

ASPECTOS TOMOGRÁFICOS DO CISTO RADICULAR: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

TOMOGRAPHIC ASPECTS OF THE RADICAL CYST: REPORT OF TWO CLINICAL CASES

Andressa Teixeira Martiniano da Rocha¹
Bruna Pedral Sampaio de Souza Dantas²
Joaquim de Almeida Dutra³

RESUMO

O cisto radicular (CR) é uma lesão aliada à ativação e proliferação dos restos epiteliais de Malassez através de estímulos inflamatórios, decorrente da propagação bacteriana no interior do canal de um dente necrosado. Acomete em maiores proporções a região anterior do osso maxilar (60,5%), e em mulheres (62,8%) com faixa etária superior a 51 anos de idade (25,6%). Geralmente são lesões assintomáticas, porém quando relacionada à infecção bacteriana pode haver sintomatologia. Para se estabelecer uma adequada forma de tratamento é necessário avaliar o local afetado da lesão e as estruturas anatômicas circunjacentes. O objetivo deste trabalho é relatar os aspectos tomográficos do cisto radicular em dois casos clínicos ratificando a importância desse método de imagem auxiliar na determinação e sucesso do tratamento proposto oferecendo ao paciente um melhor prognóstico. A solicitação de exames radiográficos poderá ser efetuada, devendo-se optar por técnicas de imagens que possam fornecer melhores qualidades de informações. A tomografia computadorizada proporciona, devidos as suas características ideais, a visualização tridimensional de lesões císticas e estruturas próximas. Os aspectos tomográficos encontrados são de imagens hipodensas, bem delimitadas, uniloculares, com halos hiperdensos, com rompimento da cortical óssea em determinados casos.

UNITERMOS: Cisto Radicular; Tomografia Computadorizada; Reabilitação Bucal.

INTRODUÇÃO

O cisto radicular (CR) é uma lesão aliada à ativação e proliferação dos restos epiteliais de Malassez através de estímulos inflamatórios, decorrente da propagação bacteriana no interior do canal de um dente necrosado¹. É caracterizada pelo desenvolvimento de uma cavidade patológica, envolta por um epitélio e uma cápsula com tecido conjuntivo, contendo um material fluído ou semifluído².

O CR acomete em maiores proporções a região anterior do osso maxilar (60,5%), e em mulheres (62,8%) com faixa etária superior a 51 anos de idade (25,6%)³. Geralmente são lesões assintomáticas, porém quando relacionada à infecção bacteriana pode levar a dor espontânea, aumento de volume e exsudação⁴.

Para se 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 informações, como as radiografias panorâmicas⁵.

A radiografia periapical, apesar de rotineiramente utilizada para auxiliar o diagnóstico e

tratamento de cistos radiculares, pode acometer sobreposição de estruturas adjacentes devido a sua imagem bidimensional. Embora, assim como a panorâmica, reproduzem detalhes no sentido mesio-distal, o sentido vestibulo-lingual é inadequado^{6,7}.

A tomografia computadorizada proporciona, devidos as suas características ideais, a 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 prognóstico⁸.

O objetivo deste trabalho é relatar os aspectos tomográficos do cisto radicular em dois casos clínicos ratificando a importância desse método de imagem auxiliar no sucesso do tratamento proposto.

RELATO DE CASO

RELATO DE CASO 1

Paciente J.M.S.A.J. 34 anos, leucoderma, sexo masculino, católico, natural de Salvador – Bahia

1. Cirurgiã-Dentista graduada na Unime Salvador.

2. Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da

3. Professor Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFBA

procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Ufba para reabilitação.

Como queixa principal paciente referiu desconforto em relação à coloração da unidade 4.1. Paciente referiu uso crônico de Puran T4, negou alergias medicamentosas, referiu cirurgia prévia para tireoidectomia, sem intercorrências. Negou patologias em família. Em relação a história social negou uso de tabaco ou substâncias ilícitas, referiu uso de álcool e aceitou, se necessário, transfusão sanguínea.

Ao exame físico notou-se oclusão estável, boa abertura bucal, higiene oral satisfatória, ausência de mobilidade atípica a manipulação da mandíbula ou maxila, padrão classe I esquelético e dentário, ausência de aumento de volume, mucosa com aspecto normal, coloração rósea, porém observou-se unidade 4.1 com alteração de coloração, com mobilidade a manipulação e ao teste de sensibilidade o resultado foi negativo (Figura 1).



Figura 1- Imagem pré-operatória mostrando alteração de coloração na unidade 4.1.

Ao exame de imagem observou-se imagem hipodensa, bem delimitada, unilocular, rompendo cortical vestibular, com halo hiperdenso em região anterior de mandíbula associada à raiz da unidade 4.1, compatível com cisto radicular (Figuras 2 e 3).



Figura 2- Corte axial mostrando imagem hipodensa, unilocular, bem delimitada em região anterior de mandíbula.



Figura 3- Imagem 3D mostrando lesão com rompimento cortical vestibular em mandíbula associada à unidade 4.1.

A cirurgia foi realizada no dia 08 de fevereiro de 2017 no Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce. Paciente posicionado em decúbito dorsal, intubação nasotraqueal sob anestesia geral, assepsia e antisepsia com Clorexidina, aposição de campos operatórios, instalação de tampão orofaríngeo, infiltração em região de fundo de vestibulo e região mental bilateral em mandíbula com lidocaína 2% com epinefrina 1.200.000, acesso intrasulcular estendendo-se de segundo pré molar inferior direito a segundo pré molar inferior esquerdo, descolamento subperiosteal, exposição da lesão, enucleação e extração da unidade 4.1. associada ao cisto, curetagem e irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%, aposição de osso particulado biossintético em área do defeito ósseo, recobrimento com membrana de colágeno e sutura com monocryl 3-0 (Figuras 4 e 5).



Figura 4- Imagem após enucleação da lesão e extração da unidade 4.1 associada.



Figura 5- Imagem após aposição de enxerto ósseo biossintético e membrana de colágeno.

Realizada então remoção do tampão orofaríngeo, remoção dos campos operatórios e extubação sem intercorrências. A peça foi então encaminhada juntamente com unidade dentária associada para estudo anatomopatológico cujo diagnóstico de cisto radicular foi confirmado.

RELATO DE CASO 2

Paciente M.V.L.B. 45 anos, leucoderma, sexo masculino, católico, natural de Salvador – Bahia procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Ufba para reabilitação. Figura 3

Como queixa principal paciente referiu aumento de volume em região anterior de palato à esquerda. Paciente negou uso crônico de medicamentos, tem rinite alérgica e nega outras comorbidades, referiu alergia medicamentosa a penicilina e plasil, referiu cirurgia prévia em joelho direito, sem intercorrências. Negou patologias em família. Em relação a historia social negou uso de tabaco ou substancias ilícitas, referiu uso de álcool e aceitou, se necessário, transfusão sanguínea.

Ao exame físico notou-se oclusão estável, boa abertura bucal, higiene oral satisfatória, ausência de mobilidade atípica a manipulação da mandíbula ou maxila, padrão classe I esquelético e dentário, aumento de volume em região anterior de palato à esquerda estendendo-se da mesial da unidade 1.1 a distal da unidade 2.3, mucosa com aspecto normal, coloração rósea, sem mobilidade a manipulação das unidades associadas, refere dor a palpação.

Ao exame de imagem observou-se imagem hipodensa, bem delimitada, unilocular, rompendo cortical palatina, com halo hiperdenso em região anterior de maxila a esquerda associada à raiz das unidades 2.1; 2.2 e 2.3, compatível com cisto radicular (Figuras 6, 7 e 8).



Figura 6- Corte axial mostrando lesão em região palatina à esquerda.



Figura 7- Corte axial mostrando rompimento de cortical palatina.

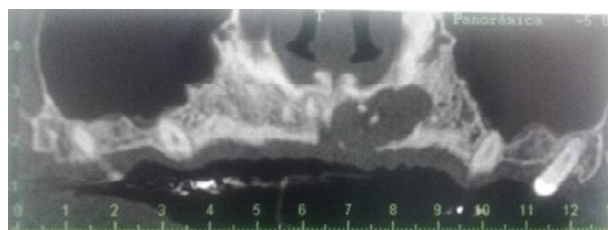


Figura 8- Corte coronal mostrando extensão da lesão e integridade da mucosa nasal.

A cirurgia foi realizada no dia 08 de fevereiro de 2017 no Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce. Paciente posicionado em decúbito dorsal, intubação nasotraqueal sob anestesia geral, assepsia e antisepsia com Clorexidina, aposição de campos operatórios, instalação de tampão orofaríngeo, infiltração em região de fundo de vestibulo anterior de maxila à esquerda e região nasopalatina com lidocaína 2% com epinefrina 1.200.000, acesso intrasulcular estendendo-se de segundo canino superior direito a segundo pré molar superior esquerdo, descolamento subperiosteal, exposição da lesão, enucleação da lesão, curetagem e irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%, sutura com monocryl 3-0. Realizada então remoção do tampão orofaríngeo, remoção dos campos operatórios e extubação sem intercorrências. A peça foi então encaminhada para estudo anatomopatológico cujo diagnóstico de cisto radicular foi confirmado.

DISCUSSÃO

Entre os cistos odontogênicos de origem inflamatória, o mais comum é o cisto radicular. Quando sua enucleação é realizada de forma incompleta ou durante a exodontia da unidade associada à lesão não for curetado o alvéolo de forma satisfatória pode-se desenvolver o cisto residual⁹.

O tratamento do cisto radicular dependerá de alguns fatores como a extensão da lesão, origem e evolução, proximidade com estruturas anatômicas importantes, características clínicas, condição sistêmica do paciente. A enucleação cirúrgica é a terapêutica mais indicada⁸. Sendo fundamental o

exame clínico minucioso aliado a solicitação de exames complementares de qualidade para facilitar a obtenção da conduta.

Os exames radiográficos mais utilizados são a radiografia panorâmica e periapical, observando-se uma área radiolúcida, com halo radiopaco definido, unilocular, com perda de lâmina dura. No entanto, as imagens fornecidas são limitadas já que a área da anatomia radiográfica se apresenta de forma bidimensional. Havendo, frequentemente, distorção das áreas radiografadas¹⁰.

Nesse contexto, a Tomografia Computadorizada oferece condições para análise detalhada da lesão, principalmente em situações onde há alterações intra-ósseas, permitindo com precisão a localização das estruturas anatômicas circunjacentes através de cortes axiais, coronais, sagitais e em 3D, contribuindo de forma positiva para o diagnóstico e determinação do tratamento para o paciente¹¹.

Os aspectos tomográficos encontrados são de imagens hipodensas, bem delimitadas, uniloculares, com halos hiperdensos. Nos casos clínicos apresentados, verificou-se precisamente o tamanho da lesão, a relação com estruturas anatômicas adjacentes, rompimento da cortical vestibular no primeiro caso e cortical palatina no segundo caso. O tratamento indicado foi a enucleação das lesões, sendo que no primeiro caso realizou-se a exodontia da unidade 41 com mobilidade associada ao cisto.

Há relatos de que a Tomografia Computadorizada pode auxiliar no diagnóstico diferencial entre o cisto radicular e granuloma. Apesar disso, só o exame histopatológico poderá oferecer a correta confirmação da suspeita diagnóstica¹².

Apesar dos benefícios que a Tomografia Computadorizada propõe existem diversas limitações relacionadas ao método, como o alto custo em relação às radiografias convencionais, pouca disponibilidade, necessidade de profissionais que detém conhecimento abrangente sobre a técnica para que os dados sejam interpretados corretamente. Torna-se necessário, que o cirurgião determine as reais necessidades e custo-benefício do exame¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Tomografia computadorizada é um excelente exame complementar que possibilita ao cirurgião através de seus aspectos de imagem, identificar de forma detalhada o cisto radicular, além das estruturas anatômicas próximas. Permitindo assim, que o diagnóstico seja reconhecido precisamente. Dessa forma, irá influenciar positivamente no tratamento estabelecido ao paciente, oferecendo-o um melhor prognóstico.

ABSTRACT

The root cyst (CR) is an injury allied to the activation and proliferation of the Malassez epithelial remains through inflammatory stimuli, due to the bacterial

propagation inside the canal of a necrotic tooth. It affects the anterior region of the maxillary bone (60.5%), and in women (62.8%), with an age above 51 years (25.6%). Usually they are asymptomatic lesions, however when related to the bacterial infection there can be symptomatology. In order to establish an adequate form of treatment it is necessary to evaluate the affected site of the lesion and the surrounding anatomical structures. The objective of this work is to report the tomographic aspects of the radicular cyst in two clinical cases ratifying the importance of this method of auxiliary image in the determination and success of the proposed treatment offering the patient a better prognosis. The request for radiographic examinations may be made, and one should opt for imaging techniques that may provide better qualities of information. Computed tomography provides, due to its ideal characteristics, the three-dimensional visualization of cystic lesions and nearby structures. The tomographic aspects found are hypodense, well delimited, unilocular images with hyperdense halos, with rupture of the cortical bone in certain cases.

UNITERMS: Root Cyst; Computed Tomography; Oral Rehabilitation.

REFERÊNCIAS

1. 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; 33(8):908-916.
2. Nair PNR, Pajarola G, Schroeder HE. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81: 93-102.
3. Pereira JV, Figueirêdo DU, Souza EA, Holmes TSV, Gomes DQC, Cavalcanti AL. Prevalência de cistos e tumores odontogênicos em pacientes atendidos na Fundação Assistencial da Paraíba: estudo retrospectivo. *Arq Odontol* 2010; 46 (2).
4. Pereira RC. Tratamento de cisto periapical de grande extensão, relato de 2 casos. [Monografia de especialização]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP 2013. 33p.
5. D'Addazio PSS, Assis NMSP, Campos CN, Bastos TR, Lopes RM. O uso da tomografia cone beam no auxílio ao diagnóstico e planejamento de cirurgia periapical: relato de caso clínico. *Odontol Clín-Cient* 2010; 9(10):377-380.
6. Huuononen S, Kvist T, Gr öndahl K, Molander A. Diagnostic value of computed tomography in retreatment of root fillings in maxillary molars. *Int Endod J* 2006; 39(10): 827-833.
7. Tsurumachi T, Honda K. A new cone beam computerized tomography system for use in endodontic surgery. *Int Endod J* 2007; 40(3): 224-232.

8. Paiano GA, Chiarelli M, Dunker C. Tomografia computadorizada como método auxiliar no diagnóstico de lesões intra-óssea: relato de caso clínico de odontoma composto. Rev Odontol Ciênc 2006; 21(53): 292-296.
9. Silveira EJD, Piva MR, Galvão HE, Souza LB, Freitas RA. Participação das metaloproteinases da matriz na etiopatogenia dos cistos odontogênicos. J Bras Patol Med Lab 2007; 43(3): 203-209.
10. Lima RKP, Faria-Júnior NB, Guerreiro-Tanomaru JM, Tanomaru-Filho M. Diagnóstico e planejamento em cirurgia parodontológica: utilização da tomografia cone beam. RSBO 2010; 7(4): 474-480.
11. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2009.
12. Junqueira RB, Verner FS, Vilela EM, Devito KL, Chaves MGAM, do Carmo AMR. Tomografia computadorizada de feixe cônico como instrumento complementar de diagnóstico e planejamento cirúrgico de cisto radicular: relato de um caso clínico. Rev Odontol UNESP 2011; 40(6): 338-343.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

ANDRESSA TEIXEIRA MARTINIANO DA ROCHA
Rua Nossa Senhora do Resgate, 175 – Apto. 201
Bloco 13. –Resgate
41150100 – Salvador – BA
Tel.: (74) 991400241
E-mail: andressa_tmr@hotmail.com

