DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO PERIAPICAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Janinny Ávila Barroso, Thaís Marins Ferreira Dias, Fábio da Silva Matuda, Pedro Sérgio de Melo Guimarães.

Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, Avenida Shishima Hifumi, 2911, Urbanova - 12244-000 - São José dos Campos-SP, Brasil, janinny_2007@hotmail.com, thaisdias333@gmail.com, fabiomatuda@terra.com.br, drpedroguimaraes@gmail.com.

Resumo

O cisto periapical ou também conhecido como cisto radicular, é uma patologia odontogênica inflamatória comum, geralmente assintomática, que afeta adultos entre 30 e 40 anos. Originado dos restos epiteliais de Malassez, o cisto se forma como resposta a inflamações no ápice de dentes necrosados. Pode ser detectado em radiografias, mostrando uma imagem radiolúcida unilocular ao redor do ápice do dente afetado. O tratamento envolve a avaliação das estruturas anatômicas afetadas, sendo a tomografia computadorizada uma ferramenta essencial para o planejamento cirúrgico e exame histopatológico, com o intuito de confirmar o diagnóstico. No caso relatado, um paciente de 39 anos foi tratado com sucesso por meio de enucleação cirúrgica na maxila. A cirurgia foi realizada com todas as precauções e o pós-operatório foi satisfatório, sem sinais de recidiva. O estudo concluiu que a enucleação é uma abordagem eficaz para o tratamento de cistos periapicais, sendo crucial o acompanhamento contínuo para evitar recidivas.

Palavras-chave: Cisto periapical; Cistos odontogênicos; Enucleação cística.

Área do Conhecimento: Odontologia.

Introdução

O cisto periapical também denominado como cisto radicular, trata-se de uma patologia de origem inflamatória mais comum dos cistos odontogênicos, representando 40 a 85% de todas as lesões apicais (Pereira *et al*., 2013). São caracterizados por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso revestida por epitélio com um lúmen contendo líquido e restos celulares. Originam-se dos restos epiteliais de Malassez que faz com que o inflamatório local permaneça ativo. O epitélio do ápice de um dente necrosado presumidamente pode ser estimulado pela inflamação para formar um cisto. A resposta inflamatória parece aumentar o fator de produção de crescimento de ceratinócitos pelas células do estroma periodontal, levando ao aumento de proliferação do epitélio sadio na região.

Teoricamente, à medida que o epitélio se descama para o interior do cisto, aumenta o conteúdo de proteína. O líquido entra no lúmen, na tentativa de equilibrar a pressão osmótica, e ocorre um crescimento lento, assintomático, podendo atingir grandes proporções. Preferencialmente, o cisto periapical acomete adultos, entre 30 a 40 anos de vida, normalmente é descoberto por meio de radiografias de rotina (Neville *et al*., 2008).

Caracteristicamente, os pacientes com cistos periapicais não apresentam sintomas, a menos que exista uma exacerbação inflamatória aguda. Além disso se o cisto atingir um tamanho grande, podem ser observadas tumefação e sensibilidade leve. Com o crescimento do cisto, pode ocorrer mobilidade e deslocamento de dentes adjacentes. O dente de origem não responde a teste pulpar térmico e elétrico. Os achados radiográficos do cisto periapical mostram imagem unilocular, radiolúcida, arredondada ou ovalada, com limites bem definidos, circundando o ápice do dente, onde se observa também a perda da lâmina dura ao longo da raiz envolvida (Silva *et al*., 2018).

Para estabelecer uma adequada forma de tratamento é necessário avaliar o local afetado da lesão e as estruturas anatômicas circunjacentes. A solicitação de exames radiográficos poderá ser efetuada, devendo-se optar por técnicas de imagens que possam fornecer melhores qualidades de informação (D'Addazio *et al.*, 2010). A tomografia computadorizada proporciona uma visualização tridimensional

de lesões císticas e estruturas próximas. Os principais aspectos tomográficos encontrados são de imagens hipodensas, bem delimitadas, uniloculares com halos hiperdensos.

Permitindo assim, que o planejamento e procedimento cirúrgico sejam realizados de maneira mais satisfatória oferecendo ao paciente um eficiente prognóstico (Paiano; Chiarelli; Dunker, 2006).

O objetivo geral do presente trabalho é relatar um caso clínico de sucesso, relacionado ao tratamento cirúrgico de um cisto periapical em maxila, onde foi realizada sua enucleação cirúrgica como tratamento definitivo. Como objetivos específicos buscando fazer uma breve revisão de literatura e sobre o cisto periapical, bem como enfatizar características clínicas, radiográficas e histopatológicas, bem como relatar os resultados obtidos com o tratamento e proservação do presente caso.

Metodologia

Esse trabalho trata-se de um relato de caso clínico realizado na Universidade do Vale do Paraíba, na Policlínica- Univap Odontologia, que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Univap sob o número do parecer: 6.913.176, estando de acordo com a resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As informações apresentadas foram obtidas através da anamnese, exame físico intraoral, extraoral e a parte cirúrgica, sendo abordadas de forma detalhada, com apresentação de registros fotográficos.

Resultados

Paciente do gênero masculino, 39 anos, cor melanoderma, sem alterações sistêmicas, compareceu na Policlínica Odontológica da Universidade do Vale do Paraíba - Univap em São José dos Campos, através de um encaminhamento para avaliação na região anterior da maxila. O paciente relatou que percebeu o surgimento de uma “bolinha” intra oral, indolor, na região vestibular do dente central (dente 21) há aproximadamente 3 anos, e com o passar do tempo desapareceu. Em junho de 2023 percebeu que no mesmo local começara a surgir uma nova “bolinha”, porém de maior volume e causando inchaço na região. Com isso, recorreu a uma dentista, a qual solicitou exames de imagem, realizou o tratamento endodôntico nos dentes 21 e 22, e encaminhou o paciente a universidade em outubro de 2023 para avaliação.

Ao exame clínico extra oral, observou-se que o paciente apresentava abaulamento na região nasolabial, com elevação da asa do nariz esquerda (Figura 1). Ao exame clínico intra oral observou-se um discreto abaulamento na região do fundo de sulco vestibular correspondente aos dentes 21, 22 e 23, assim como, presença de alteração de cor no dente 21 e ausência de alteração da coloração da mucosa, sendo estar semelhante à dos tecidos vizinhos. A palpação constatou-se tumefação de consistência firme (Figura 2).

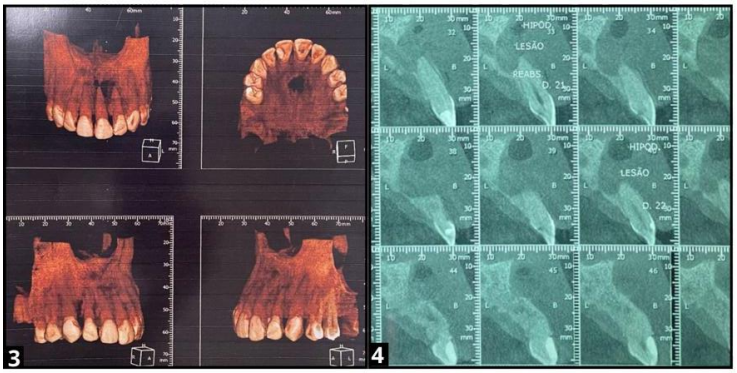
Figura 1: Exame extra oral, com abaulamento e elevação da asa do nariz.
Figura 2: Exame intra oral, abaulamento presente na face vestibular e palatina.

Fonte: O autor (2023).

Ao exame de imagem, através de Tomografia Computadorizada de feixe cônico, foi evidenciada uma extensa imagem de lesão hipodensa. Localizada na região anterior da maxila, estendendo-se para mesial do dente 21 até a região distal do dente 22, expandindo-se em direção superior até a fossa nasal esquerda e para posterior até região do terço médio da concha nasal inferior (Figura 3), promovendo

abaulamento e reabsorção da cortical óssea do assoalho da fossa nasal. Observa-se reabsorção radicular externa apical no dente 21. Observa-se áreas de permeio no interior da lesão sugestivo de áreas de drenagem, trabeculado ósseo com densidade moderada e seios maxilares com extensão alveolar e anterior (Figura 4). A hipótese de diagnóstico foi de cisto do ducto nasopalatino ou cisto periapical.

Figura 3:Reconstrução tridimensional, observa-se reabsorção da cortical óssea do assoalho da fossa nasal.
Figura 4: Observa-se áreas de permeio no interior da lesão sugestivo a drenagem, trabeculado ósseo com densidade moderada e seios maxilares com extensão alveolar e anterior.



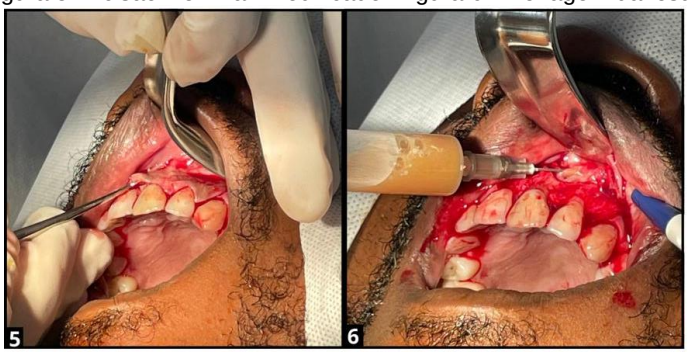
Fonte: O autor (2023).

Diante dos achados clínicos e radiográficos, uma biópsia excisional da lesão foi indicada. A cirurgia foi realizada seguindo todas as instruções de biossegurança para com o paciente, com o operador e toda sua equipe.

Para a execução do procedimento cirúrgico foi realizada as técnicas anestésicas de bloqueio do nervo infraorbitário e bloqueio do nervo nasopalatino com mepivacaína 2% associada a epinefrina na proporção de 1:100.000.

A parte cirúrgica então iniciou-se com uma incisão intrabucal na região, utilizando-se a técnica de incisão de Newman modificado (Figura 5). Após o rebatimento do retalho de extensão total mucoperiostal. Em seguida foi realizada a punção aspirativa, com uma seringa de 5ml, para verificar a natureza e consistência do conteúdo da lesão intraóssea (Figura 6). O conteúdo obtido da punção consistia num líquido turvo e de coloração amarelo citrino. O espécime cirúrgico foi acondicionado em um frasco contendo formol a 10%, previamente identificado, e encaminhado para uma análise histopatológica no laboratório de patologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

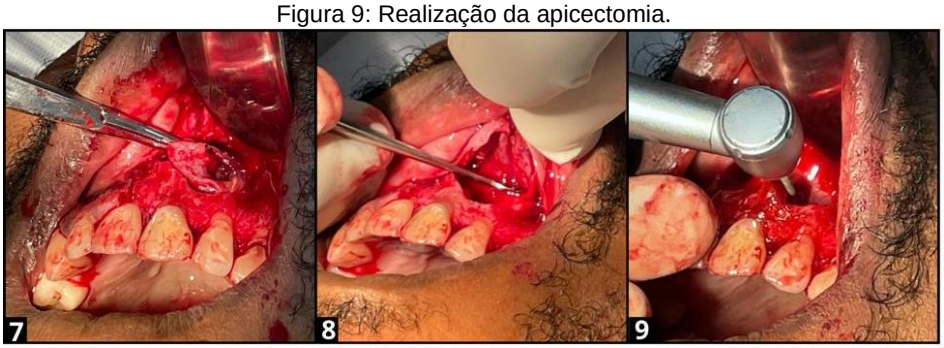
Figura 5: Incisão Newman modificado. Figura 6: Drenagem da lesão.



Fonte: O autor (2023).

Dando sequência com a enucleação da lesão e curetagem na loja cirúrgica, com auxílio da cureta de Lucas. Removeu-se a mesma sem ruptura óssea. A peça cirúrgica possuía aproximadamente 23x15x8mm. Foi realizada também apicectomia no ápice da raiz do dente 21 (Figuras 7, 8 e 9).

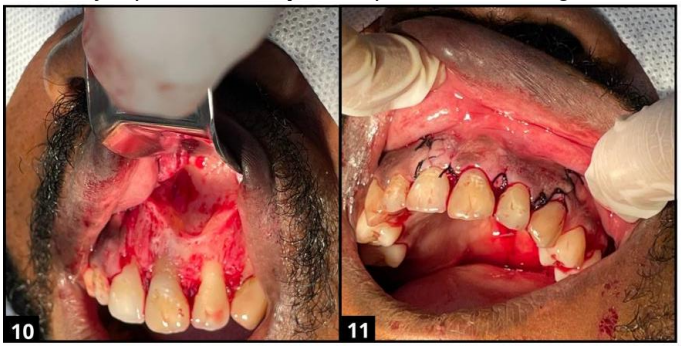
Figura 7: Momento da remoção da lesão cística. Figura 8**:** Curetagem da loja após a remoção da lesão.
Figura 9: Realização da apicectomia.



Fonte: O autor (2023).

Posteriormente, o retalho mucoperiosteal foi reposicionado e suturado através de pontos interpapilares e pontos simples nas incisões oblíquas relaxantes, com fio de sutura Náilon 3-0. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências (Figuras 10 e 11).

Figura 10: Loja após a enucleação completa da lesão. Figura 11: Sutura.



Fonte: O autor (2023).

Foi esclarecido ao paciente quanto aos cuidados pós-operatórios, que dizem respeito à higiene bucal, repouso e alimentação. A medicação pós-operatória prescrita foi Amoxicilina 500mg (via oral, 8H/8h, durante 5 dias), Cetoprofeno150mg (12h/12h, 3 dias) e Dipirona 500mg (4h/4h, 3 dias).

Após 7 dias do procedimento cirúrgico, o paciente retornou à Policlínica Odontológica da Universidade do Vale do Paraíba- Univap em São José dos Campos para remoção da sutura (Figuras 12 e 13).

Figuras 12 e 13: Remoção de sutura após 7 dias de pós-operatório.

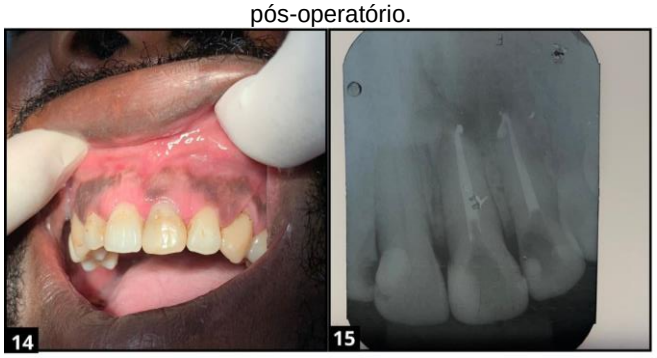
Fonte: O autor (2023).

O laudo da análise histopatológica apontou uma lesão cística, revestida por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, exibindo exocitose. Subjacente ao epitélio, observou-se uma cápsula

de tecido conjuntivo fibroso, intenso infiltrado inflamatório predominantemente crônico, subepitelial, áreas de hemorragias e colônias de bactérias completaram o quadro histopatológico, caracterizando o diagnóstico de cisto periapical.

Aos 4 meses após a realização cirúrgica, foi realizado exame intrabucal, constatou que os tecidos bucais se encontravam dentro do padrão de normalidade, não mostrando sinais de recidiva. Na radiografia periapical, foi possível observar uma diminuição da loja onde a lesão se encontrava e início da neoformação óssea (Figuras 14 e 15). O paciente permanece sob acompanhamento.

Figura 14: Exame intraoral após 4 meses de pós-operatório. Figura 15: Radiografia periapical após 4 meses de pós-operatório.



Fonte: O autor (2023).

Discussão

Dentre os cistos do complexo maxilo-mandibular, os cistos odontogênicos de origem inflamatória são mais comuns, representando 74% da casuística. Em relação aos cistos odontogênicos, o cisto periapical apresenta maior ocorrência, de acordo com estudos e a literatura (Fallieri, 2020). Quando não tratado um abscesso, inicia-se a formação de um granuloma devido à delimitação e aprisionamento de agentes patológicos de virulência de grau baixo no local. Na sequência observa-se crescimento do granuloma, com liquefação de sua massa interna, composta por células, que originam o cisto periapical (Fonseca *et al*., 2019). Fundamentais na execução de um tratamento cirúrgico. Além dos exames radiográficos e clínicos; a tomografia computadorizada Cone Beam é um método de grande importância no diagnóstico, que permite a observação e a localização tridimensional de lesões císticas, dos dentes adjacentes e das estruturas anatômicas envolvidas e circunvizinhas, permitindo a realização do planejamento e do procedimento cirúrgico com maior precisão (Paiano; Chiarelli; Dunker, 2006).

O diagnóstico diferencial pode ser feito com o cisto do ducto nasopalatino, tumor odontogênico, entretanto, dados clínicos, radiográficos e histopatológicos auxiliam na conclusão do caso (Martins *et al*., 2007).

No caso clínico apresentado, verificou-se precisamente o tamanho da lesão, a relação com estruturas anatômicas adjacentes, rompimento da cortical vestibular e rompimento da cortical palatina.

Nos aspectos tomográficos foram encontradas imagens hipodensas, bem delimitadas, uniloculares, com halos hiperdensos.

O tratamento varia conforme a extensão da lesão, quando em pequenas dimensões, opta-se inicialmente pelo tratamento endodôntico, removendo o estímulo inflamatório, resultando na cessação da proliferação epitelial, favorecendo o reparo tecidual, em lesões de grandes proporções (Vasconcelos *et al*., 2012). O tratamento cirúrgico dos cistos pode ser realizado através da enucleação, marsupialização e enucleação com curetagem (Peterson *et al*., 2005). O tratamento de escolha do presente caso foi a enucleação cística.

A enucleação consiste na remoção total da lesão cística, permitindo o exame histopatológico integral da lesão e o tratamento definitivo. As chances de recorrência do cisto periapical são pequenas, ocorrendo quando há a remoção incompleta da lesão, sendo de fundamental importância o acompanhamento clínico e radiográfico do paciente (Silva *et al.*, 2018).

O retalho de Newman modificada, intrassucular com incisão relaxante, garante ser um acesso de boa visualização, de fácil reposição e risco mínimo de retração gengival (Pereira, 2013), sendo este o acesso de escolha para o caso apresentado.

Conclusão

No presente estudo a revisão literária permitiu concluir que o cisto periapical trata-se de uma patologia relativamente comum. Além disso, foi possível constatar que a tomografia computadorizada melhora o planejamento do tratamento. A enucleação da lesão, como terapia de primeira escolha, é uma excelente alternativa para o tratamento do cisto periapical e seus resultados são eficazes para tratamento definitivo da lesão. Verificou-se a importância da anamnese, de um criterioso exame clínico, exames complementares de imagem no auxílio do planejamento e exame histopatológico para a confirmação do diagnóstico.

O presente trabalho de relato de caso clínico, pôde ser concluído com excelência. O paciente obteve um bom pós-operatório, sem dores e maiores desconfortos. O mesmo continuará em acompanhamento.

Referências

D'ADDAZIO, P. S. dos S*. et al*. O uso da tomografia cone beam no auxílio ao diagnóstico e planejamento de cirurgia periapical: relato de caso clínico. **Odontol. Clín.- Cient**, v. 9, n. 4, 2010**.** Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000400021. Acesso em: 16 fev. 2024.

FALLIERI, L. C. **Frequência dos cistos odontogênicos e não odontogênicos**: um estudo multicêntrico. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de Uberaba, Uberaba. 2020. Disponível em: http://dspace.uniube.br:8080/jspui/handle/123456789/1250. Acesso em: 16 fev. 2024.

FONSECA, S. L. P. da. *et al*. Tratamento de cisto radicular apical: uma revisão bibliográfica. *In:* JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 4., SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA UNIFACIG, 5., Manhuaçu, MG. **Sociedade, Ciência e Tecnologia**. Manhuaçu, MG: UNIFACIG. 2019. Disponível em: https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/1496/1206. Acesso em: 17 fev. 2024.

MARTINS, M. D. *et al*. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 193-197, 2007. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/tainacan-items/34088/54336/V25_N2_2007_p193-197.pdf. Acesso em: 23 fev. 2024.

NEVILLE, B. W. *et al*. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PAIANO, G. A.; CHIARELLI, M.; DUNKER, C. Tomografia computadorizada como método auxiliar no diagnóstico e tratamento de lesões intra-ósseas: caso clínico de odontoma composto. **Revista Odonto Ciência**, v. 21, n. 53, p. 292-296, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277226364_Tomografia_computadorizada_como_metodo_auxiliar_no_diagnostico_e_tratamento_de_lesoes_intra-osseas_caso_clinico_de_odontoma_composto/fulltext/55a6442008aed6b0255b3e00/Tomografia-computadorizada-como-metodo-auxiliar-no-diagnostico-e-tratamento-de-lesoes-intra-osseas-caso-clinico-de-odontoma-composto.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

PEREIRA, R. P*. et al*. Resolução cirúrgica de periodontite apical crônica: relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 25, n. 1, p. 77-82, São Paulo, 2013. Disponível em: https://publicacoes.unicid.edu.br/revistadaodontologia/article/view/321/218. Acesso em: 25 fev. 2024.

PEREIRA, R. C.; **Tratamento de cisto periapical de grande extensão**: relato de 2 casos [monografia]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 2013. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/903473 . Acesso em: 02 mar. 2024.

PETERSON, L. J*. et al*. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SILVA, R. N. F. *et al*. Tratamento de cisto radicular de grande extensão: relato de caso clínico. **Rev. Odontol. Bras Central**, v. 27, n. 80, p. 52-56, 2018. Disponível em: https://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1172/957. Acesso em: 16 mar. 2024.

VASCONCELOS, R. G. *et al*. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções – relato de caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 467-474, 2012. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/12929/7892. Acesso em: 16 fev. 2024.