

Cisto periapical em paciente odontopediátrico: relato de caso

Periapical cyst in odontopediatric patient: a case report

Quiste periapical en paciente odontopediátrico: reporte del caso

Recebido: 09/06/2020 | Revisado: 10/06/2020 | Aceito: 16/06/2020 | Publicado: 29/06/2020

Aideê Mayara Silva Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4572-2010>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: aideefernandes@gmail.com

Maria Natália Cavalcante de Albuquerque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0416-4558>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: nana_mnca@hotmail.com

Johnny Ferreira de Lima Francisco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3136-8735>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: johnnyferreira96@hotmail.com

Maria Gabriela Lima Cordeiro de Castro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0511-996X>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: mgabicaastro@gmail.com

Douglas Ferreira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6934-8572>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: douglasferreira70@hotmail.com

Pedro Thalles Bernardo de Carvalho Nogueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1085-438X>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: dr.pedrobmf@gmail.com

Mariana Alencar Nemezio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1852-7882>

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

E-mail: marianaalne@hotmail.com

Resumo

O objetivo desse artigo é descrever um caso clínico sobre cisto periapical em paciente odontopediátrico. Paciente do gênero masculino, 6 anos, compareceu a Clínica de Odontopediatria, queixando-se de dor e com aumento de volume do lado direito da face. No exame clínico e exames de imagens foi observado que o dente 84 apresentava uma coloração acinzentada, restauração provisória, imagem radiolúcida na região de furca que se estendia da região do 84 ao 85. O tratamento consistiu na exodontia dos dentes decíduos 84 e 85 e enucleação da lesão cística para análise histopatológica. O paciente retornou com 7 dias após a cirurgia, observando-se cicatrização tecidual. O exame histopatológico revelou uma cavidade cística apresentando revestimento epitelial fino cúbico com 2-3 camadas não ceratinizado. Cápsula cística, representada por tecido conjuntivo fibroso com áreas de hemorragia e intenso infiltrado inflamatório com vasos congestionados. Foi então diagnosticado como cisto odontogênico periapical. A enucleação pode ser considerada a alternativa mais indicada para o tratamento destas lesões, diminuindo as chances de recidiva.

Palavras-chave: Cistos odontogênicos; Terapêutica; Odontopediatria.

Abstract

The purpose of this article is to describe a case report of a mandible chronically inflamed root cyst on a pediatric patient. A 6 year old male patient attended the Pediatric Dentistry Clinic with the chief complain tooth pain and swelling on the right side of the face. On clinical and radiological findings it was observed that the 84 tooth had a grayish coloration, radiolucent image temporary restoration on the furca that extended from the 84 to 85 region. The treatment consisted of the extraction of the deciduous teeth 84 and 85 and cystic lesion for histopathological analysis. The patient returned 7 days after surgery with an tissue healing. Histopathological examination revealed a cystic cavity with a thin, 2-3-layer non-keratinized cubic epithelial lining. Cystic capsule, represented by fibrous connective tissue with hemorrhagic areas and intense inflammatory infiltrate with congested vessels. It was then diagnosed as a chronically inflamed root odontogenic cyst. Enucleation may be considered the most suitable alternative to treat of these lesions, reducing the chances of relapse.

Keywords: Odontogenic cysts; Therapeutics; Pediatric Dentistry.

Resumen

El propósito de este artículo es describir un caso clínico sobre un quiste periapical en un paciente odontopediátrico. Paciente de sexo masculino, de 6 años de edad, que acude a la

Clínica de Odontología Pediátrica, quejándose de dolor y aumento de volumen del lado derecho de la cara. En el examen clínico y los estudios de imagen se observó que el 84 diente tenía una coloración gris, restablecimiento provisional, imagen radiotransparente en la región de la furca, que se extendía desde la región del 84 al 85. El tratamiento consistió en la extracción de los dientes 84 y 85 y la enucleación de la lesión quística para análisis histopatológico. El paciente regresó con 7 días después de la cirugía, la observación de la cicatrización de los tejidos. El examen histopatológico reveló una cavidad quística presenta revestimiento epitelial cúbico con 2-3 capas finas no ceratinizado. Cápsula quística, representada por tejido conectivo fibroso con áreas de hemorragia y de intenso infiltrado inflamatorio con sanguíneos congestos. Luego fue diagnosticado como un quiste periapical odontogênico. La enucleación puede ser considerada la más indicada para el tratamiento de estas lesiones, disminuyendo así las posibilidades de recurrencia.

Palabras clave: Quistes odontogénicos; Tratamientos; Odontología pediátrica.

1. Introdução

O cisto periapical é muito comum na clínica odontológica, tendo como etiologia principal lesões pulpares ocasionadas por cáries ou traumas. Essas lesões podem se desenvolver a partir das endotoxinas bacterianas e citocinas, iniciadas pelo processo imuno-inflamatório (Politano et al., 2009). A propagação e a instalação de bactérias no periápice ocorrem após a necrose pulpar, que ativa e promove mecanismos de defesa inata e adquirida, possibilitando que eventos vasculares e celulares ocasionem o desenvolvimento de cistos periapicais (Santos et al., 2006). São constituídos por uma cavidade patológica, coberta por epitélio e uma cápsula de tecido conjuntivo, possuindo no seu interior uma substância que pode ser líquida ou semissólida (Junqueira et al., 2011).

Os cistos periapicais têm maior incidência na dentição permanente, em adultos leucoderma entre 20 a 40 anos de idade. São mais encontrados no gênero masculino e na região anterior da maxila (Grossmann et al., 2007). A escassez de casos de cistos periapicais relatados em dentes decíduos pode estar relacionada à falta de exames radiográficos o que leva a não detecção dos cistos periapicais em crianças e pela ausência de exames histopatológicos, após extrações destes dentes (Nagata et al., 2008).

Por ser assintomático, o diagnóstico desse tipo de cisto ocorre durante a realização de exames radiográficos de rotina ou pela agudização da lesão, circunstância em que há presença de dor e aumento de volume na região. O diagnóstico tardio pode causar disseminação da

infecção odontogênica, com reabsorção das raízes dos dentes adjacentes e lesões ósseas (Tjioe et al., 2015).

Radiograficamente é observada uma imagem radiolúcida, circunscrita e unilocular. Está delimitado por osteogênese reacional, devido à tentativa de defesa do organismo, envolvendo o periápice de um dente sem vitalidade (Nair et al., 2002). As radiografias possuem limitações, pois não mostram de forma minuciosa as lesões intraósseas já que se apresenta de forma bidimensional, havendo distorção das áreas radiografadas, impossibilitando o diagnóstico (Liapatas et al., 2003). A tomografia computadorizada tem sido sugerida como um método não invasivo para melhor diferenciação das lesões facilitando o tratamento, principalmente quando há extensão para a cavidade nasal, seio maxilar, órbita ou espaço pterigomaxilar, através de cortes axiais, coronais, sagitais e em reconstrução 3D (Tjioe et al., 2015). Os aspectos tomográficos encontrados são de imagens hipodensas bem delimitadas, uniloculares, com presença de halos hiperdensos (Rocha et al., 2019).

Na análise histológica os cistos periapicais são caracterizados por apresentar uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso, coberto por epitélio escamoso estratificado, com lúmen contendo em seu interior líquido e restos celulares (Mendonça et al., 2017).

A maioria dos cistos periapicais é de tamanho pequeno, variando de 0,5 a 1,5 cm, mas pode até exceder cinco centímetros (Marx et al., 2003). O tratamento para cisto periapical muda conforme o tamanho da lesão. Quando pequeno é priorizado o tratamento endodôntico do dente afetado para eliminar a infecção, conter a proliferação epitelial e contribuir para o reparo tecidual (Dandotikar et al., 2013). Em cistos periapicais de elevada dimensão, o procedimento terapêutico adequado pode ser a marsupialização ou enucleação.

Na marsupialização é realizada uma janela cirúrgica na parede do cisto, eliminando o conteúdo cístico e conservando a comunicação entre o cisto e a cavidade bucal, seio maxilar ou cavidade nasal. Sendo necessário um segundo tempo cirúrgico para exérese da lesão remanescente. Este procedimento diminui a pressão intracística ocasionando a redução do cisto e preenchimento ósseo (Peterson et al., 2005).

Outra possibilidade de tratamento é a enucleação que consiste na retirada da lesão cística por completo, possibilitando a realização de exames histopatológicos integral da lesão. A recidiva é reduzida, vindo a ocorrer em casos onde a remoção da lesão não foi completa, sendo assim é necessário um acompanhamento clínico e radiográfico do paciente (Neto et al., 2007). O tratamento de escolha em crianças segue o mesmo critério, em função do tamanho da lesão, podendo ser realizado por remoção cirúrgica total ou marsupialização (Shand et al., 2005).

Desta forma, o objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico sobre cisto periapical na região de mandíbula em paciente odontopediátrico.

2. Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de caso, do tipo qualitativo descritivo, que visa relatar de forma detalhada as características peculiares acerca da etiologia, diagnóstico e tratamento de cisto periapical em paciente odontopediátrico.

O responsável legal, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização de dados clínicos laboratoriais, imagens fotográficas que se encontram em sua ficha de prontuário odontológico para finalidades científicas. Levando em consideração os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos presentes na Declaração de Helsinque.

3. Relato de caso

Paciente gênero masculino, seis anos de idade, foi encaminhado a Clínica de Odontopediatria do Centro Universitário Tiradentes – UNIT, com queixa álgica e aumento de volume no lado direito da face. Durante a anamnese, o responsável relatou que o paciente já havia realizado tratamento endodôntico do elemento dentário 84 e medicado com amoxicilina + clavulanato de potássio, no entanto não apresentou melhora. Negou alergias, traumas anteriores ou quaisquer alterações dignas de nota.

O exame físico extraoral revelou aumento de volume, provocando assimetria facial e dor à palpação externa como ilustra a Figura 1. Na Figura 2 o exame intrabucal demonstrou que o dente 84 apresentava uma restauração provisória. Os exames complementares (radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico) foram solicitados.

Figura 1. Assimetria facial do lado direito em região bucal e submandibular.



Fonte: Autores.

Figura 2. Aspecto clínico intraoral inicial, onde se observa presença de restauração provisória.



Fonte: Autores.

Como mostra na Figura 3, a radiografia panorâmica revelou a presença de uma imagem radiolúcida na região de furca que se estendia da região do dente 84 ao dente 85. Enquanto a Figura 4 apresenta a tomografia computadorizada de feixe em leque na qual é observada uma imagem hipodensa, unilocular, circunscrita, apresentando aproximadamente

2cm. O tratamento consistiu na exodontia dos dentes decíduos 84 e 85 e enucleação da lesão cística para análise histopatológica, mostrada na Figura 5. Para tanto, realizou-se anestesia por bloqueio do nervo alveolar inferior, bucal e lingual (mepivacaína+epinefrina 1:100.000), descolamento mucoperiosteal, avulsão dos dentes, seguida de remoção da lesão e sutura com fio de seda 4-0 (Procare, Médico Huaian Co. Ltd- China). Os fragmentos removidos da lesão foram encaminhados para o estudo histopatológico e corados em HE (hematoxilina-eosina). Foi prescrita medicação pós-operatória, amoxicilina por sete dias para evitar uma possível infecção e para impedir o processo de inflamação foi prescrito Ibuprofeno durante três dias. O paciente retornou com 7 dias após a cirurgia, observando-se uma ótima cicatrização tecidual.

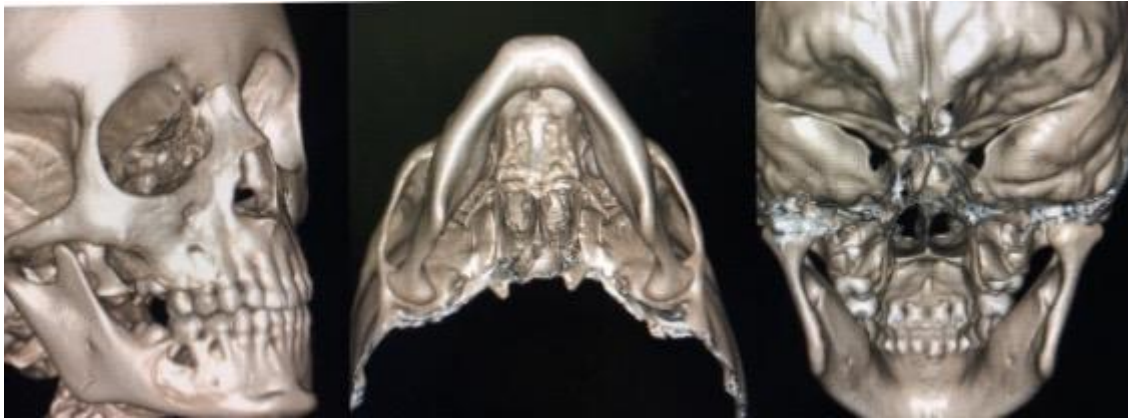
Após 10 meses, o paciente encontra-se sob acompanhamento não havendo recidiva da lesão, como mostra a Figura 6.

Figura 3. Radiografia panorâmica com radiolucidez na região de furca, estendendo-se do elemento 84 ao 85.



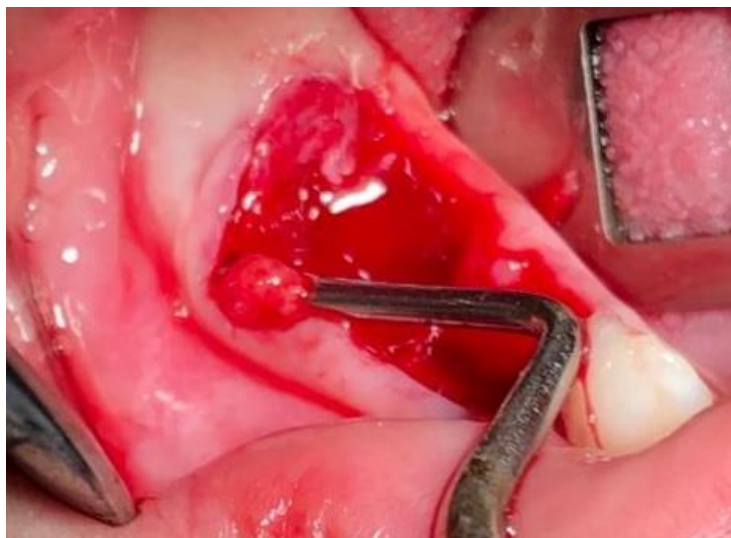
Fonte: Autores.

Figura 4. Reconstrução 3D a partir da Tomografia Computadorizada, exibindo a lesão que acomete mandíbula com extensa perda óssea e rompimento da cortical vestibular na região dos elementos acometidos.



Fonte: Autores.

Figura 5. Enucleação.



Fonte: Autores.

Figura 6. Proservação através de radiografia panorâmica após 10 meses, mostrando completa formação óssea no local da lesão e ausência de recidiva.



Fonte: Autores.

4. Discussão

Os cistos periapicais normalmente não demonstram evidências de sua presença, sendo assintomáticos. Quando ocorre sua agudização pode haver dor ou sensibilidade, aumento de volume, destruição da cortical óssea, mobilidade e deslocamento dentário (Tommasi 2002). O paciente deste caso clínico apresentou características descritas na literatura como sintomatologia álgica, destruição da cortical óssea, aumento de volume e mobilidade dentária, porém não apresentou deslocamento dentário. Esses achados clínicos sugerem agudização da lesão.

Neste relato de caso foi encontrado um cisto periapical cronicamente inflamado circundando as raízes radiculares dos dentes 84 e 85, em uma criança de 6 anos de idade. Estando de acordo com outro autor o qual cita que na dentição decídua os cistos periapicais estão situados em torno das raízes dos dentes (Chiu et al., 2008).

Segundo Neto et al., 2004, o diagnóstico radiográfico do cisto periapical não deve ser tomado como determinante, pois pode haver outras lesões como o granuloma periapical, que apresenta semelhança radiográfica. De acordo com Tomassi 2002, quando o cisto periapical for de pequena dimensão seu diagnóstico diferencial em relação ao granuloma periapical pode ser bastante difícil, porém quando maior pode diferenciá-lo do granuloma por apresentar uma imagem radiolúcida de limites precisos e ser contornado por linha radiopaca de osteogênese reacional (Freitas et al., 2000). No entanto, para Rôças et al., 2015, radiograficamente não é possível distinguir o cisto periapical do granuloma periapical. Neste estudo não foi possível a

realização da radiografia periapical devido a dor apresentada pelo paciente. Esta técnica radiográfica seria ideal devido à menor distorção quando comparada a radiografia panorâmica, porém por ser uma técnica extrabucal apresenta maior facilidade no posicionamento, não causando dor (Capelozza, 2009).

O emprego de tomografia computadorizada foi uma alternativa para o caso clínico relatado, por ser um método não invasivo e fornecer maiores detalhes, facilita a diferenciações das lesões, pois pode verificar a densidade, relação com as estruturas adjacentes e delimitação precisa de lesões ósseas, como é o caso do cisto periapical (Tjioe et al., 2015). Entretanto, para elucidação diagnóstica, a peça cirúrgica deve ser encaminhada para exame histopatológico (Junqueira et al., 2011). Neste caso, a tomografia computadorizada foi necessária para observar a extensão da reabsorção óssea enquanto o exame histopatológico serviu para confirmação do diagnóstico de cisto periapical cronicamente inflamado.

A princípio quando as lesões perirradiculares é de origem microbiana, a terapêutica deve embasar-se na desinfecção dos canais radiculares, na qual o tratamento endodôntico proporciona a retirada do agente agressor, diminuindo a resposta inflamatória (Bordini et al., 2007). No caso clínico descrito não foi realizado o tratamento endodôntico, pois de acordo com o responsável da criança esse tratamento já havia sido realizado, sem sucesso.

Em casos de insucesso após o tratamento endodôntico em crianças, a terapêutica empregada é enucleação ou marsupialização (Shand et al., 2015). A marsupialização apresenta limitações como a impossibilidade de analisar microscopicamente toda área da lesão, a necessidade de períodos mais longos de tratamento e cooperação do paciente quanto à higienização da cavidade, fator essencial para o sucesso da técnica (Bastos et al., 2011). Por isso, o tratamento de escolha do caso clínico em questão foi a enucleação que consiste na remoção completa do cisto, associada a exodontia dos dentes 84 e 85. Este procedimento está em conformidade com outros autores, que acreditam ser o mais indicado pois a lesão é retirada e analisada por completo, evitando a chance de uma possível recidiva (Ramakrishna et al., 2006).

O paciente encontra-se sob acompanhamento de 10 meses e apresenta reparação óssea e ausência de sintomatologia, podendo considerar o sucesso do tratamento. Por outro lado, Pereira et al., 2013, afirma que o acompanhamento clínico e radiográfico desses casos deve ser realizado durante 01 ano após o ato cirúrgico para observar se há neoformação óssea. Dessa forma o paciente será acompanhado por mais 2 meses, para que se possa considerar o tratamento bem sucedido.

5. Considerações Finais

Diante disso, o caso relatado de cisto periapical odontogênico em região posterior de mandíbula em paciente pediátrico torna-se um achado infrequente. O tratamento através da enucleação associa-se a menores chances de recidiva. Ressalta-se ainda a necessidade de um exame clínico criterioso, integrado aos exames complementares para um diagnóstico preciso e definição da conduta terapêutica adequada.

Referências

- Bastos, E. G., Cruz, M. C. F. N. D., Martins, G. A. S., Mendes, M. C., & Marques, R. V. C. F. (2011). Marsupialização de cisto dentígero na mandíbula em uma criança de sete anos de idade na dentição mista: relato de caso. *Rev. odontol. UNESP (Online)*.
- Bordini, P. J., Grosso, S. F. B., Costa, S. C. (2007). *Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral*. São Paulo: Ed. Santos.
- Capelozza, A. L. A. (2009). *Manual Técnico de Radiologia Odontológica*. Goiânia: Editora Afiliada.
- Chiu, W. K., Sham, A. S. K., & Hung, J. N. M. (2008). Spontaneous alignment of permanent successors after enucleation of odontogenic cysts associated with primary teeth. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(1), 42-45.
- Dandotikar, D., Peddi, R., Lakhani, B., Lata, K., Mathur, A., & Chowdary, U. K. (2013). Nonsurgical management of a periapical cyst: a case report. *Journal of international oral health: JIOH*, 5(3), 79.
- Freitas, A., Rosa, J. E., Sousa, I. F. (2000). *Radiologia Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Grossmann, S. M., Machado, V. C., Xavier, G. M., Moura, M. D., Gomez, R. S., Aguiar, M. C. F., & Mesquita, R. A. (2007). Demographic profile of odontogenic and selected non

odontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 104(6), e35-e41.

Junqueira, R. B., Verner, F. S., Vilela, E. M., Devito, K. L., Chaves, M. D. G. A. M., & Carmo, A. M. R. D. (2013). Cone beam computed tomography as complementary tool in diagnosis and surgical planning of radicular cyst: case report. *Revista de Odontologia da UNESP*, 40(6), 338-343.

Liapatas, S., Nakou, M., & Rontogianni, D. (2003). Inflammatory infiltrate of chronic periradicular lesions: an immunohistochemical study. *International Endodontic Journal*, 36(7), 464-471.

Marx, R. E., Stern, D. (2003). *Patologia oral e maxilofacial: uma justificativa para diagnóstico e tratamento*. Illinois: Quint. Publ.

Mendonça, D. W. R., Conceicao, H. C., Martins, V. B., & Lima, K. A. (2017). Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 6(8).

Nagata, T., Nomura, J., Matsumura, Y., Yanase, S., Fujii, T., Oka, T., ... & Tagawa, T. (2008). Radicular cyst in a deciduous tooth: a case report and literature review. *Journal of Dentistry for Children*, 75(1), 80-84.

Nair, P. R., Pajarola, G., & Luder, H. U. (2002). Ciliated epithelium-lined radicular cysts. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 94(4), 485-493.

Neto, M. M., Danesi, C. C., & Unfer, D. T. (2004). Contribuição ao estudo do cisto radicular revisão da literatura. *Saúde (Santa Maria)*, 30(1-2), 90-99.

Neto, M. D. E. H., Barbosa, D. Z., Silva, C. J., & Silva, M. C. P. (2007). Marsupialização e enucleação de cisto radicular apical. *Rev Inpeo*, 1(1), 1-64.

Pereira, R. P., Gusmão, J. M. R., Monteiro, A. M. D. A., Vieira, A. C., Sassi, J. F., & da Silva, L. R. M. (2017). Resolução cirúrgica de periodontite apical crônica: relato de caso. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 25(1), 77-82.

Peterson, L. J., Ellis, E., Hupp, J. R., Tucker, M. R. (2005). *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Politano, G. T., Manetta, I. P., Araújo, V. S., de Aguiar, J. M. R. P., Brianez, N., Echeverria, S., & Pinheiro, S. L. (2009). Cisto Radicular-relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde*, 8(1), 129-132.

Ramakrishna, Y., & Verma, D. (2006). Radicular cyst associated with a deciduous molar: A case report with unusual clinical presentation. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 24(3), 158.

Roças, I. N., Siqueira, J. F. J., Lopes, H. P. P. (2015). *Endodontia biologia e técnica*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier.

Rocha, A. T. M. D., Dantas, B. P. S. D. S., & Dultra, J. D. A. (2019). Aspectos tomográficos do cisto radicular: relato de dois casos clínicos. *Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)*, 47-51.

Santos, L. C. S., Ramos, E. A. G., Meira, T. M., Figueiredo, C. R. L. V. D., & Santos, J. N. D. (2006). Etiopatogenia do cisto radicular. Parte I.

Shand, J. M., & Heggie, A. A. (2005). Cysts of the jaws and advances in the diagnosis and management of nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 17(4), 403-414.

Tjioe, K. C., Imada, T. S. N., Pardo, M. P., Consolaro, A., & Gonçalves, E. S. (2015). Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas*, 69(4), 383-386.

Tommasi, A. F. (2002). *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Pancast.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Aideê Mayara Silva Fernandes – 20%

Maria Natália Cavalcante de Albuquerque – 20%

Johnny Ferreira de Lima Francisco – 10%

Maria Gabriela Lima Cordeiro de Castro – 10%

Douglas Ferreira da Silva – 10%

Pedro Thalles Bernardo de Carvalho Nogueira – 10%

Mariana Alencar Nemezio – 20%