



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 10, pp. 51096-51098, October, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23016.10.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO CÍSTICA EXTENSA EM MAXILA: RELATO DE CASO

George Borja de Freitas^{1*}, Jarbas Martinho Araújo de Almeida², Thiago Souza Rodrigues²,
Lúcio Fabio Arruda³, Cyntia Helena Pereira de Carvalho⁴ and Julierme Ferreira Rocha⁵

¹Professor e Coordenador da Especialização em Implantodontia (UNIFIP) e Aperfeiçoamento em cirurgia Bucal (UNIFIP, COESP-SP e ABO-PE); ²Acadêmico de Odontologia no Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos/PB; ³Professor de Cirurgia e Traumatologia do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos/PB; ⁴Professora adjunto IV do curso de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campos de Patos/ PB; ⁵Professor e coordenador do curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia Bucomaxilofacial do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos/PB

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th August, 2021

Received in revised form

23rd September, 2021

Accepted 11th October, 2021

Published online 30th October, 2021

Key Words:

Odontologia, Cirurgia Bucal,
Cistos Odontogênicos,
Cisto Radicular.

*Corresponding author:

Thayna Barbosa Serafim

ABSTRACT

As lesões císticas podem ser caracterizadas como uma alteração anormal envolvida por tecido epitelial, e se dividem em cistos odontogênicos e não odontogênicos. Os cistos odontogênicos embora mais frequentes na mandíbula, há casos que podem ser encontrados na maxila, o que pode ocasionar um comprometimento do seio maxilar. Nesse sentido o objetivo geral deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de lesão cística extensa em maxila, e sua abordagem conservadora visando preservar estruturas importantes em região maxilar. O estudo trata-se de uma paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, queixando-se de um “caroço no rosto”. Após a realização de um exame tomográfico no qual foi evidenciado lesão hipodensa extensa, envolvendo seio maxilar esquerdo e fossa nasal esquerda. Foi realizado a primeira intervenção cirúrgica para biópsia incisiva e instalação do dreno de descompressão. Após a obtenção do exame histopatológico e ratificação do diagnóstico de cisto inflamatório radicular, a paciente foi submetida a uma nova intervenção cirúrgica para a enucleação da lesão cística. Com base nos dados observados no estudo, foi observado que a técnica da descompressão cística, utilizando um dreno, seguido da enucleação total da lesão cística, mostrou-se satisfatório e eficaz como método de tratamento definitivo.

Copyright © 2021, George Borja de Freitas et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: George Borja de Freitas, Jarbas Martinho Araújo de Almeida, Thiago Souza Rodrigues, Lúcio Fabio Arruda, Cyntia Helena Pereira de Carvalho and Julierme Ferreira Rocha et al. “Tratamento conservador de lesão cística extensa em maxila: Relato de caso”, *International Journal of Development Research*, 11, (10), 51096-51098.

INTRODUCTION

As lesões císticas podem ser caracterizadas como uma alteração anormal envolvida por tecido epitelial, podendo conter líquido ou uma substância semissólida, e se dividem em cistos odontogênicos e não odontogênicos. (JUNIOR et al., 2014). Em alguns casos apesar da predileção dos Cistos Odontogênicos pela região mandibular, podem ser encontrados na região maxilar, o que pode ocasionar um comprometimento do seio maxilar e desencadear a sintomatologia que simula uma sinusopatia de evolução atípica (CARDOSO, et al., 2013). Dentre as lesões císticas nos maxilares, os cistos radiculares são os mais comuns envolvendo de 52% a 68% de todos os cistos dacavidade bucal, possuindo predileção pela região anterior da maxila. Ocorrem com maior frequência em homens, entre 20 a 40

anos de idade, e são mais prevalentes nos brancos do que em negros. A maior parte dos cistos radiculares não apresenta sintomatologia, mas pode haver dor ou sensibilidade se ocorrer exacerbação inflamatória aguda (ANDRADE, et al., 2018; MENDONÇA, et al. 2017; VASCONCELOS, et al. 2012). Na maioria dos casos os cistos não atingem um tamanho grande, contudo, embora a maioria dos casos não ultrapassem 1,5cm, os cistos podem variar de tamanho, em alguns casos podem atingir grandes proporções, apresentando tumefação, sensibilidade leve, mobilidade, e nos casos em que o cisto perdure, pode se observar a reabsorção radicular do dente envolvido e acometer os dentes adjacentes, e de acordo com o comprometimento da lesão, as opções terapêuticas podem variar de cirurgias menores até mais invasivas. Ao planejar o tratamento de lesões císticas é necessário avaliar a proximidade com estruturas anatômicas

importantes, presentes na maxila, como: seio maxilar, seio nasal, órbita e canal incisivo (PEREIRA, 2019). Para o tratamento, a técnica da descompressão de lesões císticas odontogênicas vem sendo a mais adotada por se tratar de um tratamento mais conservador, pois requer uma janela óssea menor, através da sutura de um dispositivo em sua periferia. Na descompressão, a pequena janela mantida aberta constantemente permite drenagem e crescimento ósseo em sua periferia, consequentemente diminuindo o tamanho da lesão cística (SANTOS, et al., 2009). O tratamento da enucleação é um tipo de biópsia excisional e consiste no processo através do qual se consegue a remoção total de uma lesão cística. A vantagem da enucleação é a possibilidade da realização do exame histopatológico de todo o cisto além de ser o tratamento definitivo para a lesão (HUPP, 2015).

RELATO DE CASO

O presente estudo trata-se de uma paciente, sexo feminino, feoderma, não etilista, sem comorbidades sistêmicas, procurou atendimento queixando-se de um “caroço no rosto”, ao exame clínico observou aumento de volume na hemiface esquerda (Figura 1a) com tempo de evolução de aproximadamente 24 meses. Ao exame clínico observou cárie extensa (Figura 1b).



Figura 1. a. Aspecto extra-bucal da paciente ao exame clínico. b. Aspecto intra-bucal da paciente ao exame clínico

Após anamnese detalhada foi solicitado um exame tomográfico, ao resultado foi observado uma lesão hipodensa extensa, com origem no elemento 22, que possuía cárie extensa, e envolvendo seio maxilar esquerdo, fossa nasal esquerda, o que causou um deslocamento nos elementos 21,22,23 (Figura 2).

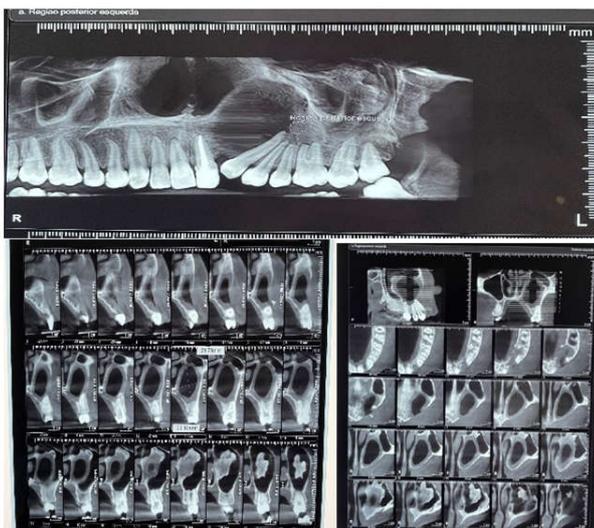


Figura 2. Aspecto tomográfico da paciente em cortes parassagittais e cortes axiais, exibindo lesão hipodensa extensa

Foi dado início a primeira intervenção cirúrgica para biópsia e instalação do dreno de descompressão, a princípio foi realizada a punção aspirativa positiva, contendo líquido de aspecto sanguinolento viscoso, o procedimento iniciou-se com a montagem do campo cirúrgico, antisepsia intra e extra-oral com digluconato de clorexidina 0,12 e 2%, respectivamente, anestesia infiltrativa utilizando anestésico Articaina 4% com vasoconstrictor adrenérgico

1:100.000 (DFL), biópsia incisional de forma elíptica, instalação do dreno de descompressão, fixação do dreno com fio de Nylon 4-0 (ETHICON) (Figura 3), por fim foi realizado o encaminhamento do espécime acondicionado em Formol 10% para a avaliação histopatológica.



Figura 3. a. Aspecto da incisão para instalação do dreno de descompressão. b. Aspecto clínico da paciente após 4 meses

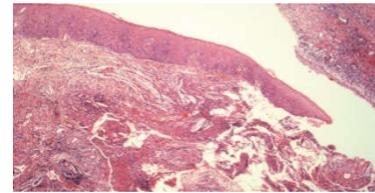


Figura 4. Aspecto do exame histopatológico, podendo-se observar cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraquênatinizado hiperplásico

Após a permanência do dispositivo de descompressão durante 12 meses, e ao receber o resultado do exame histopatológico com a ratificação do diagnóstico de cisto inflamatório radicular (Figura 4), foi possível realizar a segunda intervenção cirúrgica para a enucleação da lesão, foi optado pela realização do procedimento em ambiente hospitalar, visando um melhor conforto para o paciente e profissionais envolvidos. O paciente foi colocado na posição de decúbito dorsal horizontal, induzido e entubado, sob anestesia geral. O protocolo cirúrgico adotado foi: antisepsia intrabucal com clorexidina 0,12%, e extrabucal com clorexidina 2%, seguido do posicionamento dos campos, e anestesia infiltrativa com Articaina 4% com vasoconstrictor adrenérgico de 1:100.000(DFL) para melhorar o trans cirúrgico, seguiu com uma incisão trapezoidal e deslocamento mucoperiosteal de espessura total, exodontia do elemento 23, envolvido com a lesão, assim como, osteotomia para melhor visualização do cisto (Figura 5a).

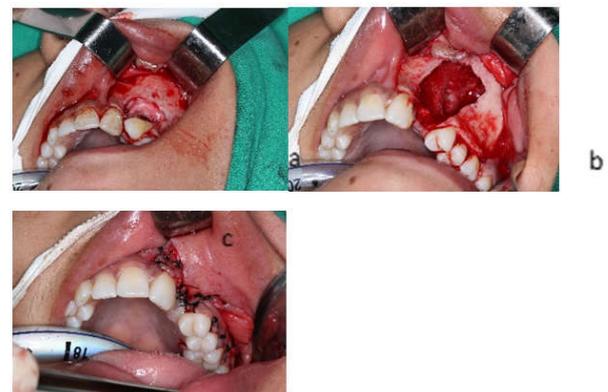


Figura 5. a: Aspecto clínico após a incisão e divulsão tecidual. b: Aspecto da lesão após osteotomia, exodontia do elemento 23 e enucleação da lesão. c: Aspecto clínico após irrigação, hemostasia e sutura

O procedimento seguiu com a enucleação cística, e curetagem e irrigação abundante do leito ósseo com soro fisiológico (Figura 5b). Por fim foi realizado uma incisão periosteal e divulsão tecidual para alívio, buscando uma maior elasticidade para os tecidos, para uma sutura adequada, minimizando assim os riscos de deiscência, a sutura foi realizada utilizando fio de Nylon 4-0(Figura 5c).



Figura 6. A: Aspecto clínico intra-bucal, após 6 meses da realização do procedimento. b: Aspecto da radiografia panorâmica de controle

O espécime removido foi submetido a avaliação histopatológica para a ratificação do diagnóstico histopatológico. O protocolo medicamentoso utilizando foi: Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg, Dexametasona 4 mg e Novalgina 1g. Após 6 meses do procedimento foi realizado uma consulta para observar o aspecto clínico da paciente (Figura 6a), assim como foi solicitado uma radiografia panorâmica para observar a evolução do caso, assim como a neoformação óssea. (Figura 6b), a paciente segue em proervação de 2 anos.

DISCUSSÃO

Segundo CEDIN, 2005, sobre os cistos odontogênicos, o cisto periapical possui frequência de 65%, seguido do dentígero 24% e queratocisto 5 a 8%. Já no que afirma NANIMI, 2009, 63% dos cistos odontogênicos são dentígeros e 32% queratocistos, ARAUJO, 2013, fala que 84,5% dos cistos odontogênicos são cistos inflamatórios. Para CARVALHO, 2020, os cistos inflamatórios são cerca de 7 a 13% de todas as lesões diagnosticadas nos maxilares, sendo 47,3 % na região anterior da maxila, 28,7 % na porção posterior da maxila, corroborando os dados achados no estudo. Os cistos odontogênicos ocorrem com maior frequência em homens, entre 20 e 40 anos de idade, são mais prevalentes em brancos do que em negros (MENDONÇA, 2017). PEREIRA, 2019, relata que os cistos periapicais geralmente são pequenos atingindo até 1,5cm, assintomáticos e descobertos em procedimentos de rotina. Entretanto no estudo relatado, foi encontrado em uma paciente do sexo feminino, e medindo 2,61cm em seu maior diâmetro. A aspiração sempre deve ser realizada, pois lesões semelhantes radiograficamente podem ser tumores odontogênicos ou, ainda, lesões vasculares, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto (CALIENTO, 2013), por esse motivo foi realizada a aspiração da lesão para descartar hipótese de uma lesão vascular, ou uma lesão tumoral. Análise imagiológica é indispensável para o diagnóstico de lesões císticas, principalmente quando esse se localiza no interior do seio maxilar, pois é possível observar a presença de uma imagem cística intra-sinusal, podendo ou não ocorrer erosão nas paredes do seio (CARDOSO, 2013). Para SILVEIRA, 2005, o aspecto radiográfico dos cistos radiculares, pode-se observar uma área radiolúcida circular ou oval, com associação dos ápices dentários, podendo ou não apresentar zona de esclerose óssea na sua superfície. O tratamento através da marsupialização é defendido por GUARALDI, 2019, pois afirma que a marsupialização auxilia na prevenção de possíveis complicações além de ser um procedimento menos invasivo.

Já SANTOS, 2009, adota a descompressão como melhor tratamento, pois a pequena janela óssea aberta constantemente permite a drenagem e crescimento ósseo em sua periferia, consequentemente diminuindo o tamanho da lesão. Com base nos dados informados por HUPP, 2015, para o tratamento definitivo é importante que se realize a enucleação, que se trata de um tipo de biópsia excisional, e é realizado para que seja possível realizar a remoção total da lesão. GUARALDI, 2019, afirma que a enucleação é a remoção total da lesão, sem ruptura da mesma, e após a realização da enucleação, é necessário acompanhar o paciente por 12 meses com radiografias, para visualizar o reparo ósseo.

CONCLUSÃO

Com base no que foi descrito nesse estudo, o diagnóstico precoce e correto desse tipo de lesão é de suma importância para obtenção do êxito na escolha do tratamento adequado. A técnica da descompressão cística com a utilização de um dreno, seguido da enucleação total da lesão cística, mostrou-se satisfatório e eficaz como método de tratamento definitivo para lesões císticas de caráter inflamatório, pois minimiza os danos às estruturas anatômicas adjacentes, além de ser uma técnica conservadora, e com baixo índice de recidiva.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. G. Cisto radicular gigante em maxila: relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v.39, n.3, p. 21-24.
- ARAUJO, F. A. C. et al. Tratamento de extenso cisto inflamatório em maxila – relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.13, n.2, p. 81-86.
- CALIENTO, R.; MANNARINO, F. S.; HOCHULI-VIEIRA, E. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. Rev Odontol UNESP; 42(6): 458-462.
- CARDOSO, C. A. A. et al. Aspectos imagiológicos de um cisto radicular atípico no interior do seio maxilar. Arquivo Brasileiro de Odontologia v.9, n.1.
- CARVALHO, G. A. O. Etiopatogenia e diagnóstico de cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 9, n. 7, p. 1-21.
- GUARALDI, K. S.; HERINGER, E. M. Tratamento do cisto periapical pela técnica de marsupialização. Cadernos de Odontologia do Unifeso Vol. 01 | Nº. 02, 2019.
- HUPP, J. R.; ELLIS, E. TUCKER, M. R. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 6ª Edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 2015.
- JUNIOR, H. C. C. et al. Descompressão Cirúrgica no Tratamento de Lesões Císticas da Cavidade Oral. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.14, n.1, p. 15-20.
- MENDONÇA, D. W. R. et al. Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. Arch Health Invest 6(8):363-370.
- NANIMI, R. et al. Prevalência de cistos maxilares diagnosticados em um centro de referência brasileiro. RSBO v. 6, n. 2, 145.
- PEREIRA, J. A. R. et al. Tratamento cirúrgico de cisto periapical inflamatório de grande extensão em maxila: relato de caso. RSBO.;16(1):68-76.
- SANTOS, J. T. L. et al. Tratamento de grandes cistos radiculares por meio da técnica de descompressão e posterior enucleação: relato de dois casos. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo abr/jun 30(2) 200-9.
- SILVEIRA, R. L. et al. Assimetria Facial Decorrente de Lesão Intra-Óssea de Grandes Proporções. Casos Clínicos. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. Volume 46, Nº4.
- VASCONCELOS, R. G. et al. Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções – Relato de Caso. R bras ci Saúde 16(3):467-474.p