

RELATO DE CASO – ENUCLEAÇÃO DE CISTO PERIAPICAL

Leticia Barin de Lima, Jorge Luiz Reis de Oliveira, Antônio Carlos Victor Canettieri

Universidade do Vale do Paraíba/Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Avenida Shishima Hifumi, 2911, Urbanova - 12244-000 - São José dos Campos-SP, Brasil, leticia-barin-lima@hotmail.com, jorgelro@gmail.com, canettieri@univap.br.

Resumo

O cisto periapical é uma lesão assintomática que pode causar perda óssea, sendo a enucleação, remoção total da lesão, o tratamento mais indicado por reduzir o risco de recidivas. Este artigo relata três cirurgias em dois pacientes: a primeira, envolve a remoção do dente 38 incluso com cisto dentígero, sendo relacionado a coroa de um dente não erupcionado, e acompanhamento da regeneração óssea por coágulo durante seis meses; as outras duas cirurgias, realizadas no mesmo paciente, para remoção de cisto periapical nos dentes 25 e 36, confirmado por biópsia, com isso no elemento 25 a regeneração foi realizada com enxerto ósseo para uma melhor reabilitação oral e o 36 com a regeneração por coágulo. Desta forma foi possível comparar os diferentes processos de regeneração óssea no período de 6 meses. Observou-se um preenchimento total do defeito ósseo onde foi utilizado o enxerto, enquanto por coágulo ainda apresenta defeito ósseo após 6 meses. Concluímos portanto, que para uma melhor reabilitação oral após a cirurgia, a utilização do enxerto ósseo se demonstra muito eficaz.

Palavras-chave: Cisto. Enxerto ósseo. Regeneração óssea.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde. Odontologia

Introdução

Os cistos periapicais se desenvolvem na região apical de dentes não vitais, geralmente de forma assintomática, e podem causar defeitos ósseos, mobilidade e deslocamento dentário. O tratamento pode incluir marsupialização em casos extensos ou próximos a estruturas anatômicas importantes, mas a enucleação, que remove completamente o cisto e reduz as chances de recidiva, foi a técnica escolhida nos casos deste artigo. Após a remoção, a regeneração óssea pode ocorrer naturalmente por meio do coágulo ou, quando insuficiente, com o uso de enxertos ósseos (Júnior et al., 2023).

As patologias císticas são lesões epiteliais preenchidas por líquido, classificadas como cistos odontogênicos (associados aos dentes) e não odontogênicos. Este estudo aborda apenas os cistos odontogênicos, que se dividem em cistos de desenvolvimento, como o dentígero, e cistos inflamatórios, como o periapical (Scully, 2009).

A regeneração óssea corresponde ao processo biológico de formação de novo tecido ósseo em áreas previamente comprometidas por perda ou dano, podendo ocorrer de forma espontânea, mediada pelo coágulo, ou por meio da regeneração óssea guiada, que envolve a utilização de enxertos. Estes enxertos podem ter origem autógena, alógena, xenógena ou sintética, sendo esta última a adotada na presente pesquisa, por promover aceleração no processo de regeneração, além de reduzir o risco de falhas ou defeitos ósseos residuais. (Rodolfo et al., 2017)

O objetivo do presente estudo foi avaliar diferentes tipos de regeneração óssea e qual seria a melhor conduta para uma reabilitação oral pós enucleação de cisto periapical.

Metodologia

A Ciência do NANO e seu impacto transformador no MACRO

A pesquisa referente a este caso clínico recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 7.650.147.

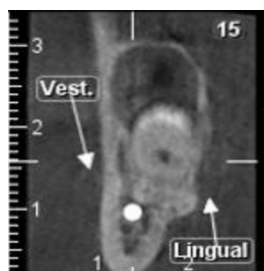
Caso 1: Paciente do sexo feminino 45 anos, apresentava sinusite frequente e dor nos seios maxilares, com uma panorâmica foi encontrado um cisto radicular no elemento 48 incluso (figura 1). O exame tomográfico relatou que havia rompimento da cortical lingual na região apical e um íntimo contato com o canal mandibular (figura 2), apresentando uma imagem hipodensa com halo hiperdenso na região distal em relação a coroa/região óssea, compatível com cisto dentígero (figura 3). Clinicamente não havia nenhuma alteração de cor e não apresentava edema.

Figura 1: radiografia panorâmica inicial



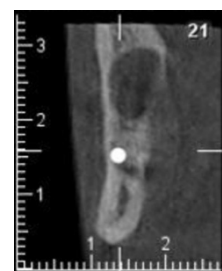
Fonte: O autor.

Figura 2: Região apical.



Fonte: O autor

Figura 3: Região distal



Fonte: O autor

Clinicamente, as lesões foram diagnosticadas como cisto dentígero e o tratamento realizado foi cirurgia com remoção do conjunto dente – cisto. A cirurgia foi realizada de forma individual seguindo as instruções de biossegurança para operador, paciente e auxiliares.

Para realização do procedimento cirúrgico do elemento 38, foi utilizado o anestésico a base de mepivacaína HCL 2% (mepiadre 100) com a técnica de bloqueio regional perigo mandibular e bucal, juntamente com infiltrativas ao redor do dente. A manobra de diérese iniciou-se com uma incisão intrasulcular do tipo Neumann modificada (crestal, intramuscular no dente 37 e relaxante) com a lâmina de bisturi 15 seguida do deslocamento do tecido gengival com a cureta de Molt, para a melhor visualização do objetivo cirúrgico (figura 4). Com isso foi possível analisar que o osso não apresentava fratura ou fragilidade, sendo necessário realizar osteotomia na região para expor o dente e para criar ponto de apoio para a luxação e avulsão do dente e remoção de parte do teto da cavidade cística (figura 5). A manobra de exérese, foi realizada primeiramente com a luxação com alavanca apical curva, seguida do deslocamento do cisto das paredes da cavidade. Na sequência, foi utilizada uma pinça hemostática para remoção do conjunto dente e cisto (figura 6). Em seguida, foi realizada a curetagem da cavidade cística e alvéolo, assim como irrigação e imagem do osso remanescente, finalizou com a sutura com o fio de seda 4-0 (shalon medical).

Figura 4: diérese finalizada.



Fonte: O autor.

Figura 5: osteotomia concluída



Fonte: O autor.

Figura 6: conjunto cisto e dente



Fonte: O autor

Caso 2: Paciente do sexo masculino com 39 anos, não apresentava sintomatologia, apenas uma alteração na coloração leve na mucosa gengival próximo aos elementos acometidos. Foi realizado uma

A Ciência do NANO e seu impacto transformador no MACRO

radiografia panorâmica onde se observou lesões rádiolúcidas na região apical dos elementos 25 e 36 (figura 7).

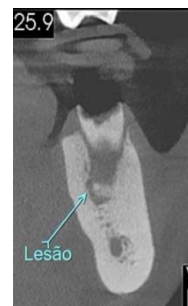
A tomografia evidenciou no dente 25 uma lesão óssea associada à região apical, circular e circunscrita, de aspecto cístico, sugestiva de cisto radicular periapical, com rompimento na crista óssea alveolar, por conta da extensão da lesão no longo eixo distal. O dente 36 apresentava no rebordo ósseo alveolar, perda óssea na região de furca e lesão óssea associada às regiões periapicais, com aspecto cístico, sugestiva de Cisto Radicular Periapical com reabsorção óssea leve no rebordo da região. (figura 8).

Figura 7: Panorâmica



Fonte: O autor.

Figura 8: rompimento da crista óssea do dente 36



Fonte: O autor

Clinicamente, ao ser confirmado posteriormente com a biópsia, um cisto Periapical e o tratamento realizado foi cirurgia com remoção do conjunto dente e cisto. A cirurgia foi realizada de forma individual seguindo as instruções de biossegurança para operador, paciente e auxiliares.

Para realização do procedimento cirúrgico do dente 25, foi utilizado o anestésico a base de mepivacaína HCL 2% da marca (mepiadre 100) com a técnica de bloqueio regional do pós túber e palatino maior, juntamente com infiltrativas ao redor do dente. A manobra de diérese iniciou-se com uma incisão intrasulcular nos elementos 24, 25 e 26 com lâmina de bisturi 15 paralelo ao longo eixo dos dentes e em seguida utilizada a cureta Molt com o intuito de afastar o tecido para melhor visualização do campo operatório. Com isso foi possível analisar que o osso não apresentava fratura ou fragilidade. Em seguida para manobra de exérese foi utilizado um péritomo realizando a luxação do elemento 25 e o fórceps 65, por se tratar de uma raiz residual, com movimentos de apreensão, intrusão, e lateralidade no sentido vestibulo-lingual.

Após a exodontia do elemento 25, a lesão cística não foi removida em conjunto com o dente, com isso, ao curetar observou-se uma secreção purulenta. A patologia estava aderida ao tecido ósseo, sendo necessário para a enucleação, o deslocamento da lesão cística com a cureta Molt e posterior remoção utilizando uma pinça hemostática (Figura 9). A cavidade cística e alvéolo foram brigadas com clorexidina 0,2%. Com o intuito de preservar as estruturas ósseas remanescentes e favorecer a sua reparação, foi enxertado com biomaterial sintético com composição cerâmica a base de hidroxiapatita (Plenum Oss) (figura 10) foram preenchidas cavidade cística e alvéolo remanescente, em seguida foi colocado para proteção do enxerto, uma esponja reabsorvível de gelatina liofilizada (maquiar) finalizou com uma sutura em X com o fio de seda 4-0 da (shalon medical).

Figura 9: enucleação do cisto Periapical.



Fonte: O autor.

Figura 10: enxerto ósseo



Fonte: O autor

A Ciência do NANO e seu impacto transformador no MACRO

Para realização do procedimento cirúrgico do dente 36, foi utilizado o anestésico a base de mepivacaína HCL 2% da marca (mepiadre 100) com a técnica de bloqueio regional do pterigomandibular e bucal, juntamente com infiltrativas ao redor do dente. A manobra de diérese iniciou-se com uma incisão intrasulcular nos elementos 35, 37 e 36 com lâmina de bisturi 15 paralelo ao longo eixo dos dentes e em seguida utilizada a cureta Molt com o intuito de afastar o tecido para melhor visualização do campo operatório. Com isso foi possível analisar que o osso apresentava fratura na crista óssea na vestibular. Em seguida para manobra de exérese foram utilizadas alavancas, realizando a luxação do elemento 36 e o fórceps 151, por se tratar de uma raiz residual, com movimentos de apreensão, intrusão, e lateralidade no sentido vestibulo-lingual.

Após a exodontia do elemento 36, a lesão cística foi removida em conjunto com a raiz distal do dente (Figura 11), com isso, ao curetar observou-se restos de tecidos críticos. A patologia estava aderida ao tecido ósseo, sendo necessário para a enucleação, o deslocamento da lesão cística com a cureta Molt e posterior remoção utilizando uma pinça hemostática. Dessa forma, sem requisitos de lesão na cavidade, a finalização foi a irrigação com soro fisiológico e com uma sutura em ponto simples com o fio de seda 4-0 da (shalon medical).

Resultados

No caso clínico 1, foi diagnosticado um cisto dentígero, identificado por suas características radiográficas (lesão unilocular radiolúcida associada a um terceiro molar incluso com folículo maior que 5 mm) (Calento et al., 2013). Após a cirurgia, o paciente foi acompanhado por seis meses, com sinais positivos de regeneração óssea já nos primeiros exames e boa recuperação clínica (figura 11), entretanto culminando em um leve defeito ósseo na regeneração óssea ao final do acompanhamento (figura 12).

Figura 11: radiografia depois de 2 meses pós cirúrgico



Fonte: O autor

Figura 12: radiografia após 5 meses



Fonte: O autor

No caso clínico 2, ambos os dentes foram diagnosticados com cisto periapical, confirmado por biópsia, decorrente de infecção bacteriana nos canais radiculares. No dente 25, após a exodontia e enucleação, foi utilizado enxerto ósseo sintético (Plenum Oss), que é feito de materiais-primas sintéticas, hidroxiapatita e B-TCP, sua porosidade é considerada alta permitindo a absorção de fluidos e nutrientes, além de promover uma formação óssea homogênea e estrutura similar ao osso trabecular, favorecendo a regeneração óssea. Com um mês, observou-se quase total recuperação óssea sem defeitos (figura 13A e B) enquanto o dente 36 ainda apresentava áreas radiolúcidas (figura 14). Durante os seis meses de acompanhamento, não houve sinais clínicos de inflamação ou alterações nos arcos dentários.

Figura 13A: Após 1 mês. Figura 13B: Após 2 meses

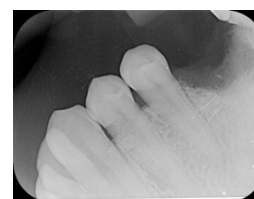


Fonte: O autor.



Fonte: O autor.

Figura 14: após 1 mês do pós cirúrgico



Fonte: O autor ###

Os pacientes foram acompanhados por 6 meses para avaliar a evolução da regeneração óssea. Observou-se que, no caso 2 a regeneração óssea por enxerto, houve preenchimento completo do defeito ósseo, sem falhas. (Figura 15) Já na regeneração obtida por coágulo, após 6 meses, o defeito

A Ciência do NANO e seu impacto transformador no MACRO

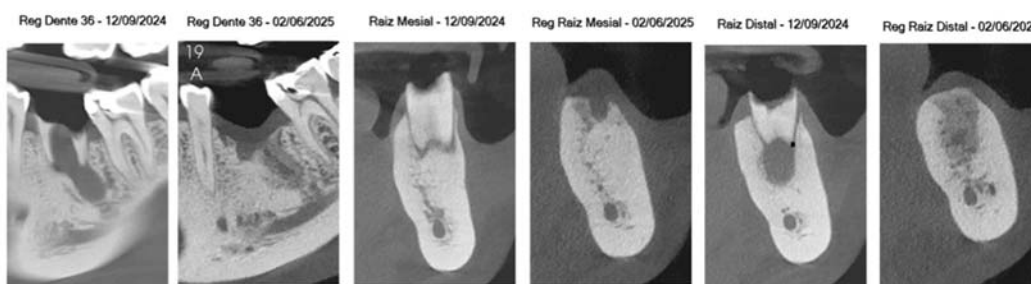
ósseo não estava totalmente preenchido, apresentando uma área levemente hipodensa (figura 16), o que dificultaria a reabilitação oral por implante.

Figura 15: cortes longitudinais na região do dente 25 com enxerto



Fonte: Az radiologia e diagnóstico odontológico

Figura 16: cortes longitudinais na região do dente 36 com regeneração por coágulo



Fonte: Az radiologia e diagnóstico odontológico

Discussão

A maioria dos estudos destaca a importância do diagnóstico e tratamento adequados das lesões císticas. O cisto periapical, se não tratado, pode causar inflamação, sensibilidade, mobilidade e deslocamento dentário, sendo as tomografias computadorizadas essenciais para sua identificação (Zoletti, 2010; Bicalho et al., 2022). Já os cistos dentígeros, quando não tratados precocemente, podem causar assimetria facial, dor e até evoluir para tumores como ameloblastomas, exigindo intervenções mais complexas (Neves et al., 2024). A enucleação é o tratamento mais indicado, por se tratar da remoção completa da lesão, minimizando recidivas (Neves et al., 2024).

Embora as patologias císticas sejam diferentes, o tratamento e o acompanhamento pós-operatório são semelhantes. No entanto, a localização da lesão pode influenciar a gravidade do defeito ósseo e determinar a escolha do método de regeneração para uma adequada reabilitação oral, seja por implante ou por prótese (Tiboni et al., 2019).

Após a remoção, a regeneração óssea é fundamental para evitar prejuízos estéticos e funcionais, sendo as Técnicas de Regeneração Guiada, com o uso de enxertos, indicadas para restaurar o rebordo alveolar e viabilizar futuras reabilitações (Chiapetti et al., 2018; Tiboni et al., 2019).

Conclusão

Através do presente estudo, concluímos que a enucleação cirúrgica é a principal escolha no tratamento de patologias císticas, com o auxílio de exames como radiografias e tomografia para um diagnóstico preciso e melhor planejamento cirúrgico. A localização da lesão, a quantidade óssea do paciente e o tipo de reabilitação escolhida são decisivas para definir o tipo de regeneração (coágulo ou enxerto).

Referências

BICALHO, I. K. B. A importância do diagnóstico histopatológico de lesões periapicais. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário UNIFACIG, Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso, 2022.

CALIENTO, R.; MANNARINO, F. S.; HOCHULI-VIEIRA, E. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 6, p. 458-462, nov./dez. 2013.

CHIAPETTI, C. K. Regeneração óssea guiada com uso de barreira de membrana d-PTFE (denso) e osso xenógeno bovino particulado versus coágulo sanguíneo: avaliação clínica e tomográfica. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Pedra Branca, 2018.

HADAD, H.; BANTIM, Y. C. V.; SILVA, W. P. P.; FAVERANI, L. P.; [et al.]. A importância do correto diagnóstico e tratamento de cisto dentígero: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 7, 2019.

JÚNIOR, C. L. G.; CARVALHO, A. S. M.; SAKAI, G. A.; et al. Enucleação de cisto residual e regeneração óssea guiada com enxerto sintético à base de fosfato de cálcio bifásico e hidroxiapatita: relato de caso clínico. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 3, p. 1493-1511, 2023.

MATTOS, E. A.; MOLLE, F. D. Avaliação da regeneração óssea em enxertos sintéticos: uma revisão sistemática. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Caxias do Sul, 2021.

OLIVEIRA, K. A.; RESENDE, M. L. J.; PRADO, G. C. P. Enucleação de cisto periapical em mandíbula: relato de caso. **Revista Saúde Multidisciplinar (Mineiros)**, v. 8, n. 2, p. 69-72, out. 2020.

TIBONI, F.; BAIER, L. F.; BAIER, I. B. A. Revisão bibliográfica sobre regeneração óssea guiada em associação a implantes odontológicos. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 3, p. e913, 14 maio 2019.