



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
FACULDADE SETE LAGOAS

LORENA PRAZERES DE ASSIS

**TERAPIA CONSERVADORA EM CISTO PERIRRADICULAR
EXTENSO: RELATO DE CASO**

RECIFE
2019

Lorena Prazeres de Assis

TERAPIA CONSERVADORA EM CISTO PERIRRADICULAR EXTENSO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização *Lato Sensu* apresentado à Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Endodontia.

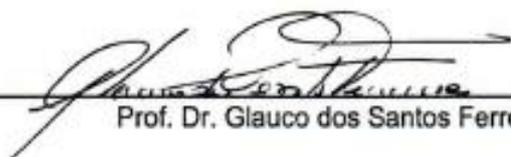
Orientadora: Prof^a Ms. Rafaella Maria Silva de Souza

Co-orientadora: Iracema Thayane Magalhães de Moraes Veras

Recife
2019

Monografia intitulada "TERAPIA CONSERVADORA EM CISTO PERIRRADICULAR
EXTENSO: RELATO DE CASO" de autoria da aluna Lorena Prazeres de Assis.

Aprovada em 03/08/19 pela banca constituída dos seguintes
professores:


Prof. Dr. Glauco dos Santos Ferreira


Profª Nathália Marília Pereira Ferraz


Profª Ms. Rafaela Maria Silva de Souza

Recife, 03 de agosto 2019.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo, 50 - 35.700-170 - Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

Centro de Pós-graduação em Odontologia – CPGO
Av. João de Barros, 1372 – 52021-180 – Recife, PE
Telefone (81) 3426 9978 – www.cpggo.com.br

Só fazemos melhor aquilo que, repetidamente, insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito. (ARISTÓTELES)

RESUMO

O cisto periapical ou cisto radicular apresenta-se como a lesão de natureza inflamatória mais comum entre os cistos odontogênicos. Está associado ao ápice dentário, tem como etiopatogenia a necrose pulpar e apresenta-se localizado ou de forma a atingir grandes extensões. Sua prevalência corresponde a cerca de 60% dos cistos da maxila e da mandíbula acometendo preferencialmente adultos entre a terceira e a sexta décadas de vida. Usualmente o cisto periapical consiste de uma lesão assintomática, não demonstrando evidências clínicas de sua presença. Sua identificação é decorrente de exames radiográficos de rotina. O tratamento convencional é realizado através do preparo químico-mecânico do canal radicular. Já o tratamento cirúrgico consiste na exérese total ou parcial da lesão. Foi objetivo nesse estudo, relatar um caso de extensa lesão cística de 32,1mm x 23,4mm em seus maiores eixos, que acometeu região anterior de maxila em paciente jovem.

Palavras-chave: Cisto radicular, Endodontia, Enucleação

ABSTRACT

The periapical cyst or root cyst presents as the most common inflammatory lesion among odontogenic cysts. It is associated with the dental apex, having as etiopathogenesis the pulp necrosis, and may be presents as localized or reaching large extensions. The prevalence corresponds to about 60% of maxillary and mandible cysts, preferentially affecting adults between the third and sixth decades of life. Usually the periapical cyst is an asymptomatic lesion and does not show clinical evidence of his presence, being discovered through routine´s radiographic exams. The treatment involves a chemical-mechanical preparation of the root canal and the surgical treatment with total or partial excision of the lesion. This paper aims to report a case of an extensive cystic lesion of 32.1mm x 23.4mm in his largest axes in the anterior maxilla in a young patient, besides performing a brief review of the informations presents in the literature about this pathology.

Keywords: Root cyst, Endodontics, Enucleation

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 RELATO DE CASO.....	09
3 DISCUSSÃO.....	15
4 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

1. INTRODUÇÃO

O cisto periapical, também conhecido como cisto radicular, origina-se a partir de um granuloma periapical com epitélio preexistente, o qual constitui um foco de tecido de granulação, cronicamente inflamado, intra-ósseo, no ápice de um dente sem vitalidade. Este granuloma periapical é formado pela degeneração de produtos necróticos do tecido pulpar. Os produtos da inflamação da polpa dentária infectada estimulam os restos epiteliais de Malassez presentes no ligamento periodontal, que proliferam a fim de separar o estímulo inflamatório (polpa necrótica) do osso circundante, formando uma cavidade cística a qual cresce em função do acúmulo de líquido no seu interior (MARTINS NETO et al., 2004).

Trata-se de um cisto verdadeiro pois consiste em uma cavidade patológica forrada por epitélio originário dos restos epiteliais de Malassez e, frequentemente, cheia de líquido. O revestimento pode ser derivado do epitélio respiratório do seio maxilar, quando existe uma comunicação da lesão com o seio; do epitélio bucal proveniente de um trajeto fistuloso; e do epitélio bucal que prolifera em direção apical a partir de uma bolsa periodontal (SHAFER et al., 1987).

Os cistos periapicais são os mais comuns dentre as lesões císticas nos maxilares, abrangendo de 52% a 68% de todos os cistos da cavidade bucal (KILLEY, 1977; SHEAR, 1999), estes têm uma maior incidência em adultos de 20 a 40 anos, acometendo preferencialmente o sexo masculino (BHASKAR, 1966). Relativo à localização anatômica, esta entidade patológica ocorre em regiões com dentes que apresentam maior incidência de necrose pulpar, como cárie, traumatismos e restaurações profundas (RIBEIRO et al., 2004).

A maioria dos pacientes com lesões periapicais não apresenta qualquer sintomatologia, a menos que esteja presente uma exacerbada resposta inflamatória, muitas vezes proveniente da infecção. Nestas situações pode ocorrer tumefação, sensibilidade, mobilidade e/ou deslocamento dental e a ausência de sensibilidade pulpar (GIBSON, 2001). Radiograficamente aparecem como radiotransparências periapicais regulares, circunscritas por uma linha radiopaca bem definida, com perda da lâmina dura no mínimo na região periapical, podendo ocorrer reabsorção radicular. Para estabelecer o diagnóstico é necessário a biópsia incisional ou excisional, que deve ser sempre precedida de punção e aspiração (RIBEIRO et al., 2004).

Diferentes opções de tratamentos têm sido propostos quando há ocorrência de cisto periapical de grandes proporções, como a enucleação cirúrgica associada ou não a exodontia do dente acometido; Endodôntia do dente afetado seguido de apicectomia e enucleação da lesão cística. (Shafer et al., 1987 e Regezzi e Sciubba 2000).

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de cisto periapical de grandes proporções descrevendo a técnica de tratamento conservador cuja conduta consistiu em realizar descompressão, tratamento endodôntico e enucleação cística, em um caso de cisto periapical de grande extensão.

2. RELATO DE CASO

Paciente R.G.M.C., sexo feminino, 24 anos de idade, compareceu ao serviço de Endodontia do Centro de Pós-graduação em Odontologia (CPGO) apresentando radiografia panorâmica, tomografia computadorizada de feixe cônico, resultado de biópsia com Diagnóstico Histológico (DH) de Cisto Periapical (Figura 1) e encaminhamento de Cirurgião Buco-Maxilo-Facial.

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS




LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
EXAME HISTOPATOLÓGICO

NOME: Rayane G. Matos das Chagas. REGISTRO: 1072820 Nº LAB: 0125/18
 CLÍNICA: Cirúrgica.
 MATERIAL: Cisto. DATA DA ENTREGA: 16/01/18
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Arthur França.

EXAME MACROSCÓPICO:
 Enviados em formalina, três fragmentos teciduais irregulares, elásticos, acinzentados, o maior medindo 1,5 x 1,0 x 0,2 cm, com presença de material calcificado. A=6 (cisto), B=2 (descalcificado).

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO:
 -Cisto periapical.

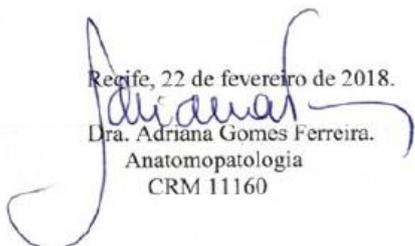
Recife, 22 de fevereiro de 2018.

 Dra. Adriana Gomes Ferreira.
 Anatomopatologia
 CRM 11160

Figura 1 – Resultado da biópsia

Ao exame físico extra-oral observou-se discreta tumefação no terço médio da face do lado esquerdo. No exame intra-oral constatou-se a presença de loja cirúrgica com indicativo de reepitelização na região do ápice dos dentes 22 e 23, caracterizando a anterior marsupialização do cisto. A gengiva apresentava coloração normal e superfície lisa. Verificou-se mau posicionamento dentário na região dos dentes acometidos. Os dentes 21 e 24 apresentavam resposta exacerbada ao teste de sensibilidade pulpar ao frio e o dente 23, foi assintomático a esse teste.

As radiografias periapicais da região evidenciaram tratamento endodôntico já realizado no dente 22. Foi observada imagem radiolúcida e divergência do posicionamento radicular normal, nos dentes 21, 22 e 23 (Figura 2).

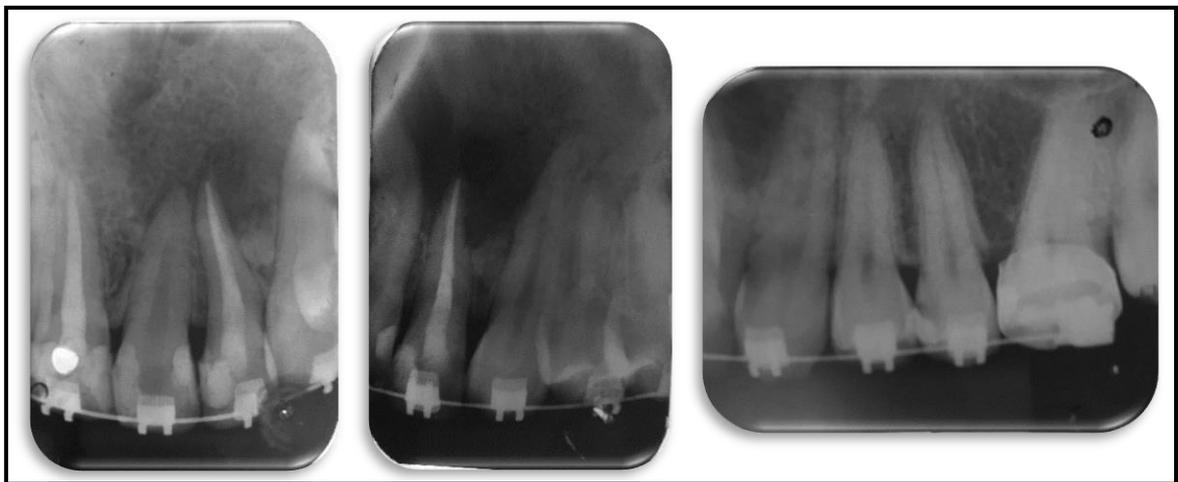


Figura 2 – Radiografia periapical inicial - observada imagem radiolúcida e deslocamento da posição das raízes.

Na reconstrução panorâmica da tomografia, observou-se imagem radiolúcida unilocular, de contornos irregulares, presente em região do dente 11 ao 24 (Figura 3).

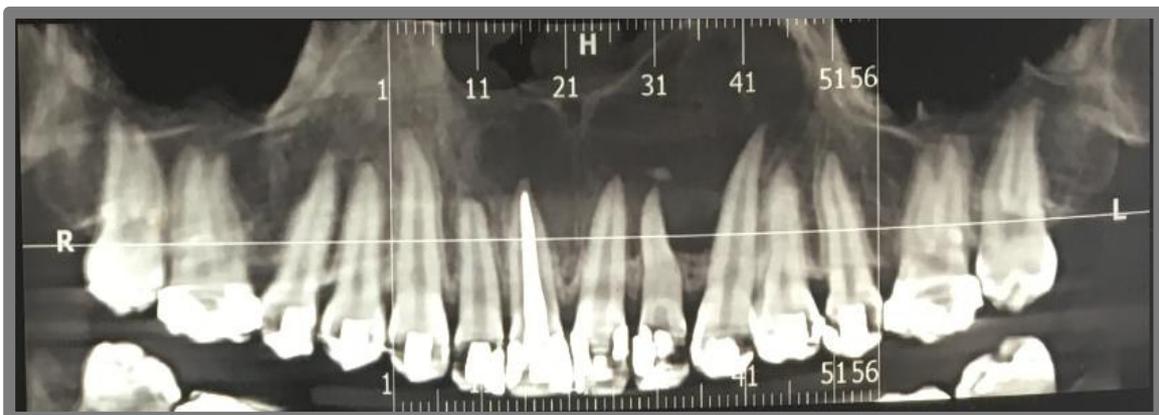


Figura 3 – Tomografia – reconstrução panorâmica. Extensa lesão cística, acometendo a maxila esquerda.

A tomografia computadorizada revelou presença de formação cística, medindo cerca de 32,1mm x 23,4mm em seus maiores eixos, acometendo a maxila esquerda, apresentando contornos regulares e limites definidos. A formação cística era circunscrita da expansão das corticais vestibular e palatina (Figura 4).

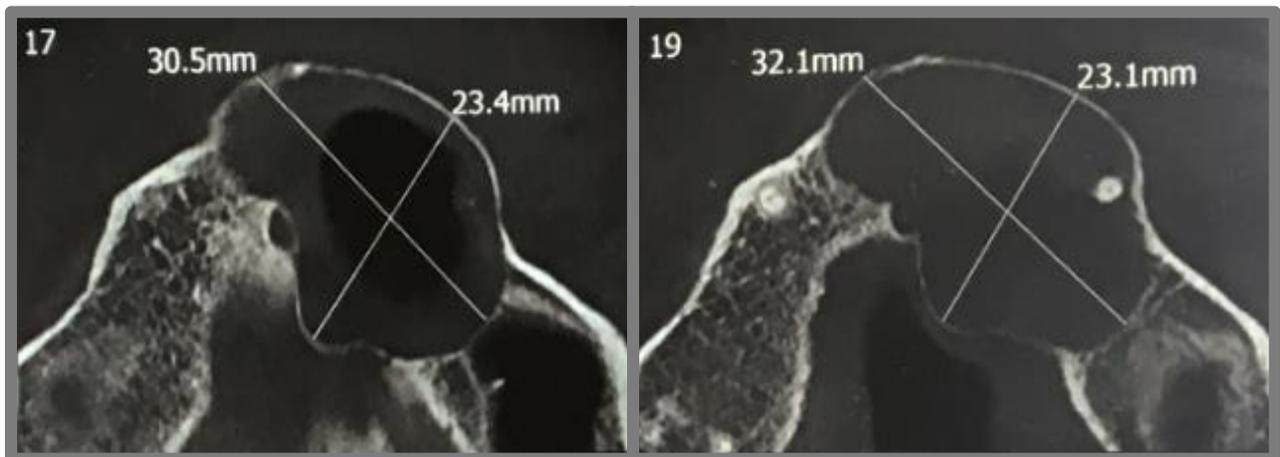


Figura 4– Tomografia – reconstrução axial. Extensa lesão cística acometendo a maxila esquerda.

A abordagem endodôntica foi realizada inicialmente através do acesso coronário dos dentes, que em seguida foram submetidos ao isolamento absoluto. A localização dos canais e exploração dos mesmos foi feita com lima K-file #10 (Dentsply Maillefer, Suíça) associada a irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 2,5%. Nos dentes 21 e 23, o preparo químico-mecânico (PQM) do terço cervical foi realizado com lima OrificeShaper #30.10 do sistema Prodesing S (Easy, Brasil) acoplado ao motor X Smat Plus (Dentsply, Suíça). A odontometria foi realizada com lima K-file #20 e localizador apical Romiapex A-15 (Romidam, Israel). O terço apical foi preparado manualmente com limas K-file, sendo o instrumento apical inicial (IAI) a lima #40 e o batente confeccionado com os quatro instrumentos seguintes da sequência.

Assim, para o dente 21, obteve-se o CRT = 22mm e o instrumento memória foi a lima #60. No dente 23 o terço apical foi preparado manualmente com limas K-file, IAI #35, IM #55 e CRT = 25mm. Após a conclusão da instrumentação, foi realizado o protocolo de irrigação através da lima XP Clean (MK LIFE, Brasil) e a agitação da solução de hipoclorito a 2,5% por 20', seguido da agitação de soro fisiológico pelo mesmo período. Na sequência, foi utilizado etilenodiaminotetracético sal trissódico

(EDTA) (Maquira, Brasil) também agitado por 20', seguido do mesmo período de agitação com soro fisiológico (solução de NaCl a 0,9%). Finalizado o protocolo de irrigação, os canais foram secos com pontas de papel absorvente compatíveis com o instrumento de memória previamente esterilizadas. Ultracal XS (ULTRADENT, USA) foi selecionado como medicação intracanal.

Na consulta subsequente realizou-se acesso coronário do dente 24, remoção do material restaurador provisório dos canais anteriormente preparados e o isolamento absoluto dos três dentes. Os canais do pré-molar foram localizados e então explorados com lima K-file #10 associada a irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 2,5%. O PQM cervical dos canais vestibular e palatino foi realizado com lima OS #30.10 do sistema Prodesing S (Easy, Belo Horizonte). Concluindo o preparo, os terços apicais de ambos os canais foram instrumentados com a lima Wave one gold large #45.05 (Dentsply Maillefer, Suíça) e a odontometria confirmada com o localizador apical. O protocolo de irrigação procedeu-se de forma já citada, utilizando as mesmas substâncias e lima XP Clean (MK LIFE, Brasil).

A medicação intracanal dos dentes 21 e 23 foi removida com irrigação abundante e o instrumento de memória, e os canais dos três dentes secos com pontas de papel absorvente estéreis. Os cones de guta-percha principais foram selecionados e desinfetados em solução de hipoclorito de sódio a 2,5% por 5 minutos. Para os dentes 21 e 23 foram utilizados os cones ISO (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) correspondentes aos instrumentos memória e no dente 24 foram utilizados cones de guta percha 25.06 (Diadent, Seoul, Korea) calibrados em #45. A radiografia da prova do cone foi realizada confirmando a adaptação deste ao preparo (Figura 5).



Figura 5 – Radiografia de conometria

A obturação do sistema de canais radiculares foi realizada respeitando o comprimento real dos condutos. O cimento endodôntico selecionado foi o AH Plus (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça). A técnica utilizada foi a condensação lateral ativa, adicionando-se cones acessórios conforme a necessidade. Em todos os canais foi realizada a condensação vertical com condensador duplo de NiTi (Easy, Belo Horizonte, Brasil), seguida do toailete da câmara pulpar com algodão estéril e álcool 70%. Após obturação, a entrada dos condutos foi selada com obturador provisório, e a coroa foi restaurada ionômero de vidro restaurador. Radiografia periapical final pela técnica do paralelismo foi realizada (Figura 6) e a paciente foi liberada para realização da enucleação cirúrgica do cisto.

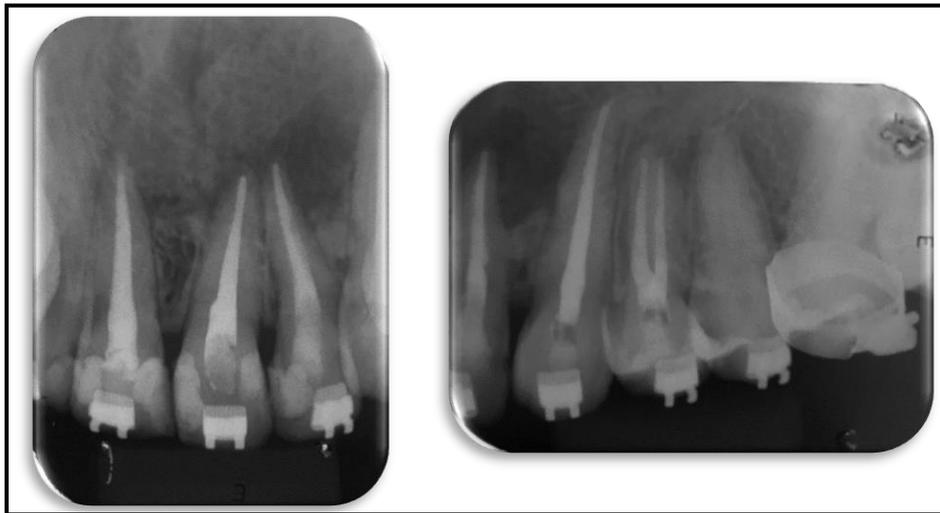


Figura 6 – Radiografia final – Obturação dos canais radiculares

Após três meses, a paciente retornou com exames pós-operatórios, nos quais constatou-se a realização da apicectomia dos dentes envolvidos (Figura 7) e ao exame clínico e semiotécnicos foi constatada ausência de sintomatologia.



Figura 7 – Radiografia panorâmica pós-operatória (3 meses)

Novas radiografias periapicais foram realizadas após três meses da cirurgia de enucleação. As imagens sugeriram discreta neoformação óssea (Figura 8).

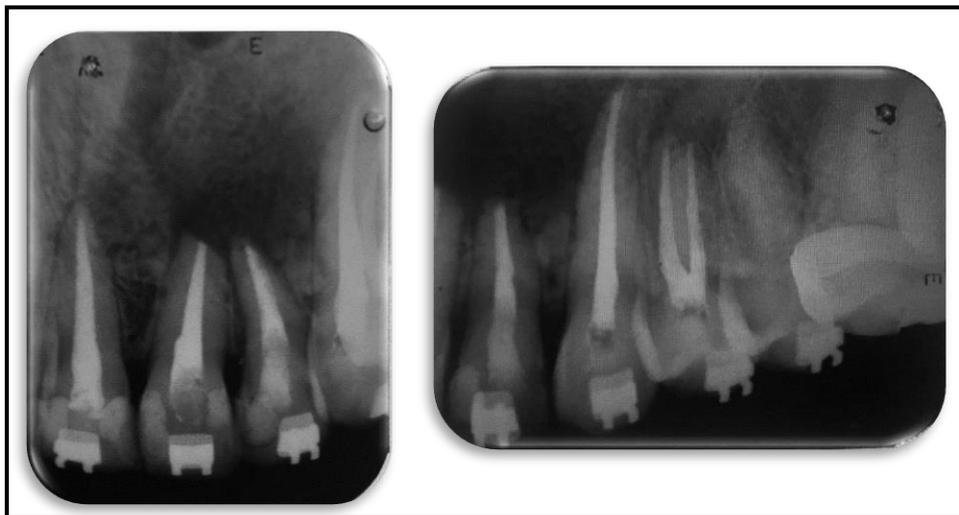


Figura 8 – Periapicais após três meses

3. DISCUSSÃO

O cisto periapical é um cisto verdadeiro, pois consiste em uma cavidade patológica forrada por epitélio originário dos restos epiteliais de Malassez e, freqüentemente, cheia de líquido. Trata-se de uma patologia originada do epitélio de um granuloma e está freqüentemente associada a uma resposta inflamatória do organismo contra uma agressão local, a longo prazo, devido a uma infecção endodôntica. Esta condição é clinicamente assintomática, mas pode resultar em uma tumefação na região afetada. Radiograficamente, a descrição clássica da lesão é uma imagem radiolúcida, circunscrita, de forma oval, envolvendo o ápice do dente infectado (VALOIS & COSTA, 2005; SOARES et al., 2008).

Apesar da incidência relatada de cistos dentre as lesões periodontais apicais variar de 6% a 55%, investigações baseadas em cortes seriados meticulosos e critérios estritamente histológicos mostram que a verdadeira incidência de cistos pode ser bem menor de que 20% (COHEN & HARGREAVES, 2007).

Regezi et al., (2000) relatam que essa lesão acomete preferencialmente adultos entre a terceira e a sexta décadas de vida, Shear (1999), ressalta que a terceira década de vida apresenta uma prevalência considerável. Destaca-se ainda baixa prevalência da lesão durante a primeira década de vida, constituindo-se num fato interessante, visto que a cárie dentária e dentes sem vitalidade são bem frequentes neste grupo etário e, apesar disto, os cistos radiculares não são comumente associados aos dentes decíduos (REGEZI et al., 2000; SHEAR, 1999; SHAFER et al., 1987). Nesse relato, na ocasião da abordagem clínica, a paciente encontrava-se com 24 anos, destoando da faixa etária preferencial ocorrência.

A maioria dos cistos radiculares é assintomática, mas pode haver dor ou sensibilidade se ocorrer exacerbação aguda. Nas lesões extensas, quando ocorrem, podem ser observadas tumefação, mobilidade e deslocamento dentário (NEVILLE et al., 2009; SOUZA et al., 2003).

O cisto periapical localiza-se no ápice de qualquer dente desvitalizado, sendo a maioria encontrada na maxila, particularmente na região anterior, seguida pela região maxilar posterior, região posterior da mandíbula e região anterior da mandíbula (REGEZI et al., 2000). Cerca de 60% dos cistos radiculares são encontrados na maxila e 40% na mandíbula (REGEZI et al., 2000). Nos cistos de longa evolução clínica pode

ser observada a reabsorção radicular do dente envolvido e, usualmente, o afastamento e a reabsorção das raízes dos dentes vizinhos (FREITAS et al., 2000; ARAÚJO et al., 2007). Assim, nos dois pontos supracitados, o caso em questão se assemelha com o que já é consagrado pela literatura: paciente era assintomática, com tumefação e deslocamento dentário presentes. Além disso, concorda com a literatura quanto a localização da lesão: região anterior da maxila.

As opções terapêuticas para as lesões císticas periapicais variam desde o tratamento não cirúrgico, correspondendo ao tratamento endodôntico convencional ou retratamento do sistema de canais radiculares, ao tratamento cirúrgico, através de cirurgia pararendodôntica, podendo-se nos dois casos associar-se a manobra de descompressão (RUIZ et al., 2003).

Quando nos deparamos com lesões císticas extensas, a drenagem é necessária para que ocorra descompressão da cavidade cística, pois a fibroplastia não ocorre na presença de exsudato e, com o alívio da pressão sobre as células circunvizinhas à área patológica, inicia-se uma migração centrípeta das células locais para onde a pressão foi reduzida. Com a descompressão, a sintomatologia é reduzida, não havendo geralmente a necessidade de administração de antibiótico por via sistêmica (FELIPPE et al., 2000). No referido caso, foi realizada uma técnica conservadora, que consistiu na descompressão do cisto com a inserção de um dreno no interior da cavidade para permitir sua redução.

Levando-se em consideração que o cisto periapical é o resultado da resposta do hospedeiro à infecção do sistema de canais radiculares, pressupõe-se que o tratamento endodôntico promova a eliminação ou a redução substancial dos antígenos presentes nos canais radiculares e nos tecidos periapicais, com diminuição da atividade antigênica, proporcionando condições favoráveis ao reparo periapical. De Deus (1991) preconizou que durante a instrumentação do canal radicular seja realizada a patência, uma sobreinstrumentação, que permite a descompressão e drenagem dos tecidos apicais, a penetração das substâncias irrigadoras na intimidade da região apical e a remoção das substâncias necróticas e detritos acumulados durante a instrumentação.

No entanto, Sauaia et al. (2000); Soares e Goldberg (2001), afirmaram que, o extravasamento de substâncias químicas auxiliares do preparo biomecânico, material obturador e detritos no periápice, determinam, freqüentemente a exacerbação das reações inflamatórias por constituírem novas fontes de agressão. A conduta clínica

adotada neste caso foi a realização da patência nos elementos que possuíam necrose pulpar, onde não foram observadas alterações durante a realização dos tratamentos endodônticos. Também foi preconizada a utilização de medicação intracanal com Ultracal XS (ULTRADENT, South Jordan, Utah, USA) nos elementos com necrose, pois preenche os requisitos como biocompatibilidade e estimulação da reparação tecidual.

Segundo a literatura, ainda que a endodontia seja bem conduzida, o cisto verdadeiro precisará ser removido cirurgicamente, pois dificilmente sofrerá reparo somente com a terapia endodôntica (LEONARDO et al., 1998). No presente caso, realizou-se a enucleação do cisto, seguida da apicectomia dos dentes envolvidos.

O acompanhamento clínico e radiográfico pós-operatório deverá ser realizado durante os primeiros doze meses, após a realização da cirurgia, para o acompanhamento do sucesso; identificação de alterações não previstas, e diagnóstico de insucessos (GUIMARÃES et al., 2006).

4. CONCLUSÃO

O sucesso no tratamento de cistos periapicais de grande extensão pode ser alcançado através de um correto e minucioso diagnóstico, planejamento, tratamento adequado e preservação clínica e radiográfica.

A terapia conservadora, através de uma descompressão antes do tratamento endodôntico, pode ser considerada primeira opção de tratamento, já que preserva dentes e estruturas ósseas envolvidas. À descompressão deve ser seguida a enucleação cística e apicectomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESENDE, Maraísa; ASSIS, Neusa Maria; SETTE-DIAS Augusto César; AGUIAR, Evandro; SOTTO-MAIOR, Bruno. Tratamento cirúrgico e conservador de cisto periapical de grande proporção: relato de caso. **HU Revista**, v. 43, n. 2, p. 191-196, abr/jun, 2017.

MENDONÇA, Dannilo; CONCEIÇÃO, Helinaldo; MARTINS, Valber; LIMA, Karoline. Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 8, p. 363-370, 2017.

REGEZI, Joseph; SCIUBBA, James; JORDAN, Richard. **Patologia oral: correlações clinicopatológicas**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SHEAR, Mervyn; SPEIGHT, Paul. **Cistos da região bucomaxilofacial**. 4.ed. São Paulo: Santos. 1999.

SHAFER, William. **Tratado de patologia bucal**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

NEVILLE, Brad; DAMM, Douglas. **Patologia oral & maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, Mirella; TORRES, Marisa; DUARTE, Antônio; SOBRAL, Ana Paula. Lesões periapicais: estudo epidemiológico. **Rev Bras Patol Oral**, v. 2, n. 1, p. 30-34, jan/mar, 2003.

FREITAS, Aguinaldo; ROSA, José Edu; SOUSA, Icléo. **Radiologia odontológica**. 6. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

ARAÚJO, Antenor; GABRIELLI, Mário Francisco; MEDEIROS, Paulo José. **Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**. 1.ed. São Paulo: Livraria Santos, 2007.

LEONARDO, Mario Roberto, Leal JM. **Endodontia: tratamento de canais radiculares**. São Paulo: Editorial Médica Panamericana. 1998; p.94-100.

FELIPPE, W. T.; BIZ, M. T.; FELIPPE, M. C. S. Tratamento não cirúrgico de cisto periapical diagnosticado radiograficamente. **Jornal Brasileiro de Endo/Perio.**, Santa Catarina, v. 1, n. 3, p. 71-74, out./Nov./dez., 2000.

RUIZ, P. A.; AMORIM, R. F. B.; SOUZA, L. B.; CARVALHO, R. A. Fatores relacionados à regressão não-cirúrgica dos cistos radiculares. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. v. 2, n.1, p. 39-46, jan./mar., 2003

SAUAIA, T. S.; PINHEIRO, E. T.; IMURA, N.; ZAIA, A. A. Cisto peri-radicular. Uma proposta de tratamento. **Revista Gaúcha de Odontologia (RGO)**, Rio Grande do Sul, v. 48, n. 3, p. 130-134, jul./ago./set. 2000.

SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. Reparo após o tratamento de canais radiculares. In: **Endodontia: técnica e fundamento**. São Paulo: Artmed, 2001, cap. 12, p. 231-250.