



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

Trabalho de Conclusão de Curso

Aviva Raquel Belizário

Cisto residual de mandíbula – Relato de caso e acompanhamento de 2 anos

Araçatuba-SP

2015

Aviva Raquel Belizário

Matrícula: 2010-1058

Cisto residual de mandíbula – Relato de caso e acompanhamento de 2 anos

Trabalho de conclusão de curso, a ser apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista

Orientadora: Profª Daniela Ponzoni

Araçatuba-SP

2015

Agradecimentos

À minha família pelo apoio e amor incondicional nesses anos de graduação, e principalmente pelos vinte e três anos anteriores que me fizeram a pessoa que sou hoje e que me possibilitaram chegar até aqui.

À minha orientadora Professora Daniela Ponzoni, que desde que a conheci atuando como professora na clínica de Cirurgia passei a admirá-la pela forma como conduz seus trabalhos, sempre competente e íntegra e hoje pela atenção durante o processo de orientação deste trabalho.

Ao Professor Marcelo Macedo Crivelini, que contribuiu com o meu trabalho fornecendo parte do material de estudo e permitiu que eu o concluísse de forma mais completa e satisfatória.

A todos os meus amigos que fizeram parte da minha graduação e da minha vida nesses longos 10 semestres, e que fizeram que esse tempo passasse muito mais rápido e de forma muito mais agradável.

“ Ama-se mais o que se conquista com esforço.”

(Benjamin Disraeli)

Resumo

Belizário, AR. **Cisto residual de mandíbula – Relato de Caso e acompanhamento de 2 anos**. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

Cisto é definido como uma cavidade patológica revestida por epitélio e que apresenta em seu interior conteúdo fluido ou semi-sólido. Este trabalho relata um caso de um paciente do sexo masculino, que compareceu à Clínica de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba relatando a presença de um cisto na mandíbula. No exame extra oral o paciente não apresentava anormalidades. No exame intra oral não demonstrava qualquer sinal ou sintoma relacionado com a patologia e radiograficamente notou-se a presença de uma lesão intra-óssea arredondada na região esquerda da mandíbula, radiolúcida e com halo radiopaco. Optou-se por sua remoção cirúrgica pela técnica de enucleação. A suspeita diagnóstica de cisto residual confirmou-se após análise histopatológica. O acompanhamento de 2 anos subsequentes a cirurgia comprovam que tanto a conduta diagnóstica como de tratamento obtiveram resultados satisfatórios.

Palavras-chave: Cistos Odontogênicos. Mandíbula. Granuloma Periapical.

Abstract

Belizário, AR. **Residual cyst of mandible - Case Report and follow-up of 2 years.**
Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

A cyst is defined as a pathological cavity lined by epithelium and having in its interior fluid or semi-solid contents. This paper reports a case of a male patient, that went to the Surgery Clinic of Araçatuba Dental School, reporting the presence of a cyst in the jaw. On extra-oral examination, it wasn't showed any abnormalities at patient's jaw. On intra-oral examination and final reports, it wasn't identified neither signs nor symptoms related to patient's condition. Radiographically was noticed the presence of an intraosseous, radiolucent and radiopaque lesion rounding the left side of mandible. We chose to surgically remove it through enucleation technique. The suspected diagnosis of cyst was confirmed after the material taken was referred for biopsy with the definitive diagnosis of cyst Residual. The two year follow-up after surgery, showed that both the diagnostic and the treatment, obtained satisfactory results.

Keywords: Odontogenic Cysts; Mandible; Periapical Granuloma

Lista de Figuras

Figura 1: Exame clínico inicial	12
Figura 2: Radiografia Panorâmica inicial	13
Figura 3: Visualização da lesão após incisão linear	14
Figura 4: Cavidade óssea após remoção da lesão	14
Figura 5: Sutura	15
Figura 6: Aspecto macroscópico da lesão	15
Figura 7: Aspecto microscópico da lesão	16
Figura 8: Pós operatório 1 semana – com a sutura	17
Figura 9: Pós operatório 1 semana – sutura removida	17
Figura 10: Exame clínico – acompanhamento 1 ano	18
Figura 11: Radiografia Panorâmica – acompanhamento 1 ano	18
Figura 12: Exame clínico – acompanhamento 2 anos	19
Figura 13: Radiografia Panorâmica – acompanhamento 2 anos	19

Sumário

1 Introdução	8
2 Revisão de Literatura	9
3 Proposição	11
4 Relato de caso	12
5 Discussão	20
6 Conclusão	22
Referências	23
Anexos	25

1 Introdução

Lesão cística é definida como uma cavidade patológica, frequentemente revestida por epitélio e que apresenta em seu interior conteúdo fluido ou semi-sólido.

Um dos fatores etiológicos desta patologia é o tecido inflamatório periapical que não foi curetado no momento da extração de um dente podendo dar origem a um cisto inflamatório chamado de Cisto Residual. (Neville et al 2009)

Em geral, os pacientes com cistos residuais não apresentam sintomas, a menos que exista uma exacerbação inflamatória aguda. Além disso, se o cisto atingir um tamanho grande, podem ser observadas tumefação e sensibilidade leve. (Reinhardt ; Noguez 2011)

Histologicamente é caracterizado como uma cavidade parcialmente revestida por epitélio circundada por infiltrado inflamatório mononuclear e cápsula fibrosa. Radiograficamente o cisto residual apresenta-se como uma imagem radiolúcida de forma circular a oval, de tamanho variável, localizada no processo alveolar em um sítio de uma extração dentária prévia. Com o envelhecimento da lesão, a degeneração dos constituintes celulares no lúmen leva ocasionalmente à calcificação distrófica e à radiopacidade central do lúmen. (Neville et al 2009)

O diagnóstico é feito por meio de uma associação das características clínicas e radiográficas e o resultado da análise histopatológica, realizada após a lesão ser removida cirurgicamente e encaminhada para biópsia.

O tratamento mais indicado é a enucleação cirúrgica da lesão. Contudo, se o cisto radicular ou cisto residual permanecerem sem tratamento, seu crescimento continuado pode ocasionar destruição significativa e enfraquecimento da maxila ou mandíbula. Nos cistos residuais tratados adequadamente, geralmente se observa reparo ósseo. (Oliveira et al 2010)

2 Revisão de Literatura

Quando um dente necrosado for extraído, porém sem a completa remoção da lesão, um cisto residual poderá se desenvolver meses ou anos após a primeira cirurgia (Regezi, Sciubba e Jordan 2008).

A história natural começa a partir de um dente não vital que permanece “*in situ*” tempo suficiente para desenvolver uma patologia periapical crônica, como um cisto radicular. Eventualmente, o dente é extraído com pouca consideração a patologia periapical, que permanece dentro do osso como um cisto residual. Ao longo dos anos o cisto pode regredir ou, permanecer estático ou crescer em tamanho (Dimitroulis e Curtin 1998).

Walton (1996) afirma que cistos residuais pequenos não necessitam de intervenção, apenas acompanhamento. No entanto, em alguns casos, o cisto atinge grandes dimensões, podendo ser confundido com outras entidades patológicas, necessitando, assim, de intervenção cirúrgica e exame anatomopatológico (Oliveira et al 2010).

A lesão é geralmente assintomática e, apenas em alguns casos, assume dimensões suficientes para produzir destruição da cortical óssea. Essas lesões residuais são menos frequentes que se poderia esperar em decorrência de a maioria dos cistos radiculares serem pequenos e saírem aderidos à raiz do dente. Esse tipo de cisto ocorre com maior frequência no gênero masculino (53,4%), tendo maior predileção pela região posterior da maxila (Oliveira et al 2010).

É, de longe, o cisto mais comum que compreende cerca de 52,3% a 60% de todos os cistos de maxilas e 10% de todos os cistos odontogênicos (Jamdade et al 2011).

A abordagem terapêutica desses cistos pode ser realizada em consultórios odontológicos (Camarini et al 2007) e segundo Dimitroulis e Curtis (1998), o tratamento mais indicado é a enucleação cirúrgica da lesão.

Se um cisto residual ou um cisto periapical original permanecerem sem serem tratados, o crescimento contínuo pode causar reabsorção óssea significativa e enfraquecimento da mandíbula e maxila. A reparação completa do osso comumente é observada nos cistos periapicais e residuais tratados de maneira adequada (Regezi, Sciubba e Jordan 2008).

3 Proposição

Esta monografia teve como objetivo apresentar um caso clínico de cisto residual, tratado cirurgicamente pela técnica de enucleação, bem como realizar uma breve revisão de literatura acerca dessa patologia.

4 Relato de caso

Paciente MON, 54 anos, sexo masculino, cor parda, compareceu à Clínica de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, encaminhado pela disciplina de Estomatologia, relatando a “presença de um cisto na mandíbula”.

Na anamnese relatou ser diabético, cardiopata e hipertenso. Disse ser alérgico a diclofenaco de potássio, fazer uso de medicação para controle da hipertensão e ter como vício fumar cigarro de palha. Informou também a presença de “gordura no fígado” e “sangue na urina”, ambos apontados nos exames de rotina realizados pouco tempo antes da atual consulta.

No exame físico extra bucal, o paciente não apresentou anormalidades. Já no exame intra bucal, apresentou-se desdentado total, portador de prótese total superior e inferior e notou-se que o mesmo possuía língua varicosa mas não apresentava qualquer outra alteração ou sinal relacionados com a atual patologia. Não relatava sintomatologia, como dor ou sensibilidade.

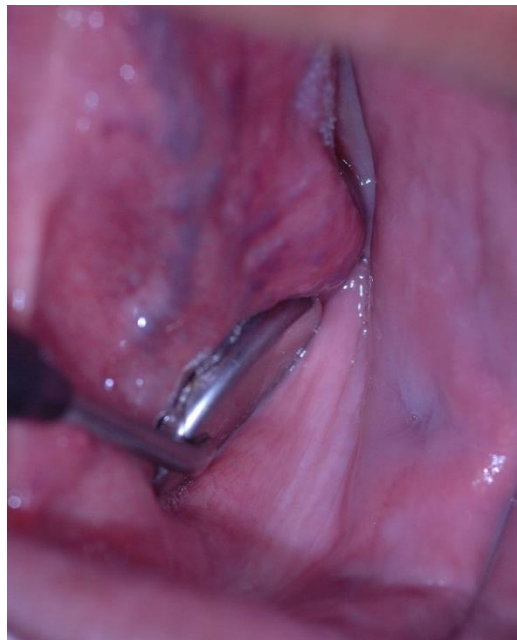


Figura 1 – Exame clínico inicial

Como recurso para o auxílio do diagnóstico, foi realizada uma radiografia panorâmica onde observou-se uma lesão intra-óssea com formato arredondado, que se

localizava na região esquerda da mandíbula na região de pré-molares, com dimensões 9x8 mm, radiolúcida e com halo radiopaco.



Figura 2 – Radiografica Panorâmica inicial

Após completa anamnese, a suspeita de diagnóstico era de cisto e optou-se por sua remoção cirúrgica pela técnica de enucleação.

A princípio foi feita antisepsia da face com PVPI e orientação de bochecho com clorexidina a 0,12% durante 1 minuto para antisepsia intra bucal. O paciente foi anestesiado por meio de um bloqueio do nervo alveolar inferior e lingual esquerdos, complementado com infiltrações terminais no fundo de sulco vestibular na região de pré-molares, quando presentes. O anestésico utilizado foi mepivacaína a 2% com vasoconstritor adrenalina 1:100.000.

Com uma lâmina de bisturi nº 15 foi feita uma incisão linear e uniforme sobre a crista do rebordo, na região que corresponderia aos pré molares, se estendendo à região dos molares. Depois da incisão foi realizado o descolamento mucoperiostal do retalho, com o auxílio de um descolador de Molt. Foi possível a visualização da lesão sem a necessidade de osteotomia.

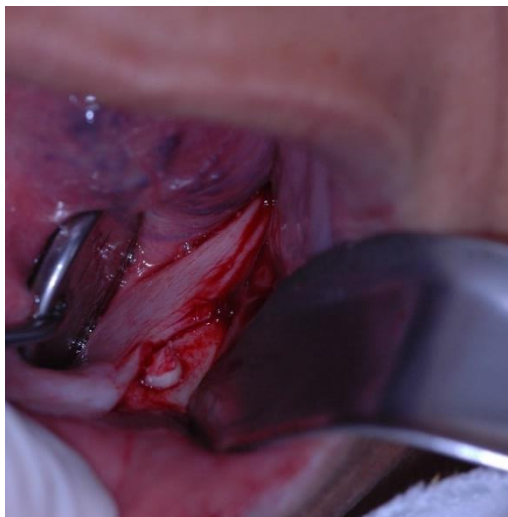


Figura 3 – Visualização da lesão após incisão linear

O cisto foi removido com o auxílio de uma pinça hemostática e curetas. Após sua remoção, a região foi irrigada com soro fisiológico, feita uma verificação de que não havia restos da cápsula cística no local e realizada a sutura com fio seda 4.0. Foram prescritos analgésico dipirona sódica 500mg de oito em oito horas, caso houvesse dor, e antiinflamatório nimesulida 100mg de doze em doze horas durante três dias. O mesmo foi instruído sobre os cuidados pós cirúrgicos como não usar a prótese total inferior no dia da cirurgia, evitar alimentos duros e quentes nos primeiros dias e cautela durante a higienização bucal.

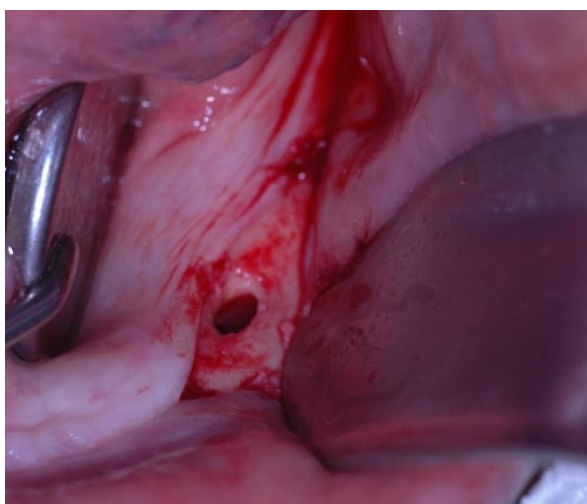


Figura 4 – Cavidade óssea após remoção da lesão

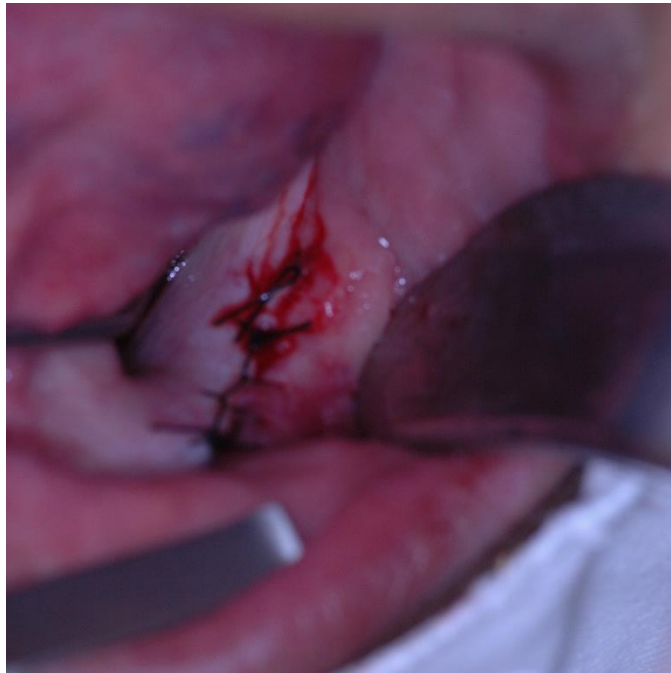


Figura 5 - Sutura

A lesão apresentava aspecto macroscópico de tecido mole; formato capsular e globoso; coloração esbranquiçada, acastanhada; consistência fibrosa; superfície lisa e medidas 9x8x7mm.



Figura 6 – Aspecto macroscópico da lesão

O material retirado foi armazenado em frasco contendo formol 10% e encaminhado para o Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba para ser realizada a biópsia.

O exame histopatológico mostrou um epitélio do tipo estratificado pavimentoso, fino com 4-5 camadas de células. Em algumas áreas, porém, apresenta-se mais espesso ou com aparência proliferativa em arcos. A cápsula cística caracteriza-se por tecido conjuntivo fibrosado, com infiltrado inflamatório crônico discreto a moderado. O conteúdo cístico é representado por material eosinófilo amorfo misturado a hemorragia.

O resultado do exame histopatológico foi “CISTO RESIDUAL”.



Figura 7 – Aspecto microscópico da lesão

No pós operatório de sete dias, quando a sutura foi removida, observou-se aspectos de normalidade em relação à ferida cirúrgica e ausência de sintomatologia.



Figura 8 – Pós operatório 1 semana – com a sutura



Figura 9 – Pós operatório 1 semana – sem a sutura

No acompanhamento de 1 ano subsequente a cirurgia, a região apresentava-se clinicamente dentro da normalidade, de coloração e textura, sem aumento ou perda de volume aparente. Na radiografia panorâmica observou-se o preenchimento da área

radiolúcida por trabeculado ósseo e a presença do halo radiopaco que circundava o cisto.



Figura 10 – Exame clínico - acompanhamento 1 ano



Figura 11 – Radiografia Panorâmica – acompanhamento 1 ano

Já no acompanhamento de 2 anos, clinicamente a região apresentou-se novamente sem alterações e radiograficamente o reparo ósseo da área da lesão.



Figura 12 – Exame clínico – acompanhamento 2 anos



Figura 13 – Radiografia panorâmica – acompanhamento 2 anos

5 Discussão

O cisto residual origina-se a partir de um granuloma periapical com epitélio preexistente, o qual constitui um foco de tecido de granulação, cronicamente inflamado, intra-ósseo, no ápice de um dente sem vitalidade (Shafer et al 1987; Leonardo e Leal 1998; Freitas, Rosa e Souza 2000; Regezi, Sciubba e Jordan 2008).

Diferentemente de outros tipos de cistos, o residual envolve áreas anteriormente ocupadas por dentes com necrose e, na maioria das vezes, resultante de uma infecção na câmara pulpar e canal radicular provocada pela cárie dentária (Shafer et al 1987), o que provavelmente causou o cisto apresentado neste trabalho. Segundo a casuística apresentada por Shear (1989), 60% dos cistos residuais foram encontrados na maxila e 40% na mandíbula.

Oliveira et al em 2010 afirma que os cistos residuais aparecem com maior predileção pela região posterior da maxila, porém Regezi, Sciubba e Jordan em 2008 dizem que a região anterior é a de maior prevalência, seguida pela região maxilar posterior, região posterior da mandíbula e região anterior da mandíbula.

A frequência de aparecimento na região anterior da maxila pode ser explicada por três fatores. Antigamente os incisivos superiores apresentavam restaurações a base de silicato o que quase sempre ocasionava morte pulpar. Há também uma alta prevalência de cárie devido invaginações palatinas nos incisivos laterais superiores que trazem como consequência a morte da polpa e por fim o fato de os dentes superiores anteriores se encontram em posição mais suscetível a traumas o que também leva a necrose pulpar.

Normalmente, o cisto radicular apresenta-se como uma lesão assintomática e não demonstra evidências clínicas de sua presença, sendo descoberta através de exame radiográfico de rotina vitalidade (Shafer et al 1987; Leonardo e Leal 1998; Freitas, Rosa e Souza 2000; Regezi, Sciubba e Jordan 2008), como no caso apresentado. Entretanto, pode assumir dimensões suficientes para produzir destruição da cortical óssea, podendo ser observada flutuação e alguma sintomatologia, principalmente se existir infecção secundária no local. Esta infecção bacteriana secundária pode provocar dor espontânea,

exsudação e um crescimento rápido da patologia, que são sinais da inflamação aguda nas paredes do cisto (Leonardo e Leal 1998).

O exame radiográfico não pode ser considerado patognomônico da lesão, pois outros quadros patológicos podem apresentar imagens semelhantes. O diagnóstico radiográfico do cisto residual não pode ser tomado como definitivo, pois sempre haverá a possibilidade de outras patologias, mais agressivas localizadas no periápice, simularem periapicopatias verdadeiras. Todas as peças cirúrgicas devem ser encaminhadas a exame histopatológico para definição do diagnóstico definitivo (Leonardo e Leal 1998).

Como diagnóstico diferencial devemos estar atentos a várias lesões tais como: Tumor Odontogênico Ceratocístico, Ameloblastoma Unicístico, Cisto Ósseo Traumático (Corrêa et al 2002). Em relação à transformação carcinomatosa do cisto residual, são poucos os relatos, mas bem documentados, os quais indicam que o carcinoma espinocelular pode, ocasionalmente, originar-se a partir do revestimento epitelial do cisto residual ou de outros cistos odontogênicos (Shear, 1989). Segundo Shafer et al em 1987, é rara a transformação maligna do epitélio do cisto radicular.

De acordo com Petterson et al (2000), os cistos dos maxilares podem ser tratados cirurgicamente através de uma das seguintes técnicas básicas: enucleação, marsupialização, combinação em etapas dos dois procedimentos ou enucleação com curetagem. Segundo Dimitroulis e Curtis (1998), de todas as técnicas apresentadas, o tratamento mais indicado é a enucleação cirúrgica da lesão. No caso apresentado, optou-se pela enucleação por suas características e sua pequena dimensão.

A enucleação consiste na remoção total da lesão cística, sem ruptura. Esta técnica deve ser realizada com cuidado, pois a remoção da peça por inteiro reduz as chances de recidiva. Sua principal vantagem é permitir o exame histopatológico integral da lesão. Outra vantagem é que a biópsia excisional inicial também proporciona o tratamento adequado da lesão.

Como dito anteriormente, os cistos periapicais e residuais tratados de maneira adequada permitem a reparação completa do osso. (Regezi, Sciubba e Jordan 2008).

6 Conclusão

A lesão apresentada neste trabalho possui uma frequência alta em Odontologia. A conduta clínica deste caso, de diagnóstico e tratamento foram satisfatórias, comprovadas pelo acompanhamento de dois anos.

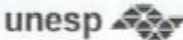
Referências

- Camarini et al. “Utilização do corpo adiposo bucal para fechamento de comunicação bucosinusal associado à enucleação de cisto residual – Relato de caso” Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.7, n.3, p. 23 - 30, jul./set. 2007
- Corrêa, M. et al. “Cisto Residual Radicular: Relato de caso clínico” Jornal Brasileiro de Clínica Odontologia Integrada 133-135. 2002
- Dimitroulis, G. ; Curtin, J. “Massive residual dental cyst: Case report” Australian Dental Journal 43:(4):000-000. 1998
- Freitas, A.; Rosa, J.E.; Souza, I.F. Radiologia Odontológica. 5.ed. São Paulo: Artes Médicas,. p.386-91; 431-33; 468-9 2000
- Jamdade et al. “Localization of a Peripheral Residual Cyst: Diagnostic Role of CT scan” Case Rep Dent; 2012:760571. 2011
- Leonardo, M.R.; Leal, J.M. Endodontia- Tratamento de Canais Radiculares. 3.ed. São Paulo: Editorial Médica Panamericana. p.94-100, 1998
- Neville et al. Patologia Oral e Maxilofacial – 3ª edição – Rio de Janeiro: Elsevier. Capítulo: Cistos e Tumores Odontogênicos. 2009
- Oliveira, D.H.I.P. et al. “Residual Cyst with Large Dimension: Case Report and Literature Review” Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.11, n.2, p. 21-26, abr./jun. 2010
- Petterson, L.J. et al. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.524-34
- Reinhardt, L.C.; Noguez, T.F.R. Residual cyst – clinical case report 2011 <http://www.editoraplena.com.br/artigo>
- Regezi, A.J.; Sciubba, J.J.; Jordan, R.C.K. Patologia oral: correlação clinicopatológica– Tradução da 5ª edição – Rio de Janeiro: Elsevier 2008
- Shafer, W.G.; Hine, M.K.; Levy, B.M. Tratado de Patologia Bucal. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.239-47; 455-60.
- Shear M. - Cistos da Região Bucomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento. 2.ed. São Paulo: Santos, 1989. p.146-78.

- Walton RE. The residual radicular cyst: does it exist? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996;82(5):471. [http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104\(96\)80185-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104(96)80185-5) . 1996

Anexo

ANEXO A - Resultado do Exame Histopatológico


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JULIO DE MESQUITA FILHO"
 "CAMPUS" DE ARACATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E PROPEDEUTICA CLINICA
 Profa. Ass. Dra. Ana Maria Pires Soubhia - CROSP 21.673
 Prof. Adj. Marcelo Macedo Crveiani - CROSP 41.257
 Profa. Ass. Dra. Renata Calestini - CROSP 45.868

RESULTADO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO

CÓDIGO SUS: 1201103-7

Nome	: MOACIR OLIVEIRA NEVES	Biopsia	: 0161/2013
Sexo	: MASCULINO	Prontuário	: 092395
Profissão	: DONA DE CASA	Raça	: NDA
Idade	: 54	Estado Civil	: SOLTEIRO
Cor	: PARDA	Naturalidade	: MIRIGUI
Endereço	: RUA EGÍDIO NAVARRO, 1217	Bairro	:
Cidade	: UF : SP	Telefone	:

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO :
 PROCEDÊNCIA DO MATERIAL : DISCIPLINA DE CIRURGIA
 SOLICITANTE DO EXAME : DRA. ALESSANDRA ARANEGA
 DATA DO RECEB.MATERIAL : 12/06/2013

EXAME MACROSCÓPICO :
 Tecido : mole
 Formato : capsular, globoso
 Cor : esbranquiçada, acastanhada
 Consistência: fibrosa
 Superfície : lisa
 N.Fragmentos: 01
 Medida : 9 x 8 x 7 mm -

EXAME MICROSCÓPICO :
DIAGNÓSTICO : Cisto residual.

M. C. S.