

CISTO PERIAPICAL – UMA REALIDADE CLÍNICO-CIRÚRGICO ATÉ OS DIAS ATUAIS: Relato de Dois Casos Clínicos.

Fernando Vacilotto Gomes¹, Ivan Abreu Gomes², Eduardo Vacilotto Gomes³, Maria Cristina Rodrigo Lara⁴

¹ Cirurgião-dentista. Especialista e Mestre em CTBMF. Especialista em Implantodontia. Corpo Clínico Clínica Odontológica Ivan Gomes, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil. Professor Assistente Curso de Especialização em Implantodontia AGOR/RS, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Cirurgião-dentista. Especialista em Ortodontia, CEO Clínica Odontológica Ivan Gomes, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil.

³ Cirurgião-dentista. Corpo Clínico Clínica Odontológica Ivan Gomes, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil.

⁴ Cirurgião-dentista. Especialista em Radiologia Odontológica. CEO da Clínica Biodental Radiologia Odontológica, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil.

Endereço correspondência

Fernando Vacilotto Gomes

R. Manduca Rodrigues 500, sala 403 – Centro.

97573-560, Sant'Ana do Livramento, RS, Brasil

Fernandovg2005@yahoo.com.br

Recebido em 25 de fevereiro (2019) | Aceito em 27 de março (2019)

RESUMO

Os cistos periapicais, por incrível que pareçam, ainda perfazem a realidade odontológica atual, onde todo o contexto de manutenção e prevenção de cárie e doença periodontal, verdadeiramente compõem lesões que afetam a saúde bucal da população. Ainda sim, busca-se em sua essência, não apenas o tratamento para este tipo de patologia, mas sobretudo a antecipação de que as mesmas ocorram. Estas são lesões inflamatórias localizados na região periapical ou perirradicular de um dente sem polpa, com necrose pulpar ou com tratamento endodôntico com contaminação radicular. Caracterizada pela formação de uma cavidade patológica, circundada por epitélio e uma cápsula constituída por tecido conjuntivo, contendo em seu interior um material fluido ou semissólido. Dessa maneira, este trabalho tem por objetivo apresentar dois casos clínicos que compõem cistos periapicais de longa data, onde o diagnóstico só fora concebido em virtude da realização de exames de imagem de rotina. Ainda, realizar-se-á uma revisão de literatura sobre o tema.

Palavras-chave: Cistos periapicais. Tratamento endodôntico. Cisto verdadeiro. Cisto em bolsa.

ABSTRACT

Increasingly, periapical cysts still represent the current dental reality, where the entire context of caries maintenance and prevention and periodontal disease

truly comprise lesions that affect the oral health of the population. Still, it seeks in its essence, not only the treatment for this type of pathology, but especially the anticipation that they occur. These are inflammatory lesions located in the periapical or periradicular region of a tooth without pulp, with pulpal necrosis, or with endodontic treatment with root contamination. Characterized by the formation of a pathological cavity, surrounded by epithelium and a capsule constituted by connective tissue, containing in its interior a fluid or semi-solid material. In this way, this paper aims to present two clinical cases that compose long-standing periapical cysts, where the diagnosis was only conceived by virtue of routine imaging tests. Also, a review of the literature on the subject will be carried out.

Keyword: Periapical cysts. Endodontic treatment. True cyst. Apical pocket cyst.

1. INTRODUÇÃO

Os Cistos periapicais, por incrível que pareçam, ainda perfazem a realidade odontológica atual, onde todo o contexto de manutenção e prevenção de cárie e doença periodontal, verdadeiramente compõem lesões que afetam a saúde bucal da população. Ainda sim, busca-se em sua essência, não apenas o tratamento para este tipo de patologia, mas sobretudo a antecipação de que as mesmas ocorram.

Via de regra, a etiologia destas lesões periapicais, assim como, das suas diferentes manifestações clínicas já estão bastante esclarecidas. Todavia, sabe-se que o

grande agente causal é a necrose pulpar seguida do não tratamento endodôntico. Em outras situações, pode haver seu desenvolvimento em casos onde há o tratamento endodôntico realizado, porém não adequado e, ainda assim, esta patologia permanece em atividade.

Os Cistos radiculares são lesões inflamatórias localizados na região periapical ou perirradicular de um dente sem polpa, com necrose pulpar ou com tratamento endodôntico com contaminação radicular. Caracterizada pela formação de uma cavidade patológica, circundada por epitélio e uma cápsula constituída por tecido conjuntivo, contendo em seu interior um material fluido ou semissólido.

A prevalência desses tipos de lesões císticas perfazem 42 a 44% das lesões apicais, porém estudos mais recentes têm apresentado taxas menores com frequências variando de 15% a 32%. Independente disso, com as variações percentuais de diferentes autores e locos populacionais, nota-se ainda elevada taxa de ocorrência.

Existem algumas modalidades de tratamento dos cistos periapicais e odontogênicos, tendo diversas técnicas descritas à literatura, havendo ou não concordância entre os autores. Alguns autores defendem que, se infecção endodôntica é eliminada, o sistema imunológico é capaz de promover a reparação da lesão, enquanto outros acreditam que a intervenção cirúrgica é invariavelmente necessária. Em tempo, a literatura mostra que um relativo percentual de lesões radiculares desaparece ou reduz de tamanho após tratamentos endodônticos convencionais. Esta considerável redução ou eliminação de lesões perirradiculares, após tratamento endodôntico, sugere ser esta uma opção terapêutica viável para o tratamento dos cistos radiculares.

De maneira geral o tratamento convencional desse tipo de lesão se dá pelo aspecto clínico-endodôntico associado ou não ao ato cirúrgico de remoção ou curetagem de lesões maiores. Também, se a lesão apresentar aspecto cístico nos exames imagiológicos, a enucleação total da lesão está indicada.

Dessa maneira, este trabalho tem por objetivo apresentar dois casos clínicos que compõe cistos periapicais de longa data, onde o diagnóstico só fora concebido em virtude da realização de exames de imagem de rotina. Ainda, realizar-se-á uma revisão de literatura sobre o tema.

2. RELATO DE CASOS

2.1. Caso Clínico 1

Paciente do gênero feminino, sessenta anos de idade, leucoderma compareceu à clínica Odontológica privada em janeiro de 2019 queixando-se de aumento de volume breve em região vestibular do dente #13, canino superior direito permanente. Descreveu, inclusive, que havia sido submetida a extração dentária no local há aproximadamente 1 ano, sem ter uma melhora efetiva do quadro de dor e edema, apesar das sintomatologias serem de baixo estímulo. Também, relatou que havia realizado implantes dentários na região dos prés-molares em sítios ipsi-laterais ao do loco com acometimento do quadro ao qual compareceu à consulta. Ainda avaliando-se os exames tomográficos, pode-se observar que os dentes #11 e #12 apresentavam tratamento endodôntico com presença de núcleos metálicos fundidos cimentados sob próteses metalocerâmicas (Figuras 1 e 2).

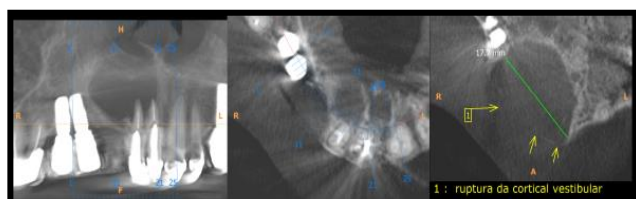


Figura 1: Tomografia Computadorizada Cone beam mostrando lesão cística bem circunscrita em região dos dentes #11, #12 e #13.

Ainda na anamnese, expressou um pouco de ansiedade frente a possível patologia que estava experimentando, negando quaisquer alergias, uso de medicamentos de rotina nem alterações sistêmicas.



Figura 2: Tomografia Computadorizada Cone beam mostrando em cortes parassagitais, mostrando lesão cística bem circunscrita em região dos dentes #11, #12 e #13. Da mesma maneira, nota-se a proximidade com a cavidade nasal.

Ao exame extra bucal, não foi identificado nada digno de nota. Durante o exame intrabucal foi observada uma lesão que promovia expansão breve do rebordo alveolar na região, com drenagem ativa de supuração, dor a palpação e sensação de futura flutuação na região, o qual, nesta primeira consulta, possibilitou drenagem com eliminação de conteúdo supurativo. Não havia mobilidade dentária nem dor a percussão dos dentes #11 e #12. Ainda na mesma consulta foi prescrito antibioticoterapia com Amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 7 dias e o procedimento cirúrgico agendado para 72 horas posteriores (Figura 3).



Figura 3: Avaliação clínica intrabucal antes do procedimento cirúrgico

O procedimento cirúrgico foi realizado em consultório odontológico sob efeitos de anestesia local. Após antissepsia intra e extra bucal com Digluconato de clorexidina 0,12%, campos operatórios esterilizados foram dispostos sobre o paciente, a anestesia local foi feita de forma troncular nos nervos alveolar posterior superior e palatino anterior, com Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000. Alguns retoques anestésicos foram realizados por vestibular e palatino das áreas cirúrgicas de maneira infiltrativa, buscando promover vasoconstrição. Uma incisão do tipo Neumann angular com lâmina de bisturi nº15C fora realizada com relaxante mesial, indo do dente #12 ao dente #15, descolamento mucoperiosteal com descolador de molt nº9, exposição da área da lesão. Com curetas de Lucas, realizou-se a enucleação da lesão de forma lenta e controlada, para que todo o tecido fosse removido por completo (Figura 4). Posteriormente procedeu-se a apicetomia dos dentes #11 e #12, com retroobturação com Agregado de Trióxido Mineral (MTA, Angelus, Londrina, PR, Brasil).

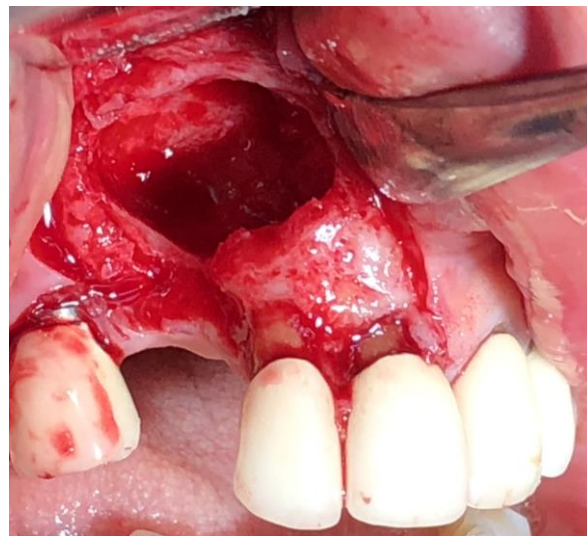


Figura 4: Avaliação clínica intrabucal antes do procedimento cirúrgico

Da mesma maneira, realizou-se descontaminação do loco cirúrgico com a técnica de PDT (Terapia Fotodâmica) através da manutenção de Azul de Metileno a 0,005% durante 5 minutos e a aplicação de terapia

laser de baixa intensidade, com protocolo específico de 9J (Laser Vermelho, 100mW, 9J dose total, 90 segundo). Posteriormente a lavagem abundante com solução fisiológica 0,9%, procedeu-se a sutura com fio mononylon 4-0 (Figura 5).



Figura 5: Aspecto final do ato cirúrgico após sutura.

O conteúdo patológico fora enviado para análise anatomopatológica após 72 horas de fixação em solução formalina a 10%. O resultado do exame saiu em 10 dias, apresentando como diagnóstico de cisto periapical (Figura 6).



Figura 6: Lesão cística removida em sua plenitude.

Após ao término do procedimento cirúrgico fora prescrito para o paciente a manutenção da da Anti-

bioticoterapia com Amoxicilina 500mg a cada 8 horas por 7 dias, Dexametasona 4mg a cada 12 horas por 3 dias e controle da dor com Paracetamol 500mg, fazendo-se a dose de 2 comprimidos a cada 6 horas por 3 dias ou se manutenção da dor. Ainda assim, prescrevera-se bochechos a partir do 2º dia pós-cirúrgico com digluconato de clorexidina 0,12% por 7 dias. Recomendações e orientações pós-operatórias foram passadas por escrito e explicadas para pleno entendimento por parte do paciente. Após 14 dias pós-cirúrgicos os pontos foram removidos sem intercorrências.

2.2. Caso Clínico 2

Paciente do gênero masculino, quarenta e quatro anos de idade, feoderma compareceu à clínica Odontológica privada em janeiro de 2019 queixando-se de pequeno aumento de volume em região vestibular do dente #46, primeiro molar inferior direito. Descreveu, inclusive, que havia sido submetido a tratamento endodôntico do mesmo elemento dentário há quase trinta anos e, desde então, não havia feito controle radiográfico do local. A descoberta da lesão se deu por acaso, durante a solicitação de uma panorâmica de rotina, ao qual é condição *sine qua non* para adesão do paciente à Clínica. Durante a anamnese paciente negou alterações sistêmicas, uso de medicamentos de rotina ou alergias.

Durante a avaliação clínica pode-se observar pouca alteração no volume ósseo da região do dente #46, tão breve, quase imperceptível. Nota-se, ainda, coroa quase total em resina composta e aspecto gengival de saúde local. Muito pouca sintomatologia dolorosa, semelhante a uma sensibilidade durante a percussão e pressão sobre a coroa dentária e ausência de sintoma em pressão apical. Não havia drenagem de supuração ou fistulação ativa no local. Ao exame extra bucal, não foi identificado nada digno de nota.

Na avaliação dos exames de imagem, tanto a tomografia computadorizada cone beam quanto aos raio-x panorâmico, pode-se observar grande lesão apical no dente #46, brevemente difusa com áreas de circunscrição de radiopacidade. Uma sugestão de diagnóstico radio-tomográfico fora de cisto periapical, em virtude de todas as características previamente citadas (Figuras 7, 8

e 9).



Figura 7: Radiografia panorâmica demonstrando lesão cística de dimensões grandes no periápice do dente #46.

Ainda na mesma consulta foi prescrito antibióticoterapia com Amoxi-cilina 500mg de 8/8 horas por 7 dias e o procedimento cirúrgico agendado para 72 horas posteriores.

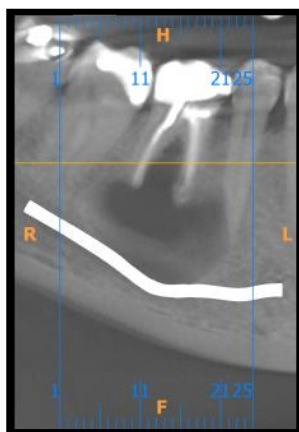


Figura 8: Corte periapical da TCCB demonstrando lesão cística de dimensões grandes no periápice do dente #46 e proximidade com o nervo dentário inferior em evidência.

O procedimento cirúrgico foi realizado em consultório odontológico sob efeitos de anestesia local. Após antisepsia intra e extra bucal com Digluconato de clorexidina 0,12%, campos operatórios esterilizados foram dispostos sobre o

paciente, a anestesia local foi feita de forma troncular nos nervos alveolar posterior superior e palatino anterior, com Mepi-vacaína 2% com epinefrina 1:100.000. Alguns retoques anestésicos foram realizados por vestibular e palatino das áreas cirúrgicas de maneira infiltrativa, buscando promover vasoconstrição. Uma incisão do tipo Neumann angular com lâmina de bisturi nº15C foi realizada com relaxante mesial, indo do dente #47 ao dente #45, descolamento mucoperiosteal com descolador de molt nº9, exposição da área da lesão.

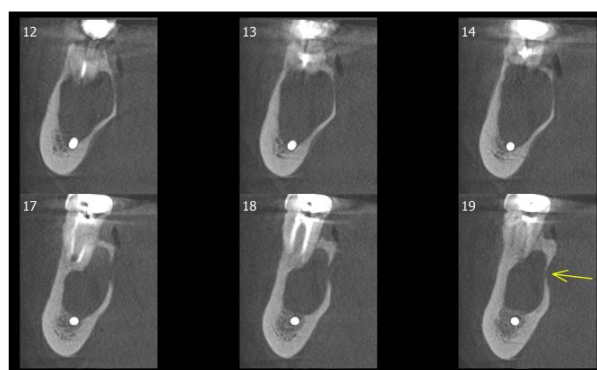


Figura 9: Corte parassagittais da TCCB demonstrando lesão cística de dimensões grandes no periápice do dente #46 e proximidade com o nervo dentário inferior em evidência. Note no corte 14 a relação muito próxima e invasiva sobre o nervo incluindo-o no interior da patologia. Neste caso, existe a possibilidade de parestesia em virtude do previamente diagnosticado

Após a localização do sítio afetado, prosseguiu-se uma odontosseção dividindo o elemento dentário em 2 partes e, assim, com uma alavanca apical extraíram-se as raízes mesial e distal sem traumatismos ósseos. Com curetas de Lucas, realizou-se a enucleação da lesão de forma lenta e controlada, para que todo o tecido fosse removido por completo (Figura 10).

Da mesma maneira, realizou-se descontaminação do loco cirúrgico com a técnica de PDT (Terapia Fotodinâmica) através da manutenção de Azul de Metileno a 0,005% durante 5 minutos e a aplicação de terapia laser de baixa intensidade,

com protocolo específico de 9J (Laser Vermelho, 100mW, 9J dose total, 90 segundo). Posteriormente a lavagem abundante com solução fisiológica 0,9%, procedeu-se a sutura com fio mononylon 4-0. O conteúdo patológico fora enviado para análise anatomopatológica após 72 horas de fixação em solução formalina a 10%. O resultado do exame saiu em 10 dias, apresentando como diagnóstico de cisto periapical.



Figura 10: Dente 46 dividido em raízes mesial, dista e coroa. À direita pode-se observar a lesão por completo, representando praticamente o volume e o tamanho semelhantes ao do dente ao qual acometera. As medidas são de 2cm x 4cm de extensão. O material fora encaminhado para análise anatomopatológica.

Após ao término do procedimento cirúrgico fora prescrito para o paciente a manutenção da da An-tibioticoterapia com Amoxicilina 500mg a cada 8 horas por 7 dias, Dexametasona 4mg a cada 12 horas por 3 dias e controle da dor com Paraceta-mol 500mg, fazendo-se a dose de 2 comprimidos a cada 6 horas por 3 dias ou se manutenção da dor. Ainda assim, prescrevera-se bochechos a par-tir do 2º dia pós-cirúrgico com digluconato de clo-rexidina 0,12% por 7 dias. Recomendações e ori-entações pós-operatórias foram passadas por es-crito e explicadas para pleno entendimento por parte do paciente. Após 14 dias pós-cirúrgicos os pontos foram removidos sem intercorrências.

3. DISCUSSÃO

O cisto residual é uma lesão reacional benigna, caracterizada por uma proliferação não neoplásica que geralmente acomete os periápices de dentes com necrose pulpar e sem tratamento de canal [2], podendo acometer indivíduos de qualquer idade, tendo pico de incidência entre a 4ª e 5ª década de vida [1-10], e ligeira susceptibilidade pelo sexo feminino. No presente caso, constatamos a lesão em uma paciente do sexo feminino e outro no sexo masculino, em faixas etárias semelhantes ao descrito pela literatura.

O tratamento endodôntico convencional em dentes portadores de lesões periapicais tem a capacidade de remover o estímulo antigênico, e desencadeia reações de natureza imunológica, que influenciam na concentração e participação das células inflamatórias no mecanismo imunopatológico dos cistos radiculares. Uma vez eliminada a causa da proliferação epitelial, esta tende a cessar e o sistema imune gradualmente promove a destruição e remoção das células epiteliais proliferadas conduzindo ao reparo da região periapical. Porém, invariavelmente algumas lesões não regridem, e nestes caso o ato cirúrgico de curetagem ou enucleação total se faz necessário. Nos casos relatados, pode-se verificar esta condição. Situações onde a endodontia fora realizada e não houvera a regressão da condição cística. De toda sorte, pode-se levar em consideração a qualidade do tratamento endodôntico e, sobretudo, da sua instrumentação e obturação que devem ser excepcionais. Assim, quando não há a realização de um tratamento ou este está inadequado, exige-se a necessidade de retratamento endodontia de forma sumária, permitindo-se, assim, a restituição e manutenção dentária em oclusão. Em um dos casos relatados, em virtude do tamanho da lesão, breve mobilidade dentária, observação de endodontia inadequada e perda de estrutura radicular, a opção realizada fora pela exodontia.

A literatura apresenta-nos fiversas modalidades de tratamento endo-cirúrgico para restituição destas condições patológicas. Entre elas, podemos lançar mão da cirurgia parendodôntica, que tem como objetivo promover o isolamento do canal radicular evitando a contaminação bacteriana nos tecidos apicais e periapicais, estimulando,

dessa forma, a cicatrização. Ressalta-se que o procedimento cirúrgico só deve ser instituído após o tratamento convencional do conduto radicular ou quando resultar em um prognóstico incerto. Após o preparo do ápice realizado durante a cirurgia parodontodôntica, a cavidade receberá o material retro-obturador, tendo como principal objetivo o selamento da região apical de modo a proporcionar reparo regeneração dos tecidos periapicais. O Agregado Trióxido Mineral (MTA), tem sido um dos materiais mais usados para promover selamento apical, pois promove selamento marginal adequado, prevenindo infiltrações, com capacidade osteoindutora, biocompatível, além de apresentar efeito antimicrobiano. Associado à obturação apical, realiza-se a enucleação que consiste na remoção total da lesão cística, sem rupturada cápsula fibrosa. Esta técnica deve ser realizada com cuidado, pois a remoção da peça por inteiro reduz as chances de recidiva. Sua principal vantagem é permitir o exame histopatológico integral da lesão além de proporcionar o tratamento adequado da lesão. Nos casos aqui demonstrados, apenas um deles realizou-se a retro-obturação, pois apresentavam tratamento endodônticos aceitáveis e os elementos dentários estavam viáveis à manutenção em boca. Assim, procedeu-se como descrito na literatura, com a aposição de MTA nos periápices dos dentes após apicetomia dos dentes #11 e #12. O segundo caso, em conjunto com avaliação do endodontista e aprovação do paciente, aprovou-se a exodontia do elemento #46.

4. CONCLUSÃO

Verifica-se que ainda hoje casos de lesões císticas extensas acometem pacientes e para tal, modalidades preventivas devem ser reiteradas para que tal ocorrência não se faça. Em caso de haver a necessidade de tratamento de cistos periapicais, o profissional deve estar habilitado para tal.

REFERÊNCIAS

- [1] Al-Khateeb TH, Bataineb AB. Pathology associated with impacted mandibular third molars in a group of Jordanians. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1598-602.
- [2] Ustner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral Maxillary dentigerous cysts: a case report. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod*. 2003;95(5):632-5.
- [3] Gulbranson SH, Wolfery JD, Raines JM, Macnally BP. Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst in a 16-months-old girl. *Othoryngol Head Neck Surg*. 2002;127(5):463-4.
- [4] Martins CAM, Gomes FV, Maresco FC, Silveira JOL. Aneurysmal Bone Cyst: a case report. *Rev Cir Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2012; 12(1):26-30.
- [5] Motamedi MHK, Talesh KT. Management of extensive Dentigerous cysts. *Br Dental J*. 2005;198(4):203-6.
- [6] Bhaskar SN. Nonsurgical resolution of radicular cysts. *Oral Surg*. 1972; 34 (2): 458-68.
- [7] Calışkan MK, Türkün M. Periapical repair and apical closure of a pulpless tooth using calcium hydroxide. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod*. 1997; 84: 683-7.
- [8] Caliskan MK. Prognosis of large cyst-like periapical lesions following nonsurgical root canal treatment: A clinical review. *Int. Endod. J*. 2004; 37 (6): 408-16.
- [9] Dandotikar D, Peddi R, Lakhani B et al. Nonsurgical Management of a Periapical Cyst: A Case Report. *J. Int. Oral Health*. 2013; 5 (3): 79-84.
- [10] Guo J, Simon JH, Sedghizadeh P et al. Evaluation of the reliability and accuracy of using cone-beam computed tomography for diagnosing periapical cysts from granulomas. *J. Endod*. 2013; 39 (12): 1485-90.
- [11] Tanaka OM, Meira TM, Batista Rodrigues AC, Willems G, Baggio GL, Couto Souza PH. Marsupialization of a Large Radicular Cyst with Extensive Maxillary Toot Displacement: Eight-Year Follow-Up. *J Dent Child (Chic)*. 2019;86(1):64-68.
- [12] Tian FC, Bergeron BE, Kalathingall S, Morris M, Wang XY, Niu LN, Tay FR. Management of Large Radicular Lesions Using Decompression: A Case Series and Review of the Literature. *J Endod*. 2019 May;45(5):651-659.
- [13] Truong-Nhu-Ngoc V, Vu-Thai-Lien N, Minh-Hang L, Thanh-Tung D, Thi-Nga V, Pham-The H, Chu DT. Radicular cyst in a primary molar following pulp therapy with gutta percha: A case report and literature review. *J Clin Exp Dent*. ;11(1):e85-e90.
- [14] Xiao X, Dai JW, Li Z, Zhang W. Pathological fracture of the mandible caused by radicular cyst: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(50):e13529.
- [15] Bhat SS, Vidhya M, Sargod S. Radicular cyst associated with endodontically treated deciduous tooth: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2003 Dec;21(4):139-41.