

Cisto radicular – relato de caso clínico

Radicular cyst – case report

Gabriel Tilli Politano¹; Izabella Paola Manetta²; Vanessa Siqueira Araújo²; Joanna Maciel Rocha Penteadó de Aguiar³; Natália Brianéz³; Sandra Echeverria⁴; Sérgio Luiz Pinheiro⁵

¹Professor de Odontopediatria – SLMandic.

²Residente do curso de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial do Hospital e Maternidade Celso Pierro.

³Cirurgiã Dentista.

⁴Professora Doutora de Odontopediatria – PUC/Campinas e Unicastelo.

⁵Professor Doutor de Odontopediatria – PUC/Campinas.

Endereço para correspondência

Joanna Maciel Rocha Penteadó de Aguiar
R. Ministro José Gallotti, 77, ap. 34, Brooklin
04580-050 – São Paulo – SP [Brasil]
joannaaguiar@hotmail.com

Resumo

Cistos são cavidades patológicas revestidas de epitélio, contendo em seu interior um material líquido ou semissólido. O cisto radicular é um cisto odontogênico inflamatório decorrente de lesões pulpares ocasionadas por traumas ou lesões de cárie. O diagnóstico final dessas lesões deve ser feito após análise microscópica e macroscópica, pois suas características radiográficas são semelhantes a várias outras lesões, tais como cisto dentífero, ameloblastoma e tumor odontogênico adenomatoide. O caso clínico relatado é o de um cisto radicular associado a um molar decíduo e originado de uma lesão de cárie.

Descritores: Biópsia; Cistos odontogênicos; Cisto radicular.

Abstract

Cysts are pathologic cavities covered by epithelium, having in its interior a liquid or semi-solid material. Radicular cysts are inflammatory odontogenic cysts caused by pulp lesions due to trauma or caries. The final diagnostic have to be done after a microscopic and macroscopic analysis, because its radiographic characteristics are similar to others lesions, such as dentigerous cyst, ameloblastoma, adenomatoid odontogenic tumor. This article relates a case report of a radicular cyst associated with a primary molar and caused by a dental carie.

Key words: Biopsy; Odontogenic cysts; Radicular Cyst.

Introdução

Cisto pode ser definido como uma cavidade patológica que ocorre no interior dos tecidos, revestida por epitélio, usualmente contendo, em seu interior, material fluído ou semifluído¹. Os cistos odontogênicos são aqueles cujo revestimento é resultante da proliferação de remanescentes epiteliais associados à formação dos dentes². Esse epitélio compreende a lâmina dentária, o órgão do esmalte e a bainha de Hertwig³. O cisto radicular é um cisto odontogênico inflamatório decorrente de lesões pulpares ocasionadas por cárie ou traumas⁴.

Os cistos radiculares são muito frequentes na dentição permanente^{2, 5, 6, 7, 8}, porém, na dentição decídua, deixam de ser diagnosticados, em razão de diagnósticos equivocados e de ausência de análise histopatológica das lesões. Segundo Souza et al., 4,8% das lesões císticas em dentes decíduos consistem em cistos radiculares, e a maioria deles é associada a molares mandibulares⁴.

Esse tipo de cisto pode ter seu crescimento acelerado e ser proveniente de dentes decíduos que sofreram tratamento endodôntico em que a medicação utilizada foi à base de formocresol, e a restauração, com óxido de zinco eugenol^{4, 11}.

Na dentição decídua, estão localizados entre ou ao redor das raízes. Radiograficamente, apresentam-se como uma lesão radiolúcida; por sua localização, o nome mais apropriado é cisto perirradicular³. O diagnóstico final dessas lesões deve ser feito após análise micro e macroscópica, pois suas características radiográficas são semelhantes a várias outras lesões (como cisto dentígero, ameloblastoma e tumor odontogênico adenomatóide)².

Neste trabalho, relata-se um caso de cisto radicular associado a um molar decíduo decorrente de uma lesão de cárie. Para curativo, foi utilizado material à base de óxido de zinco eugenol.

Relato do caso clínico

Paciente F.T.M.L., gênero masculino, nove anos, foi encaminhado à Clínica de Pediatria da

Faculdade de Odontologia da PUC-Campinas, por apresentar lesão de longa duração e sintomatologia dolorosa na região dos molares decíduos da mandíbula do lado direito. O exame clínico revelou mobilidade do segundo molar decíduo, abaulamento na região em que se localizava o cisto, leve assimetria facial, dor à palpação externa e à mastigação.

A imagem radiográfica mostrou uma lesão unilocular de aproximadamente 3 cm³, atingiu a câmara pulpar do dente decíduo e provocou deslocamento do segundo pré-molar. O tratamento eleito para a lesão foi a enucleação do cisto. Para tanto, realizou-se anestesia do nervo alveolar inferior, complementou-se com anestesia do nervo bucal, incisão relaxante preservando o pilar canino e descolamento total do retalho. Com isso, pôde-se perceber que a lesão se encontrava fenestrada, ou seja, a lesão já havia reabsorvido a cortical óssea, sendo desnecessária a utilização de instrumentos rotatórios. Fez-se apenas a remoção da cápsula da lesão, seguida de curetagem de todo o tecido, para evitar possível recidiva, mas optou-se por manter o dente permanente e acompanhá-lo. O tecido removido foi fixado em formol a 10% e encaminhado para exame histológico.

Durante a cirurgia, detectou-se que o tecido gengival do paciente era muito friável. Para tanto, foi necessária a espera de 15 dias para remoção da sutura, proporcionando maior tempo de reparo do tecido. Como medicação pós-operatória, utilizou-se amoxicilina 500 mg (uma cápsula de 8 em 8 horas) por sete dias, evitando uma possível infecção. Foi prescrita Dipirona sódica, em solução oral “gotas” de 500 mg/5ml, 25 gotas de 6 em 6 horas, em caso de dor, até três dias. Por último, diclofenaco sódico 50 mg, uma cápsula de 8 em 8 horas, durante três dias, para impedir o processo de inflamação depois de procedimento invasivo em que pode ocorrer edema e limitação funcional no pós-operatório.

Após avaliação da biópsia, a lesão foi diagnosticada como cisto radicular. O material enviado a biópsia apresentava consistência gelatinosa, cápsula bem fina e presença de conteúdo hemorrágico ao romper a cápsula.



Figura 1: Panorâmica mostrando a presença de cisto radicular no lado direito



Figura 2: Presença de discreta assimetria facial no lado direito



Figura 3: Abaulamento da cortical vestibular



Figura 4: Remoção do cisto

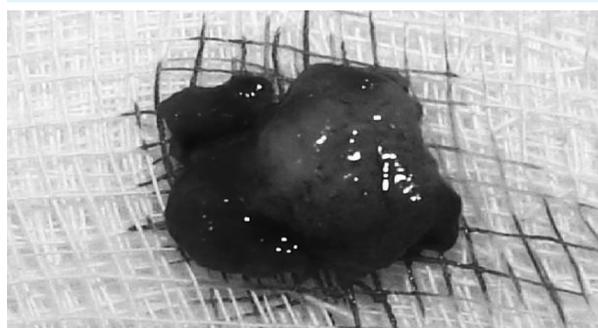


Figura 5: Cisto removido

Discussão

Um dos fatores etiológicos do cisto radicular na dentição decídua é a lesão pulpar². Após a necrose pulpar, a disseminação e instalação de bactérias no periápice estimulam e ativam o mecanismo de defesa com eventos vasculares e celulares, levando ao desenvolvimento do cisto⁹.

Na maioria dos casos, todos os tipos de cisto odontogênico são assintomáticos em sua fase inicial, apresentando sintomatologia dolorosa somente quando há grande deformidade óssea, deslocamento do dente adjacente ou retenção do sucessor^{8, 10, 11, 12}.

Neste caso, as características clínica, radiográfica e histológica encontradas foram expansão da tábua cortical vestibular da mandíbula, lesão unilocular radiolúcida bem definida e epitélio escamoso estratificado não queratinizado, todas elas também relatadas na literatura^{4, 5}.

O cisto perirradicular é mais incidente no gênero masculino^{6, 7, 8}. Conforme pesquisas realizadas em relação à fase da dentição decídua, a porcentagem de incidência é muito baixa^{2, 4}, concordando com nosso caso clínico em que a criança tinha nove anos e era do gênero masculino.

O tratamento cirúrgico eleito no caso clínico em questão foi a enucleação, ou seja, a remo-

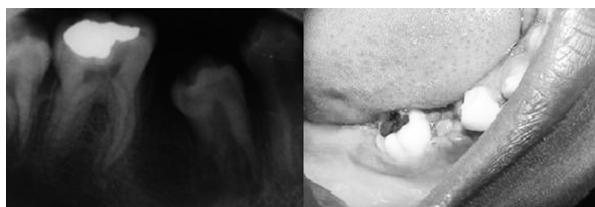


Figura 6: Pós-operatório de 15 dias



Figura 7: Pós-operatório de 8 meses

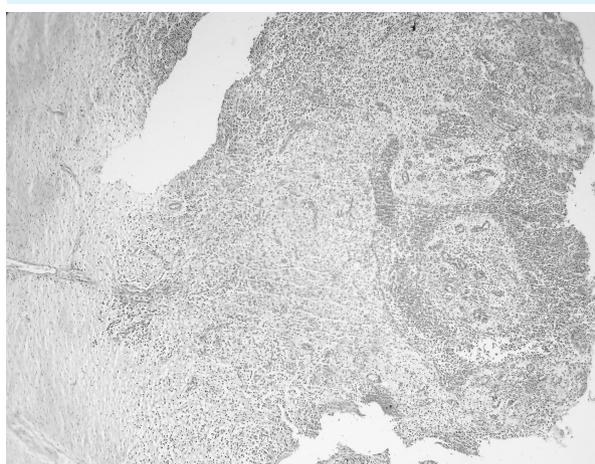


Figura 8: 50 X HE – Lâmina histológica, possibilitando a observação do tecido epitelial escamoso estratificado não queratinizado

ção completa do cisto em conjunto com o dente envolvido, tal procedimento está em conformidade com a opção de outros autores, que acreditam ser o mais indicado, pois toda a lesão é removida, evitando permanência de um tecido infectado e uma possível recidiva^{6, 8, 12, 13}.

Conclusão

Há necessidade de criterioso exame clínico e radiográfico no paciente de pediatria, visando o diagnóstico e tratamento de lesões como esta, assim que detectadas.

Referências

1. Benn A, Altini M. Dentigerous cysts of inflammatory origin: a clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 1996;81:203-9.
2. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic Cysts: analysis of 2.944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:E85-91.
3. Roberts MW, Barton NW, Constantopoulos G, Butler DP, Donahue AH. Occurance of multiple dentigerous cysts in a patient with the Moroteax-Lamy syndrome (mucopolysaccharidosis, type VI). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2003;95:32-635.
4. Mass E, kalpan F, Hishberg K. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. *J Oral Pathol Med.* 1995;24:458-61.
5. Taylor AM, Camacho MEL, Franco MADE, Tejero MAT. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Med Oral.* 2002;7:89-96.
6. Koseoglu BG, Atalay BA, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Science.* 2004;46:253-7.
7. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burruano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily: 1986-2005. *J Oral Science.* 2008;50:15-8.
8. Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnnop P, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *J Oral Science.* 2006;48:59-62.
9. Marton IJ, Kiss C. Protective and destructive immune reactions in apical periodontitis. *Oral Microbial Immunol.* 2000;15:139-50.
10. Takiguchi M, Fujiwara T, Sobue S, Ooshima T. Radicular cyst associated with a primary molar following pulp therapy: a case report. *Int J Ped Dent.* 2001;11:451-5.
11. Chiu WK, Sham ASK, Hung JNM. Spontaneous alignment of permanent successors after enucleation of odontogenic cysts associated with primary teeth. *Brit J Oral Max Surg.* 2008;46:42-5.
12. Ramakrishna Y, Verma D. Radicular cyst associated with a deciduous molar: a Case report with unusual clinical presentation. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006; 24:158-60.
13. Smith ATF, Cowpe JG. Radicular cyst arising from a traumatized primary incisor: a case report of a rare complication that emphasizes the need for regular follow up. *Dent update.* 2005;32:109-13.
14. Antunes JL, Pegoretti T, de Andrade FP, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *Int Dent J.* 2003;1:7-12.