialização consiste em suturar as paredes do cisto ao tecido subjacente, criando-se uma janela cirúrgica, esvaziando o conteúdo cístico mantendo-se o segmento entre o cisto, o sistema da cavidade bucal, o seio maxilar ou cavidade nasal. Esse procedimento reduz a pressão intracística induzindo a redução da lesão cística propiciando a neoformação óssea adjacente. A principal desvantagem desta técnica é que o tecido patológico é deixado “in situ” não sendo submetido ao exame histopatológico completo. Ainda, o paciente deve ser orientado a higienizar a área evitando infecções. Por outro lado, a principal vantagem do procedimento é a menor ocorrência de injúrias às estruturas adjacentes⁹.

As possibilidades cirúrgicas de cistos odontogênicos têm suas indicações específicas.

Enucleação, curetagem alveolar, marsupialização e descompressão cística são exemplos de tratamento para esse tipo de lesões. A manutenção ou não do elemento dentário também deve ser considerada. Segundo Ruslin e colaboradores a enucleação é a modalidade de tratamento mais realizada (61% dos casos), seguida da marsupialização cística (17,5%)¹⁰. No referido relato de caso, foi realizado o tratamento com exodontia do elemento 23 associada à enucleação total e curetagem do alvéolo.

A preservação clínica e radiográfica para o sucesso do tratamento de lesões inflamatórias variam dependendo do tempo de reparo de cada paciente. É fundamental que o monitoramento de sinais ou sintomas clínicos seja realizado assim como o acompanhamento radiográfico da neoformação óssea local.

CONCLUSÃO

O presente trabalho abordou o tratamento cirúrgico de um cisto periapical abscedado, uma das lesões mais comuns na rotina do Cirurgião-Dentista e de destaque no âmbito da Patologia Bucal e da Cirurgia Bucomaxilofacial. Exames complementares de diagnóstico como o exame radiográfico e a análise anatomopatológica são indispensáveis na rotina odontológica a fim de fazer o correto diagnóstico diferencial das lesões. O sucesso no tratamento de cisto periapical depende de um excelente exame clínico e um correto planejamento do caso, além dos conhecimentos de anatomia de cabeça e pescoço e técnicas cirúrgicas. A preservação dos casos é imprescindível, pois permitem uma reabilitação definitiva bem-sucedida.

REFERÊNCIAS

1. Lia RC, Garcia JM, Sousa-Neto MD, Saquy PC, Marins RH, Zucolotto WG. Clinical, radiographic and histological evaluation of chronic periapical inflammatory lesions. *J Appl Oral Sci* (2004) doi:10.1590/s1678-77572004000200007. PMID: 21365133.
2. Lin LM, Huang GT, Rosenberg PA. Proliferation of epithelial cell rests, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing. *J Endod* 2007 Aug;33(8):908-16. doi: 10.1016/j.joen.2007.02.006.
3. Neville BW, et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

4. Araújo FAC, et al. Tratamento de extenso cisto inflamatório em maxila - relato de caso. *Rev Cir Traumatol.buco-maxilo-fac* 2013; 2(13):81-86.
5. Pereira CR. Tratamento de cisto periapical de grande extensão relato de dois casos. 2013. Monografia (Especialização/Endodontia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2013.
6. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia Oral: Correlações Clínico Patológicas*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
7. Pinto PS, de Souza RRL, de Sousa Viana R, de Moraes Neves LE, Brito FRC, do Lago CAP, Barbosa LM. Abordagem cirúrgica para cisto periapical de tamanho atípico em idosa: Relato de caso. *Research, Society and Development* 2021; 10(5) e9210514573. doi: doi:10.33448/rsd-v10i5.14573
8. Tjioe KC, Imada TSN, Pardo MPP, Consolaro A, Gonçalves ES. Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. *Rev Assoc Paul Cir Dent [online]* 2015; 69(4):383-386.
9. Hupp J, Ellis E, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
10. Ruslin M, van Trikt KN, Yusuf AS, et al. Epidemiology, treatment, and recurrence of odontogenic and non-odontogenic cysts in South Sulawesi, Indonesia: A 6-year retrospective study. *J Clin Exp Dent*. 2022;14(3):e247-e253. doi:10.4317/jced.59309