

Cisto periapical: revisão da literatura e apresentação de caso clínico

Periapical cyst: literature review and report of a clinical case

Francesca Bercini ¹, Taís Weber Furlanetto de Azambuja ²

¹ Professora Assistente das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da Faculdade de Odontologia - Ufrgs, mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. ² Professora Adjunta das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da Faculdade de Odontologia - Ufrgs, especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial e mestre em Educação.

Resumo

Os autores apresentam revisão de literatura sobre cirurgia paraendodôntica e relatam caso clínico de apicetomia nos dentes 21, 22 e 23 com obturação retrógrada de amálgama e cistectomia. O exame histopatológico teve como resultado cisto periapical abscedado. Exames clínicos e radiográficos foram realizados e, com oito meses de preservação, foram observados mutismo clínico e neoformação óssea com cicatriz apical.

Palavras-chave: cirurgia periapical, cisto radicular, lesão periapical crônica.

Introdução

Os cistos dos maxilares são lesões benignas que raramente malignizam. Apresentam uma incidência relativamente alta entre as lesões diagnosticadas pelo cirurgião-dentista: em torno de 20%. Dentre esses, o cisto periapical é o mais freqüente, conforme Lobos (1980).

Quando o tratamento endodôntico convencional não reverte tais lesões, como ocorre na maioria dos cistos de tamanhos médios a grandes, torna-se indicada a cirurgia paraendodôntica após a obturação dos canais radiculares. O procedimento cirúrgico consiste na ressecção do ápice radicular via transmaxilar ou transmandibular, complementada ou não pela obturação retrógrada do ápice com amálgama de prata.

Neste artigo, apresenta-se o caso de uma paciente submetida à cirurgia paraendodôntica para o tratamento de lesão cística associada aos incisivos central,

lateral e canino superiores esquerdos.

Revisão de literatura

A necrose pulpar origina toxinas que, via canal radicular, alcançam a região periapical, provocando reações inflamatórias agudas ou crônicas. A natureza da resposta inflamatória dependerá da intensidade do estímulo nocivo, bem como da capacidade reacional do indivíduo. Segundo Lobos (1980), tais processos não evoluem de forma linear e inalterável, pois os abscessos periapicais são passíveis de cronificação, e os cistos periapicais, bem como os granulomas podem ter seu quadro exacerbado, agudizando o processo.

Ingle e Beveridge (1976) acreditam que a inflamação seria o estímulo inicial para a formação do cisto periapical. Estimulados pelo processo inflamatório, os restos epiteliais de Malassez proliferam acentuadamente na região apical. Gradativamente, as células da porção central necrosam por falta de nutrição, levando à liquefação e, devido à pressão hidrostática, originam cavidade cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso contendo líquido citrino. Os cistos periapicais nem sempre estabelecem comunicação direta com a saída do forame, segundo observações de Garrocho e Neto (1984). Tais lesões podem ou não envolver totalmente a região periapical, assim como podem estar diretamente associadas ao forame apical ou dele separadas por espesso tecido conjuntivo apresentando reação de granulação.

Segundo conceituação de Carra (1989), a apicetomia é a ressecção do ápice radicular executada após um tratamento

endodôntico incapaz de reverter uma periapicopatia. Na maioria das vezes, isso ocorre com os cistos radiculares, dada a dificuldade de reabsorção *per se* do organismo. Puricelli (1992) complementa que a cirurgia apical caracteriza-se pela ressecção apical, curetagem e eliminação dos tecidos patológicos, acompanhada ou não pela obturação retrógrada do ápice radicular.

As indicações das cirurgias apicais, de acordo com Romão (1992), seriam as lesões periapicais insensíveis ao tratamento endodôntico, impedimento do acesso aos condutos radiculares por via coronária, perfurações radiculares ou fraturas radiculares do terço apical.

Carvalho et al. (1981) recomendam que sempre se opte pela reobturação de um canal radicular a um procedimento cirúrgico. Isso significa que, somente em casos em que os recursos endodônticos forem esgotados, deve-se eleger a intervenção radical.

Em estudos sobre apicetomias em pacientes portadores de lesão periapical, Carra (1989) realizou a obturação do canal como selamento apical, sem recorrer à obturação retrógrada. A avaliação desses dentes após 180 dias mostrou que, radiograficamente, ocorreu o desaparecimento quase total da radiolucidez apical, neoformação óssea, ausência de reabsorção radicular juntamente com mutismo clínico.

Barros (1979) explica que a imagem radiográfica no controle pós-operatório de uma cirurgia paraendodôntica pode apresentar: área radiopaca com características de tecido ósseo neoformado, sugerindo reparo; área radiolúcida assintomática

podendo ser tecido fibroso, não constituindo foco patológico; área radiolúcida circunscrita, fora de contato com o dente, sugerindo uma ponte fibrosa, o que ocorre quando a exérese da lesão compromete as corticais ósseas vestibular e lingual e o espaço medular, dando-se a neoformação óssea a partir do periósteo. No caso de área radiolúcida e persistência de sintomatologia dolorosa, fica caracterizado o insucesso da intervenção.

Halse et al. (1991) avaliaram radiograficamente dentes submetidos a cirurgias apicais com e sem obturação retrógrada com amálgama de prata após um ano de preservação. Apontam que esse período é suficiente para assegurar o sucesso ou o fracasso da intervenção na grande maioria dos casos. Em ausência de sinais radiográficos de cicatrização óssea após um ano, os casos podem ser registrados como insucessos. Carvalho et al., em 1981, sugeriram a preservação, no primeiro ano, de três em três meses, passando, posteriormente, para controle radiográfico anual.

Trabalhos prospectivos de Rapp et al. (1991) permitiram estabelecer fatores que influem na cicatrização pós-operatória das cirurgias apicais. Dentre eles, são citados:

- material obturador do canal: dentes cujo canal se encontra inadequadamente obturado, seja com cones de gutapercha ou prata, seja com pastas de preenchimento, não apresentam diferenças na cicatrização pós-operatória;

- retratamento endodôntico: não foi detectada diferença entre dentes retratados ou não;

- obturação retrógrada: a cicatrização pós-operatória independe da colocação de material obturador no ápice radicular, bem como do tipo de material usado: amálgama de prata, óxido de zinco e eugenol, gutapercha, esta última preconizada por Goldberg e Bottero (1991).

Além disso, a obturação retrógrada é um fator que pode trazer insucesso às cirurgias apicais pela possibilidade de microinfiltração. Porém, quando se faz necessária, a obturação retrógrada é feita com amálgama de prata, o material de eleição, por possuir história clínica de sucesso (biocompatibilidade, boa capacidade de selamento, manutenção da integridade no meio biológico a ser inserido a curto e longo prazos). Carvalho et al. (1981) alertam para o efeito colorante sobre os tecidos.

Em lesões císticas, segundo estudos de Wong (1991), a técnica de fistulização cirúrgica previamente à cirurgia apical tem sido largamente utilizada, com sucesso considerável. Tal técnica produz uma descompressão na lesão, com a vantagem de evitar o trauma de uma extensa cirurgia provocada pela completa enucleação da lesão e também de evitar possíveis complicações cirúrgicas que podem acompanhar a enucleação, tais como danos às terminações nervosas e às estruturas anatômicas vizinhas. Como desvantagem, citam-se a persistência da cicatriz no local da inserção do dreno, desenvolvimento de infecção aguda ou crônica durante o tratamento e submersão do dreno nos tecidos.

Caso clínico

A paciente A. L. R., 28 anos, gênero feminino, raça branca, residente em Porto Alegre, procurou a Faculdade de Odontologia da Ufrgs para tratamento de extensa lesão radiolúcida na região dos dentes 21, 22 e 23, compatível com o diagnóstico de cisto periapical (Fig.1).



Figura 1 - Aspecto radiográfico inicial.

Foi solicitado o retratamento endodôntico dos dentes 21 e 22, que apresentavam, radiograficamente, obturações insatisfatórias. O dente 23 possuía elemento unitário fixo com núcleo metálico (Fig. 2).

Após os canais radiculares terem sido retratados, realizou-se o procedimento cirúrgico, que constou de cistectomia



Figura 2 - Aspecto radiográfico pré-operatório. Retratamento endodôntico do 21 e 22.

com apicetomia dos dentes 21, 22 e 23. A apicetomia do dente 23 foi complementada com obturação retrógrada de amálgama de prata, uma vez que o selamento apical era insuficiente.

Técnica cirúrgica

Foi realizada a anti-sepsia da face e da cavidade bucal do paciente, seguida da colocação de campos cirúrgicos esterilizados. Executaram-se as anestésias regionais dos nervos dentário ântero-superior, dentário médio, nasopalatino e terminais infiltrativas complementares.

A incisão realizada foi em "L" aberto, procedendo-se ao descolamento do retalho mucoperiosteó de forma que permitisse a visualização da região apical. Observou-se, nesse momento, a reabsorção da cortical vestibular produzida pela lesão. Seguiu-se a osteotomia da região visando ao acesso à lesão, com fresa cirúrgica.

gica esférica em rotação convencional, sob irrigação constante com soro fisiológico.

Identificados os ápices radiculares, iniciaram-se a curetagem e o pinçamento da lesão com curetas e pinça de Halstead. O processo apical foi removido em fragmentos e media em torno de 3,0 cm; foi acondicionado em frasco contendo formol a 10% e, posteriormente, enviado para exame histopatológico, juntamente com a ficha de biópsia. Ao final da curetagem, observou-se grande loja cística.

Procedeu-se à apicetomia dos dentes envolvidos com fresa cirúrgica tronco-cônica, em inclinação de 45 graus com o longo eixo da raiz, criando, assim, um bisel voltado para o operador. Com brunidor aquecido ao rubro, executou-se o selamento apical dos cones de gutapercha das obturações dos canais dos dentes 21 e 22, uma vez que essas se mostravam satisfatórias. No dente 23, foi necessária a obturação retrógrada com amálgama de prata, uma vez que não apresentava bom selamento apical.

A cavidade óssea teve seus bordos regularizados, tendo-se procedido à irrigação com soro fisiológico para remover resíduos do desgaste ósseo e radicular. O retalho mucoperiósteo foi reposicionado e suturado através de pontos isolados.

O paciente foi instruído quanto aos cuidados pós-operatórios que dizem respeito à higiene bucal, repouso e alimentação. A medicação prescrita foi penicilina de amplo espectro (Ampicilina), 500 miligramas de seis em seis horas durante sete dias, e codeína associada ao acetaminofen (Tylex), 30 miligramas de quatro em quatro horas, na presença

de dor. A sutura foi removida no sétimo dia de pós-operatório.

Atualmente, o paciente encontra-se com oito meses de preservação, apresentando mutismo clínico e radiográfico;

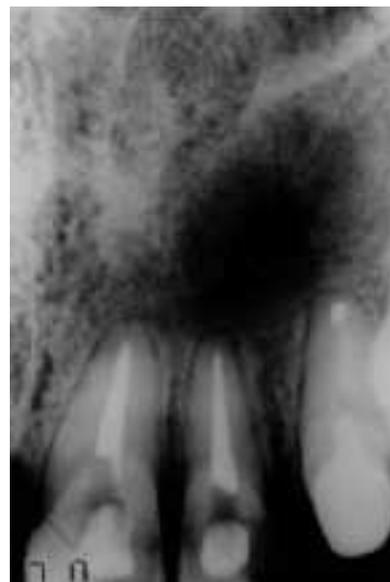


Figura 3 - Aspecto pós-operatório. Observar cicatriz apical.

observou-se radiopacidade compatível com neoformação óssea e cicatriz apical (Fig. 3).

O exame histopatológico teve como resultado *cisto periapical abscedado*.

Abstract

The authors present a literature review and report a case of periapical surgery in a patient with large periapical cyst. The histopathological exam had as result abscessed periapical cyst.

The follow-up period was set in eight months post-operative and showed bone repair with apical scar.

Key words: periapical surgery; radicular cyst; chronic periapical lesion.

Referências bibliográficas

- BARROS, A. M. Apicetomia com fissuração: técnica. *Revista ARS CVRANDI em Odontologia*, São Paulo, v. 6, n. 8, p.11-21, nov. 1979.
- CARRA, J. C. *Contribuição ao estudo das apicetomias com selamento apical através do aquecimento dos cones de gutapercha*. Porto Alegre: Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, 1989. 30 p. (Monografia, Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial).
- CARVALHO, A. C. P. et al. Avaliação clínica das cirurgias paraendodônticas. *Revista Regional de Araçatuba APCD*, Araçatuba, v.2, n.2, p.33-41, 1981.
- GARROCHO, A. A.; NETO, M. A. Da relação entre a cavidade do cisto radículo-dentário com o forame apical. *Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.21, n.1, p.95-100, jan.jun. 1984.
- GOLDBERG, F.; BOTTERO, C. Uso de la gutapercha termopolimerizada como material para la obturación retrograda. *Revista da Associação Odontológica Argentina*, Buenos Aires, v. 79, n.3, p.141-146, jul.set. 1991.
- HALSE, A.; MOLVEN, O.; GRUNG, B. Follow up after periapical surgery: the value of one year control. *Endodontics and Dental Traumatology*, Oslo, v.7, n.2, p.246-250, Apr.1991.
- INGLE, J.; BEVERIDGE, E. *Endodontia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.

- LOBOS, N. Quistes epiteliaes de los maxilares: Patología y clasificación. *Revista de la Facultad de Odontologia de Buenos Aires*, Buenos Aires, v.48, n.15, p.40-45, 1980.
- PURICELLI, E. Cirurgia apical: estágio atual. In: BOTTINO, M.A.; FELLER, C. (Coord.) *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 1992. p.23-32.
- RAPP, E.L.; BROWN, C.E.; NEWTON, C. An analysis of success and failure of apicoectomies. *Journal of Endodontics*, Baltimore, v.7, n.10, p.508-512, Oct. 1991.
- ROMÃO, C. Materiais de obturação radicular apical. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial*, Lisboa, v.2, n.33, p.91-97, 1992.
- WONG, M. Surgical fenestration of large periapical lesions. *Journal of Endodontics*, Baltimore, v.17, n.2, p.516-521, Feb. 1991.

Endereço para correspondência:

Francesca Bercini / Taís Weber Furlanetto de Azambuja
Av. Taquara, 572/203 - Fone (051)3303697
CEP 90.460-210 - Petrópolis
Porto Alegre - RS