

Tratamento endodôntico conservador de cisto periapical inflamatório

Ligia Soares do Santos **OLIVEIRA**¹, Loise Pedrosa Salles³, Eduardo Telles de **MENEZES**²

Resumo

O tratamento endodôntico conservador tem como principal objetivo induzir a regressão da lesão causada pela presença de micro-organismo no interior do canal radicular. Esse tratamento é de longo período, visto que promove um prognóstico satisfatório capaz de desenvolver a função e a estética do dente. O objetivo desse presente estudo é descrever a importância do tratamento endodôntico conservador de cisto inflamatório que foi realizado através de um relato de caso. A anamnese foi realizada criteriosamente a fim de obter um diagnóstico correto. Foram realizados exames radiográficos, tomografia (para a verificação da extensão da lesão) teste de sensibilidade e percussão vertical.

Palavras-chave: Cisto. Tratamento conservador. Lesão periapical

¹ Acadêmica do curso de odontologia da UNICEPLAC.

³ Phd em Endodontia, Mestre em Biologia Celular e Molecular, Especialista em Endodontia. Professora de Endodontia da UNICEPLAC. Professora de Pós-Graduação em Odontologia UNB.

² Cirurgião-dentista. Mestre em Endodontia, Especialista em Endodontia. Professor de Endodontia das Centro Universitário Aparecido dos Santos – UNICEPLAC

Submetido: 00/00/00 – **Aceito:** 00/00/00

Como citar este artigo: Oliveira LS, Salles LP; Menezes ET. Tratamento endodôntico conservador para enucleação de cisto inflamatório: Relato de caso. R Odontol Planal Cent. 2018 Jan;10(1): 19-22

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Eduardo Telles de Menezes

Endereço:

CEP: 00000000

email: eduardo.menezes@uniceplac.edu.br

categoria: Caso Clínico

Área: Endodontia

A Principal causa do progresso de grandes lesões periapicais, sendo granulomas ou cistos é a infecção do canal radicular. Essa lesão surge, sobretudo, em dentes não vitais devido a uma agressão crônica, assintomática, de baixa intensidade, visto que há presença microbiana nos sistemas de canais radiculares^{1,2}.

O cisto periapical ou cisto radicular odontogênico tem início a partir da proliferação dos remanescentes epiteliais de malassez por causa de um processo inflamatório. Essa lesão pode ser encontrada no interior da maxila e da mandíbula e se origina a partir de um granuloma periapical^{3,4}.

O cisto pode deslocar dentes adjacentes ou causar reabsorção radicular leve. Essa lesão não é encontrada somente no ápice dos dentes envolvidos, mas também nas regiões laterais das raízes em relação aos canais radiculares assessoriais^{5,6}.

Nos exames radiográficos, o cisto periapical é evidenciado como uma imagem radiolúcida de densidade homogênea, unilocular, circunscrita, arredondada e em for-

Introdução

mato de pera, pode estar associado ao ápice radicular de um ou mais dentes ⁴.

Os métodos utilizados no tratamento não cirúrgico de lesões periapicais são: o tratamento conservador do canal radicular, técnica de descompressão não cirúrgica ativa e outras medicações intra-canal, além do debridamento apical ⁷.

A terapia endodôntica convencional é considerada a primeira opção para o tratamento do cisto periapical. Em caso de insucesso, a terapia cirúrgica será necessária. Além disso, caso a radiolucidez demonstrada nos exames radiográficos não se extinga, indica-se marsupialização ou cirurgia paredodôntica para lesão maior que 2 cm ^{2,3}.

A remoção cirúrgica do cisto periapical dispõe de indicações específicas. Caso haja risco elevado de fratura do dente durante o acesso ao canal, caso a estrutura restante apresente um extenso infiltrado inflamatório agudo e caso os cistos apresentem grandes dimensões. O tratamento cirúrgico poderá ser a primeira opção ⁸.

O objetivo desse trabalho, portanto, é relatar um caso clínico de cisto periapical, destacando as vantagens e desvantagens do tratamento conservador (tratamento endodôntico). Para alcançar esse objetivo, foi realizada uma busca de artigos publicados sobre o tema, nas bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico, totalizando 22 (vinte e dois) referências, entre 2010 e 2018, para o enriquecimento do trabalho.

Revisão de literatura

O cisto periapical pode ser denominado também como: cisto radicular, cisto periodontal apical e cisto perirradicular. As patologias periapicais são classificadas em agudas ou crônicas ¹. As patologias periapicais agudas são: pericementite apical aguda, abscesso dentoalveolar agudo. As patologias

apicais crônicas são: abscesso dentoalveolar crônico, granuloma periapical e cisto periapical crônico, granuloma periapical e cisto periapical ^{1,2}.

O cisto periapical odontogênico é a lesão mais odontogênica e a mais comum. A prevalência dos cistos radiculares apicais é mais frequente na região da maxila 60,5%. Em mulheres a frequência dessa lesão é cerca de 62,8% com idade acima de 51 anos 25,6%. Essa lesão cística pode obter um progresso assintomática e atingir grandes dimensões levando a expansão da placa cortical ⁴. O cisto pode ser diagnosticado durante as investigações radiográficas de rotina. Além disso, o cisto periapical pode surgir após um trauma ou lesão de cáries dentárias causando inflamação da cavidade e da polpa. Os microorganismos tipicamente encontrados em dentes com polpa infectada ou necrosada são aeróbios e anaeróbios ^{1,4,6,9}.

As classes de cistos são: os cistos com uma cavidade, os que possuem epitélio contíguo com ápice (cisto baía, de bolso) e os cistos com uma cavidade totalmente envolvida por epitélio de revestimento e sem comunicação com ápice (cistos verdadeiros) ¹⁰.

No caso dos cistos odontogênicos, o dente envolvido na lesão apresenta necrose pulpar, e o crescimento da lesão cística ocorre em resposta a descamação de restos celulares, levando ao aumento da pressão osmótica, entrada de líquido na cavidade e a reabsorção óssea pela expansão ³. Consoante a literatura, os cristais de colesterol são mais presentes em cistos do que em granulomas ¹⁰. Dito isso, a presença de cristais de colesterol é rara nas lesões periapicais. Nesse viés, o colesterol (LDL) sérico é identificado em maiores proporções em lesões grandes e antigas ^{3,10}.

O cisto apical não pode ser considerado uma doença separada da periodontite apical, visto que ele não se forma por sí só. Ele deve ser considerado como periodontite apical com formação de cistos ⁵.

Seu tamanho pode regredir ou permanecer estático, pode ser identificado em exames radiográficos intrabucais, periapicais (IOPA) e são feitas em dentes com polpa não vital ¹¹.

O diagnóstico definitivo de patologias periapicais de origem inflamatória tem sido um desafio para os endodontistas. Geralmente, o diagnóstico de lesão periapical é baseado em aspectos clínicos e radiográficos, que são considerados métodos empíricos. Sendo assim, o diagnóstico confirmatório final é por exame histopatológico dos tecidos, o qual é realizado somente em caso cirúrgico ¹².

No entanto, outros exames adjuntos têm sido acrescentados para a obtenção do diagnóstico diferencial, proporcionando uma visão ampla da lesão e facilitando na escolha do tratamento REFE. Assim, aumenta-se a possibilidade de sucesso no tratamento da lesão ².

Unicamente as radiografias não são capazes de fornecer um diagnóstico preciso de uma lesão periapical. Diante disso, há defesa da necessidade de exame mais acuradas por tomografia computadorizada. No final da década de 1980, as radiografias passaram a ser digitalizadas para que houvesse um controle de qualidade do filme e também para que se reduzisse a dose de radiação ¹².

Estudiosos afirmam que o crescimento do cisto pode ser atribuído ao aumento da pressão hidrostática do fluido confinado, que causa atividade osteoclástica adicional ¹⁴.

A descompressão com posterior enucleação é um procedimento menos invasivo pelo qual é aberta uma pequena janela cirúrgica e é feita no interior da cavidade cística, além de ser mantida por cateter ou tubo, a fim de assegurar constante drenagem e, por conseguinte, reduzir diminuir pressão intracística ¹⁵. A técnica de irrigação abrange aspiração do fluido usando uma agulha de calibre grande ligada a uma seringa.

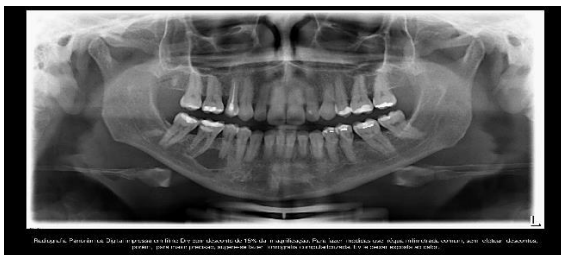
A agulha é penetrada através da mucosa bucal até atingir a lesão. A técnica de descompressão e a técnica de aspiração-irrigação, de acordo com a literatura, auxiliam na atenuação da pressão hidrostática, gerando um encolhimento da lesão. Entretanto, as desvantagens dessas técnicas são: inflamação da mucosa alveolar, desenvolvimento da infecção aguda ou crônica da lesão, submersão do tubo de drenagem, criação de feridas vestibular e palatal, além do desconforto do paciente ^{14,15}.

No presente caso, o tratamento proposto foi o tratamento endodôntico convencional pela técnica crown down. Essa técnica foi realizada a fim de preservar a estrutura do dente, de devolver sua função fisiológica, além de devolver sua estética e, por fim, promover a reparação devida da lesão.

Relato de caso

Paciente de 38 anos, sexo feminino compareceu à clínica odontológica integrada do 9º período, da UNIFACIPLAC com queixa de volume palpável, no ramo direito da mandíbula, sem sintomatologia dolorosa. Na anamnese, a paciente relatou ter sido submetida à tratamento ortodôntico por um período de 6 anos (aparelho removido há 4 anos). Relatou dores na região temporomandibular e sensibilidade nos dentes posteriores. Não foi constatada assimetria facial ou qualquer alteração sistêmica que pudesse comprometer o tratamento. Durante o exame clínico foi verificado um volume com consistência firme e lesões cervicais não cariosas dos dentes inferiores posteriores, sugerindo abfração. Ao teste de vitalidade ao frio ao teste de vitalidade ao gás refrigerante (Endo Ice spray de gelo - maquirá) do dente 45, obteve-se resposta negativa; ausência de dor à percussão vertical ou horizontal e sem mobilidade dentária patológica. O dente 46 respondeu normalmente aos testes de vitalidade. As radiografias panorâmica, periapicais e interproximais dos dentes 44,45,46 e 47 revelam lesão radiolúcida circunscrita periapical no dente 45, com envol-

vimento da raiz mesio vestibular do dente 46.



Foi solicitada uma tomografia do dente 45 para verificar a extensão da lesão. O diagnóstico foi de área hipodensa no terço cervical radicular do dente 45 estendendo-se à raiz mesial do dente 46, por vestibular com expansão e adelgaçamento da cortical óssea vestibular; sugestivo de: cisto periapical inflamatório ou granuloma central de células gigantes.

Diante ao diagnóstico, a primeira opção foi a técnica Crown down, para que fosse realizada a neutralização conteúdo necroticótico. Na primeira sessão, foram realizados acessos ao conduto, exploração inicial com lima 15, alargamento com as limas Kerr 20, 25, 30 e 35 no comprimento de trabalho (CRT) de 20mm. A Confecção do batente apical foi feito com as limas 15, 20, 25 e o escalonamento do recuo progressivo programado foi feito com as limas 30 e 35. Realizado debridamento, irrigação com hipoclorito de sódio 2.5% - Asfer e aspiração, até diminuir a secreção. Curativo com Callen com PMCC-SS WHITE, realizado antibioticoterapia, antiinflamatório e analgésico. Paciente retornou à clínica odontológica da UNICEPLAC no dia seguinte, queixando-se de febre, sensação de dente crescendo, assimetria de face e dor localizada, uma condição característica de *flare-up*. Verificou-se que havia edema com ponto de flutuação. Foi realizada a drenagem cirúrgica por incisão com lâmina Nº15, em fundo de vestibulo na região do dente 45.

Ao abrir a via de drenagem foram percebidos ausência de odor, presença de exsudato e cálculos. A drenagem seguiu até ausência de secreção. Terceira sessão, dia 04 de outubro de 2018, O curativo foi removido e o canal novamente preparado com limas Kerr 20, 30, 35,40, 45. Ainda foi observada a presença de exsudato e sangue, diante disso, foi realizada uma nova drenagem via canal, seguida de medicação intra-canal, Callen + PMCC, por 15 dias. Ao retorno da paciente, realização de radiografia de controle, troca de medicação, iodofórmio + hidróxido de cálcio PA e restauração com ionômero químico. Paciente retornou em 15 dias, sendo realizado abertura do canal, remoção do curativo, obturação com cone único F2 19mm + Cotosol com MTA(fillapex).



Discussão

O tratamento endodôntico conservador deve ser sempre a primeira abordagem terapêutica escolhida em caso de tratamento de cistos periapicais. Mesmo que alguns profissionais defendem que a técnica cirúrgica seja mais eficaz. A intervenção cirúrgica tem suas limitações que podem gerar transtornos irreversíveis ao paciente, tais como parestesia, desvitalização do dente adjacente e perda do suporte do suporte ósseo⁵.

Alguns autores afirmam que grandes lesões necessitam de cirurgia já a os favoráveis da abordagem não cirúrgica afirmam que a resolução da lesão é por meio da eliminação da infecção endodôntica. O sistema imunológico é capaz de promover a reparação da lesão pelos mecanismos dos demais processos inflamatórios^{1,13}.

Nesse estudo foram realizados aspiração por via canal e cirurgica é uma técnica simples que não possui necessidade de equipamento sofisticado e que pode ajudar a pressão hidrostática na cavidade óssea ¹⁴. Essa técnica evita a criação de feridas vestibular ou palatina e assim trazendo mais conforto para o paciente ¹⁷.

A combinação do Callem PMCC com outras substâncias ou a sua diluição tem sido proposta a fim de fortalecer a atividade antimicrobiana e, dessa forma, reduzir a citotoxicidade do medicamento ¹⁸. É importante que seja aplicado o callem PMCC como curativo no tratamento de canais radiculares de dentes despulpados e infectados, sobretudo ao se detectar lesão periapical crônica.

O preparo biomecânico do canal radicular é a principal forma de combate a infecção endodôntica, visto que algumas bactérias alojadas em algumas áreas podem não ser atingidas. O emprego da das solução irrigadora hipoclorito de sódio 2,5% e medicação intracanal fundamental para o controle de microrganismos e assim potencializando a desinfecção do sistema de canais radiculares^{19,20}.

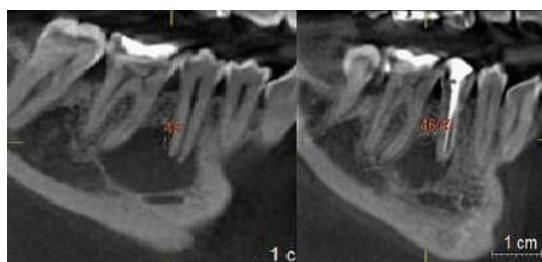
O emprego do material obturador é de extrema importância para o sucesso da terapia endodôntica. É realizado após o preparo químico e mecânico e desinfecção dos canais radiculares. Mercado odontológico oferece vários tipos de cimentos obturadores. É importante considerar o seu biológico e sua capacidade de estimular ou proporcionar condições favoráveis ao reparo ^{21,22}. Hidróxido de cálcio é antimicrobiano e é uma substância que forma uma camada protetora conhecida como uma barreira apical. Além disso, ele poderá regenerar a lesão e devolver a função do dente.

Conclusão

É fundamental que, em primeira instância, o cirurgião dentista realize um tratamento conservador, a fim de regredir a lesão antes de optar por métodos radicais. A preservação desse caso demonstram que a filosofia de tratamento empregada é eficaz para reparação dos danos causados pela lesão.

Resultado

Reconstrução tangencial Inicial / controle



Reconstrução transaxiais- tamanho 1:1 Inicial / controle



Radiografia inicial



Quebra de patente



Canal finalizado



Abstract

Conservative endodontic treatment has as main objective to provoke regression of the lesion caused by the presence of microorganism within the root canal. Some authors defend the thesis that the disinfection of root canals promotes the elimination of endodontic infection. Thus, the immune system itself is able to promote repair which generates the retreat of the lesion by the mechanism of apoptosis. This treatment is of long duration, since it promotes a satisfactory prognosis capable of developing the function and aesthetics of the tooth. The purpose of this study is to describe the importance of conservative endodontic treatment for inflammatory cyst enucleation that was performed through a case report of a large cyst. In this path, the anamnesis was carefully performed in order to obtain a correct diagnosis. Radiographic examinations, tomography (for lesion extension verification), sensitivity test and vertical percussion were performed.

Keywords: Cyst. Conservative treatment. Periapical lesion

Referências

1. Khasawnah QA, Hassan F, Malhan D, Engelhardt M, Daghma DES, Obidat D, Lips KS, Khassawna TE, Heiss C. Nonsurgical Clinical Management of Periapical Lesions Using Calium Hydroxide-Iodoform-Silicon-Oil Paste. *BioMed Research Internatinal*; 2018.
2. Carvalho MGP, Dotto SR, Brondani GC, Filter VP, Kist PP. Reparo de Lesão Periapical: Relato de Caso. *Rv de Endodontia Pesquisa e Ensino online*; 2012; Disponível em: <http://www.ufsm.br/endodontiaonline>.
3. Machionatti AME, Wandscher VF, Burmann PFP, Tomé SB, Wolle CFB. Tratamento cirúrgico de Cisto Periapical de ampla extensão: Relato de Caso. *Rv Saúde Integrada*; v.10; 2017;86-89.
4. Dantas RMX, Dutra JA, Borges GL, Dutra FKA, Neri RFA. Enucleação de Cisto Radicular maxilar associado a apicectomia: Relato de Caso. *Rv. Cir.Traumatol.Buco-Maxil- Fac; Camaragibe*; v14;n.3;2014;21-26
5. Salari SK, Kamra S, Ghuman SK, Sharma G. Nonsurgical endodontic therapy along with minimal invasive treatment utilizing Bhasker's hypothesis for the management of infected radicular cystic lesion: A rare case report. *Contemp Clin Dent* 2016;7:562-5.
6. Kadam NS, Ataide IN, Raghava P, Fernandes M, Hede R. Management of Large Radicular Cyst by Conservative Surgical Approach: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Feb;Vol-8(2):239-241.
7. Sood N, Maheshwari N, Gothi R, Sood IN. Treatment of Large Periapical Cyst Like Lesion: A Noninvasive Approach: A Report of Two Cases. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*; 2015;8(2):133-137.
8. Rodrigues JT, Antunes HS, Armada L, Pires FR. Influência da descompressão cirúrgica na expressão de biomarcadores inflamatórios e reparar o tecido em cistos periapicais. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology e radiologia oral*; 2017;1-17
9. Sigurdsson A, Garland RRW, Le KT, Rassoulion AS. Healing of Periapical Lesions after Endodontic Treatment with the GentleWave Procedure: A Prospective Multicenter Clinical Study. *American Association of Endodontists*. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2017.12.004>.
10. Silva VT, Piva MR, Souza LMA, Amorim KS, Groppo FC. Relação entre presença de fendas de cristais de colesterol em lesão periapical e nível de colesterol sérico. *Rv Odontol UNESP*. 2013;42(2): 94-98.

11. Perez FMMR, Pontual AA, França TRT, Pontual MLA, Beltrão RV, Perez DE. Lesão Mista Periapical: Um Atípico Cisto Radicular com Extensivas Calcificações. *Brazilian Dental Journal*; 2014; 25(5): 447-450.
12. Aggarwal V, Singla M. Use of computed tomography scans and ultrasound in differential diagnosis and evaluation of nonsurgical management of periapical lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109:917-923.
13. Kabler B. Healing of a Cyst-like Lesion Involving an Implant with Nonsurgical Management. *J Endod* 2015;1-4.
14. Fernandes M, Ataíde D. Non-surgical management of a large periapical lesion using a simple aspiration technique: a case report. *International Endodontic Journal*; 2010;43, 536-542.
15. Vasconcelos RG, Queiroz LMG, Júnior LCA, Germano AR, Vasconcelos MG. Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções- Relato de Caso. *R bras ci Saúde*; 2012; 16(3): 467-474.
16. Keles A, Alçin H. Use of EndoVac System for Aspiration of Exudates from a Large Periapical Lesion: A Case Report. *J Endod*; 2015; 1-3
17. Garcia NA, Santos AAB, Ângelo AR, Veloso HHP, Ferreira GS, Queiroga AS. Medicamentos intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões-dentistas das unidades de saúde da família para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. *Arq Odontol, Beto Horizonte*; 2014(1):13-19.
18. Rocha C, Irala LED, Salles AA, Soares RG. Atividade antimicrobiana do PMCC, por contato direto e vapor, frente ao *Enterococcus faecalis* e ao *Staphylococcus aureus*. *Stomatos*, v.16,n.31; 2010.
19. Oliveira FM, Oliveira SJ, Gonçalves EA, Leite AP, Pinto PF. Avaliação da eficácia de distintas preparações de hidróxido de cálcio sobre *Pseudomonas aeruginosa*. *HU Revista, Juiz de Fora*, v.40, n.1 e 2; 2014; 47-51.
20. Matos GRM, Filho MT. Resolução por retratamento não cirúrgico de dente com lesão periapical: relato de caso. *FULL Dentistry in Science*; 2011;2(7).
21. Rocha MP, Silva RV, Silva LRM, Rocha TCM, Brito AM, Pereira RP. Retratamento Endodôntico não Cirúrgico: Relato de Caso. *Rev Odontol. Univ. CID. São Paulo*; 2016; 28(3): 270-6.
22. Buzanello, Dallanora A, Barbieri LMF, Dallanora DB. Relato de Caso: Regressão de Cisto Periapical após Tratamento Endodôntico. *XIII Semana Acadêmica de Odontologia*; 2016.

