

ISSN 1983-5183

TRATAMENTO PROPOSTO PARA PACIENTE PORTADOR DE FÍSTULA CUTÂNEA RESULTANTE DE CISTO RADICULAR: RELATO DE CASO.

PROPOSED TREATMENT FOR PATIENT THAT CARRIES CUTANEOUS FISTULA RESULTED FROM ROOT CYST: A CASE REPORT.

Carlos Wallyson SOUSA¹

wallyson_ita@hotmail.com

Juliana Lima VECCHIO²

ju.vecchio@gmail.com

Mikaella Edite Fontes BORGES³

mikaellaedite@yahoo.com.br

Paulo Vitor Ramos Carvalho COSTA⁴

pvrccosta@live.com

Raquel Bastos VASCONCELOS⁵

raquelbastosvasconcelos@hotmail.com

Abrahão Cavalcante Gomes de Sousa CARVALHO⁶

abrahao_cav@yahoo.com.br

RESUMO

O cisto periapical tem origem associada à proliferação dos restos epiteliais de Malassez, após um processo inflamatório crônico decorrente de uma extensa lesão cáriosa com acometimento pulpar. Quando um cisto periapical passa por um processo de reagudização infecciosa o quadro clínico é denominado de abscesso Fênix. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de abscesso Fênix associado à raiz residual do dente 44. Paciente M.R.G, 19 anos, apresentou queixa principal de “espinha no meu queixo”. Ao exame clínico, foi observada uma fístula cutânea na região mental, com drenagem purulenta. Ao exame intraoral, foi observada a raiz residual do dente 44. Ao exame imaginológico, observou-se um cisto periapical associado ao dente 44 que se estendia anteriormente até a região anterior de mandíbula, fenestrando a cortical ves-

1 Acadêmico de odontologia; Centro Universitário Christus,

2 Acadêmica de odontologia; Centro Universitário Christus,

3 Acadêmica de odontologia; Centro Universitário Christus,

4 Acadêmico de odontologia; Centro Universitário Christus,

5 Cirurgiã BMF e mestranda em odontologia- Centro Universitário Christus;

6 Cirurgião BMF, mestre e doutor- professor de cirurgia do Centro Universitário Christus;

ISSN 1983-5183

tibular (mais espessa) e drenando para a região de mento. O paciente foi então tratado com a enucleação da lesão, seguida de plastia da fístula cutânea. Após exame histopatológico foi confirmado o diagnóstico de cisto periapical com processo de inflamação aguda. O paciente evoluiu bem após o tratamento, sem queixas álgicas. Portanto, é fundamental que o Cirurgião-Dentista conheça a etiopatogenia das lesões odontogênicas para o correto diagnóstico e tratamento em casos atípicos como o relatado

DESCRIPTORIOS: CISTO RADICULAR; INFECÇÃO FOCAL DENTÁRIA; FÍSTULA CUTÂNEA; ABSCESSO.

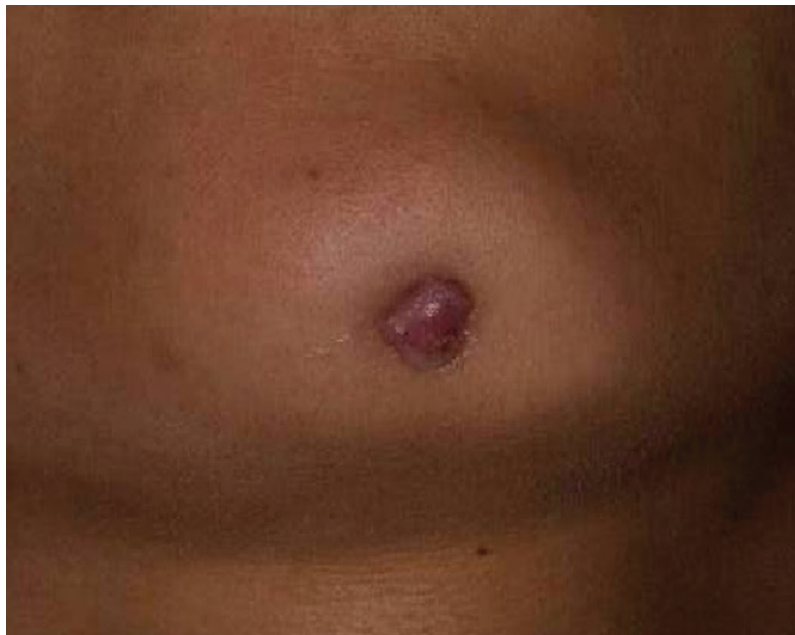
ABSTRACT

The periapical cyst origin is associated to the proliferation of epithelial cell rests of Malassez after a chronic inflammatory process due to an extensive carious lesion with pulp involvement. When a periapical cyst goes through a process of infectious exudation, clinically, it gets denominated phoenix abscess. The purpose of this study is to report a case of phoenix abscess associated to the residual root of the tooth 44. Patient M.R.G., 19 years old, presenting as main complaint a "pimple on my chin". After the clinical exam it was observed an exudating cutaneous fistula on the mental region. After the intra-oral exam it was observed a residual root of the tooth 44. Radiographically, it was observed a periapical cyst associated to the tooth 44 wich reaches the anterior region of the jaw penetrating the vestibular cortical and draining on the mental region. The patient has been treated with an enucleation procedure followed by a fistuloplasty. After hystological exam it was confirmed the diagnostic of periapical cyst with an acute inflammatory process. Patient has evolved well after treatment without any pain complaints. Therefore, it is fundamental that the dentists know the etiopathology of the odontogenics lesions to have a correct diagnostic and treatment of unusual cases as same as the reported.

DESCRIPTORS: RADICULAR CYST; FOCAL INFECTION, DENTAL; CUTANEOUS FISTULA; ABSCESS.

INTRODUÇÃO

Figura 1: Aspecto extraoral da lesão granulomatosa em região mentoniana



O cisto periapical é uma lesão localizada no ápice de um dente desvitalizado, que possui uma cavidade patológica contendo material líquido ou semissólido. Caracterizado por epitélio pavimentoso estratificado. Essa lesão está relacionada, em 99% dos casos, com processo carioso extenso, que obtiveram alterações pulpare e perirradiculares anteriores.

De acordo com a classificação histológica para os cistos, apresentada pela organização mundial de saúde em 2005, o cisto radicular é um cisto odontogênico do tipo inflamatório. Sua prevalência corresponde a cerca de 60% dos

ISSN 1983-5183

cistos da maxila e mandíbula. Essa patologia ocorre, preferencialmente, em adultos entre a terceira e a sexta década de vida. Geralmente, são assintomáticos, de crescimento lento, mas alcançando grandes dimensões¹.

De acordo com Mendonça *et al.*² (2017), existem diferentes formas de tratamento para os cistos radiculares. Os mais conservadores adotam o tratamento endodôntico do dente afetado com ou sem apicetomia e enucleação da lesão cística. Outras condutas terapêuticas cirúrgicas como a extração da unidade dentária (seguida de curetagem periapical), marsupialização, descompressão ou ainda a enucleação cística, bem como o exame histopatológico, são indicadas para afastar outras possíveis lesões².

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo mostrar uma situação de fístula cutânea incomum associada ao abscesso fênix e as condutas terapêuticas viáveis para tratar essa alteração cutânea decorrente de um cisto periapical.

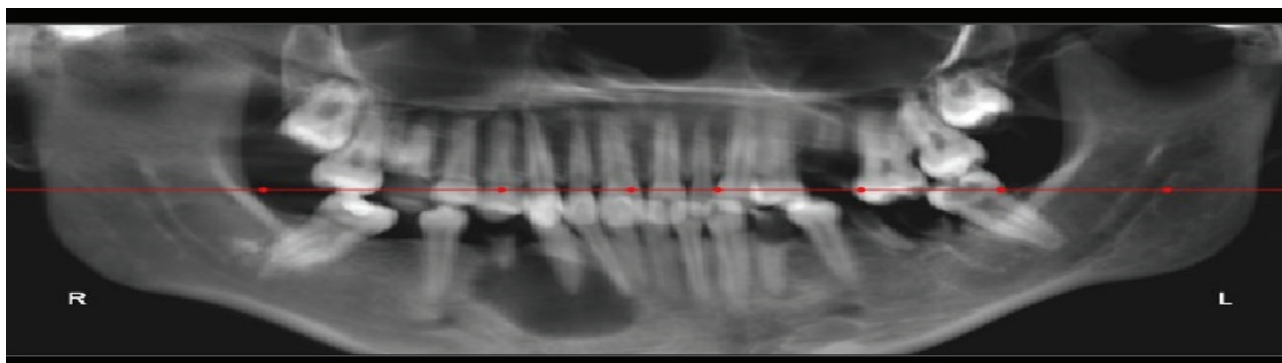
RELATO DE CASO

Paciente M.F.G, leucoderma, sexo feminino, 19 anos de idade, estudante, foi encaminhada ao Centro Universitário UNICHRISTUS, por cirurgião-dentista da unidade básica de saúde para avaliação de lesão na região anterior da mandíbula. Na história da doença, a paciente relatou que procurou o posto de saúde para descobrir uma alteração na região anterior de mento que parecia uma “espinha”, a qual supurava constantemente e que a incomodava bastante, dentro de um período de evolução de três meses. Ao avaliar a condição sistêmica durante a anamnese não foi constatada nenhuma alteração.

Durante a realização do exame intraoral, observou-se que a paciente apresentava necessidade de adequação do meio bucal e constatou-se a presença de raiz residual referente ao elemento dental 44, o qual não apresentava envolvimento com lesão granulomatosa localizada na região mentoniana (Figura 1).

Foram solicitados exames hematológicos (hemograma, TTPA, TP e TS) e de imagens, como tomografia computadorizada e radiografia panorâmica para análise minuciosa da lesão para obtenção do diagnóstico. Após o período de uma semana, foram analisados os resultados dos exames solicitados; os exames hematológicos obtiveram nada digno de nota (NDN). Entretanto na imagem radiográfica panorâmica pode-se observar o envolvimento da raiz residual do elemento dental 44 com a lesão localizada no mento (Figura 2), a qual rompeu todo o osso medular, se exteriorizando na região de maior resistência óssea, sendo uma situação clínica incomum. Além disso foi realizada uma punção aspirativa, dando positivo para líquido cístico. Portanto, foi conclusivo o diagnóstico para cisto periapical.

Figura 2: Radiografia panorâmica com uma extensa área radiolúcida relacionada à raiz residual 44.



ISSN 1983-5183

Vale ressaltar que anteriormente a paciente foi encaminhada a uma dermatologista para analisar a lesão, e esta sugeriu como hipótese diagnóstico de cisto sebáceo, sendo, assim, como um diagnóstico diferencial do caso citado. A médica prescreveu para a paciente uso de um medicamento tópico e a orientação para retornar ao cirurgião-dentista.

Ao final das avaliações, tanto clínicas como as análises dos exames, concluiu-se que a lesão localizada na região anterior do mento estava relacionada com a raiz residual do dente 44, hipótese diagnóstica em um cisto periapical com fístula cutânea incomum, associada a abscesso fênix. Foi então planejado o tratamento com a remoção da raiz residual e a enucleação da lesão cística.

Primeiramente, efetuou-se antibioticoterapia para reverter o quadro agudo da lesão, realizando a profilaxia, prescrevendo amoxicilina 500mg via oral (1 comprimido, uma hora antes do procedimento) e continuar tomando de 8/8 hs 1 comprimido durante 7 dias. Além disso, foram prescritas dexametasona e nimesulida.

No procedimento cirúrgico, iniciou-se realizando paramentação e montagem do campo cirúrgico. Efetuou-se, inicialmente, a antisepsia intra e extraoral com clorexidina a 0,12% e a 2%, respectivamente; após, realizou-se uma anestesia do tipo bloqueio regional do nervo alveolar inferior, buscando-se como referência o ponto de punção entre a rafe pterigomandibular, ramo da mandíbula e 1cm acima da oclusal dos molares e o ponto de reparo sendo o forame mandibular, usando-se a base anestésica mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000. Em seguida foi realizada a diérese incisa com o cabo e lâmina de bisturi nº 5, efetuando-se um retalho intra-sulcular na região da raiz residual, e feita uma relaxante mais para anterior entre o 41 e 42 e em seguida prosseguindo-se com um retalho de espessura total, descolando mucosa, submucosa e periósteo. Posteriormente, para expor o processo patológico, foi efetuada a ostectomia (Figura 3), procedimento que consiste na remoção de um segmento ósseo, realizado com o descolador de molt, visto que a cortical óssea se apresentava bastante friável, e removida a lesão com a técnica de enucleação, ou seja, removendo-se a lesão por completo; com auxílio do descolador de molt foi-se deslocando a lesão por distal, mesial e lingual até se conseguir a remoção da peça cirúrgica, após feita o toalhete da cavidade com lima para osso objetivando a regularização de espículas ósseas e também a curetagem no local no qual foi removida a patologia. Para finalizar a síntese efetuaram-se suturas de pontos simples para coaptar os bordos da ferida e favorecer um bom processo de cicatrização com primeira intensão. A patologia foi encaminhada para análise histopatológica, na qual foi observado um intenso infiltrado inflamatório que estava destruindo o epitélio (Figura 4).

ISSN 1983-5183

Figura 3: Transcirúrgico com exposição do processo patológico.

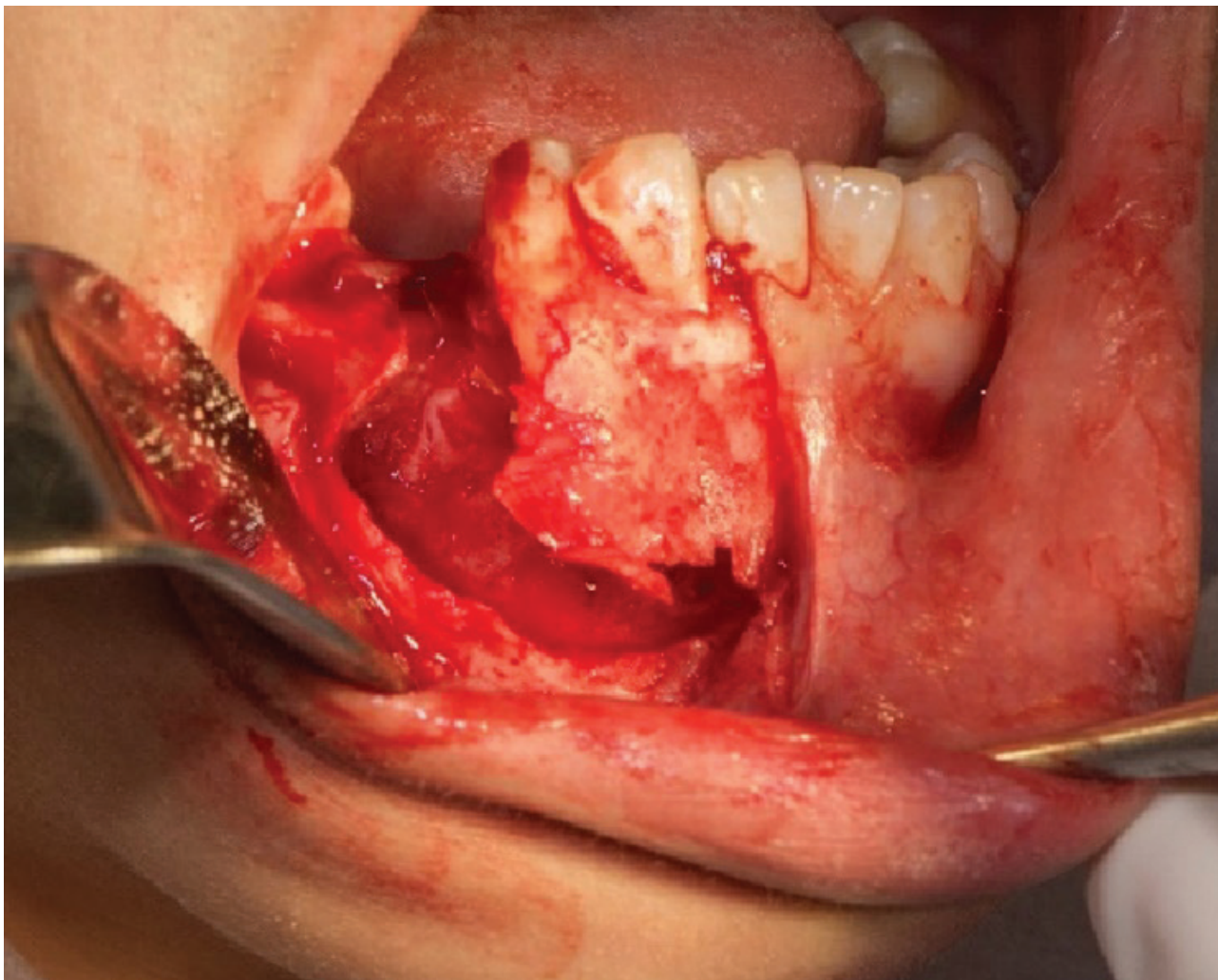
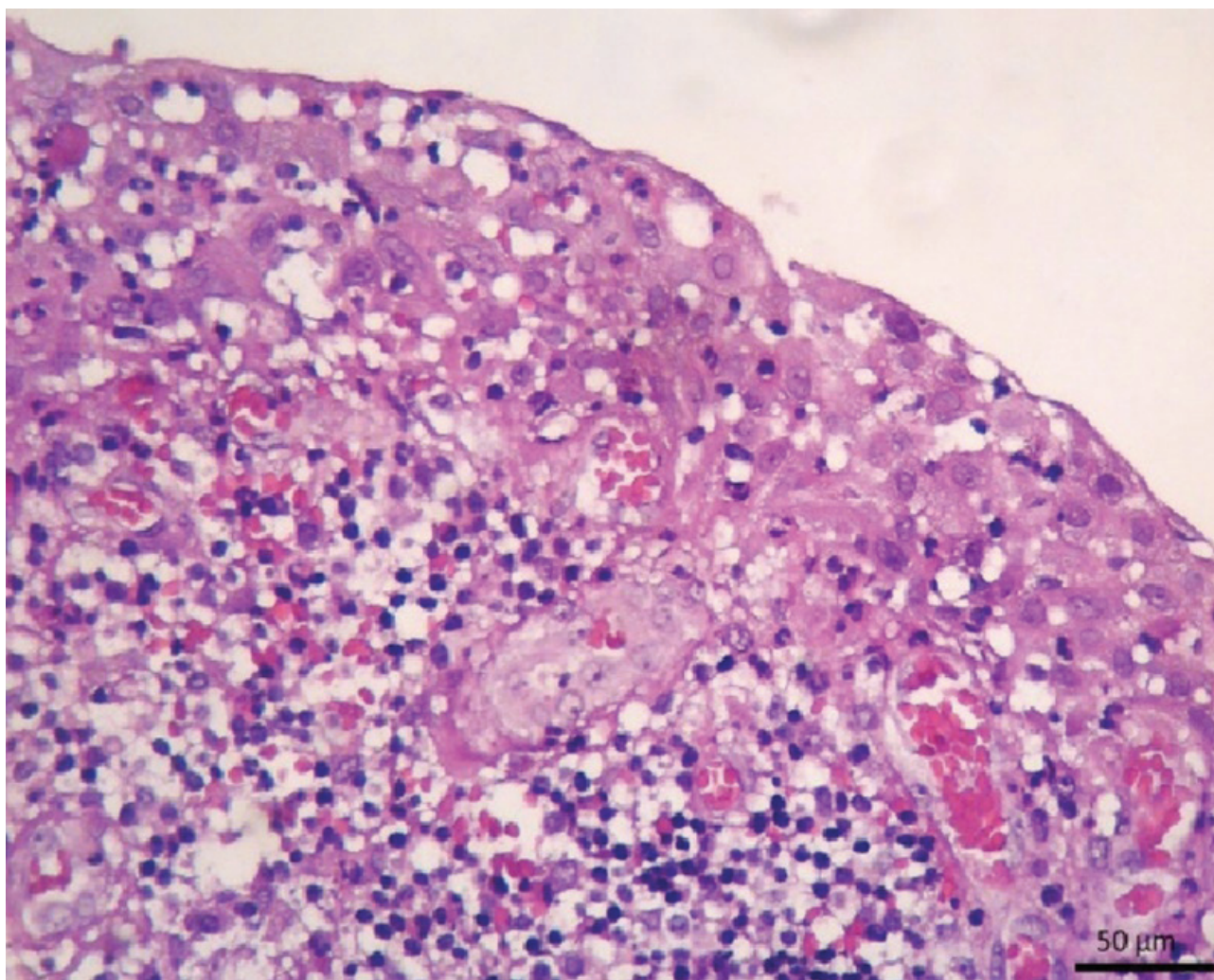


Figura 4: Cisto revestido por epitélio escamoso estratificado, o qual contém um infiltrado inflamatório crônico.



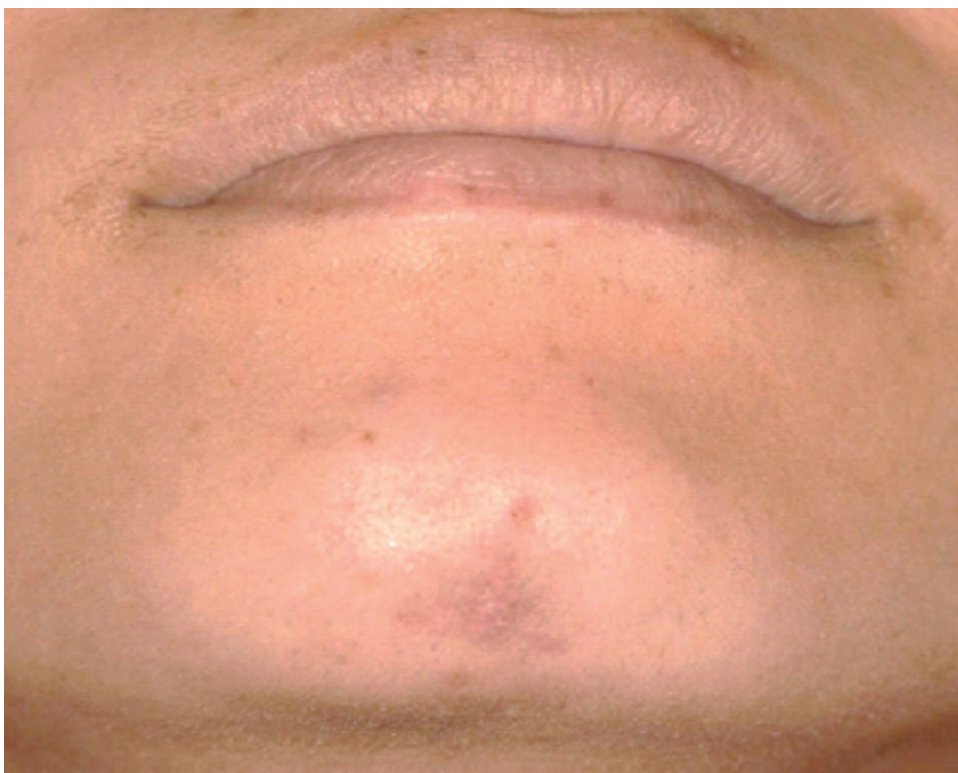
Após duas semanas do procedimento cirúrgico que removeu a lesão e o fator causal, a fístula na região mentoniana teve uma boa regressão e foi remarcado o retorno da paciente para realizar a plastia da fístula. Vale ressaltar que o dente 43 (canino) próximo à lesão manteve-se vital, fato clínico relevante por sua proximidade da patologia e a mesma ter causado um deslocamento do elemento dental. Esse procedimento cirúrgico foi realizado com uma técnica de anestesia terminal infiltrativa extraoral ao redor da lesão e intraoral em fundo de sulco vestibular, em seguida realizou-se uma incisão ao redor da lesão removendo-a (Figura 5), e acondicionamento da lesão para biópsia, finalizando uma sutura intradérmica, que é feita por planos, aproximando os bordos da lesão, obtendo um bom resultado estético à paciente (Figura 6).

ISSN 1983-5183

Figura 5: Plastia da fístula. Momento após a exérese da lesão.



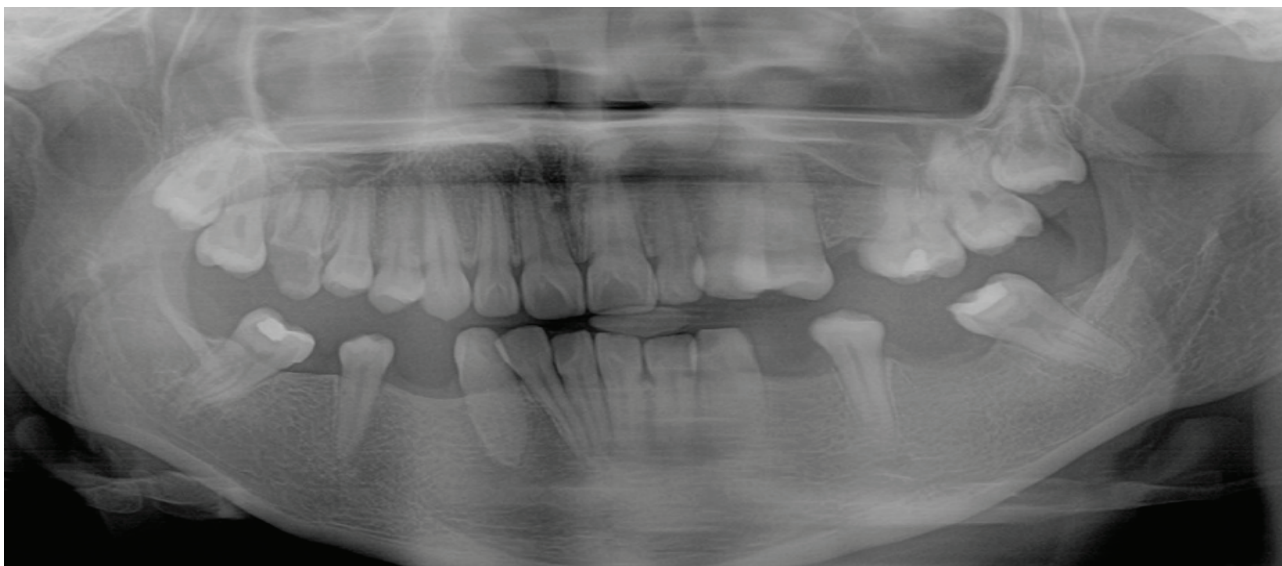
Figura 6: Pós-operatório de 30 dias da plastia da fístula.



ISSN 1983-5183

A paciente foi encaminhada para clínica de graduação do próprio Centro Universitário Christus, para que, após controle da infecção que gerou a patologia já citada, tivesse o seu processo de adequação do meio bucal concluído, resultando, assim, uma regressão da carga microbiana no meio intraoral restabelecendo a saúde bucal da paciente, bem como favorecendo uma estética satisfatória. Para controles clínicos houve retornos de três, seis meses e um ano. A paciente ausentou-se de alguns retornos. Ao se refazer a tomada radiográfica, panorâmica observou-se uma excelente neoformação óssea na região acometida pela patologia (Figura 7). Além disso, a paciente não apresentava queixas clínicas.

Figura 7: Tomada radiográfica panorâmica de acompanhamento após um ano e meio da cirurgia. Observa-se uma excelente neoformação óssea na área do leito cirúrgico acometido pela patologia.



DISCUSSÃO

O conhecimento da relação existente entre os dentes da arcada superior e inferior com os processos alveolares e regiões ósseas vizinhas é de grande relevância. A mandíbula possui uma anatomia diferenciada da região do osso maxilar, pois além de ser uma estrutura óssea mais compacta, as regiões de cada grupo de dente se comportam de modo diferente.

Os incisivos e caninos inferiores são vestibularizados, pré-molares são verticalizados, ou seja, há um equilíbrio do osso tanto para vestibular quanto para lingual. Entretanto, na face lingual existe um acidente anatômico chamado de linha milo-hióidea, que oferece uma maior resistência nesse local e, dessa forma, as infecções nesse grupo de dentes tendem a drenar para a face vestibular. Já os molares são lingualizados e se localizam acima do músculo milo-hióideo, na maioria dos casos as infecções drenam para o espaço submandibular, região entre a fossa submandibular da mandibular e a glândula submandibular.

No caso relatado, a drenagem do pré-molar ocorreu em um local anatômico incomum a esse grupo de dentes, a região anterior do mento, zona de maior resistência óssea, ou seja, local com menor possibilidade de drenagem devido às condições anatômicas da região.

A descompressão é uma modalidade de tratamento que, nos últimos anos, recuperou a atenção dos cirurgiões e dos patologistas orais e maxilofaciais devido à sua relativa simplicidade e eficácia em comparação

ISSN 1983-5183

com outras opções conservadoras^{3,4}, no caso exposto não foi necessário o uso dessa técnica, visto que não haveria o risco de comprometimento com estruturas nobres, fato este comprovado com a preservação da vitalidade do dente 43 (canino inferior) que estava em íntimo contato com a lesão, confirmando que nossa conduta cirúrgica foi satisfatória.

As modalidades de tratamento disponíveis para o cisto radicular são os tratamentos cirúrgicos como a extração do dente afetado com enucleação total de patologia e marsupialização. Em caso de cistos grandes, pode-se optar por uma técnica descompressiva seguida das técnicas enunciadas com anterioridade^{5,6}. De acordo com as modalidades citadas para tratamento de cistos radiculares, confirma-se que a escolha da técnica cirúrgica realizada no presente caso clínico, de remoção da raiz residual (fator causal) e enucleação da lesão, é uma conduta favorável. Entretanto por ser um cisto de grandes proporções se poderia lançar mão de outra técnica em conjunto, a marsupialização, buscando prevenir danos a estruturas como inervações, sendo, assim, mas uma conduta terapêutica a se utilizar em situações semelhantes, mas que apenas a enucleação, técnica realizada nessa paciente, trouxe um resultado satisfatório e um excelente prognóstico.

As opções das abordagens de tratamentos terapêuticos para as lesões císticas periapicais variam desde o tratamento não cirúrgico, correspondendo ao tratamento endodôntico convencional ou retratamento do sistema de canais radiculares, sendo estes mais conservadores ao tratamento cirúrgico, através de cirurgia parendodôntica, podendo-se nos dois casos associar-se a manobra de descompressão⁷. Por se tratar de uma raiz residual e não possuir características clínicas e radiográficas favoráveis para a reabilitação, essas terapêuticas citadas não são válidas para ser utilizadas no presente caso.

O tratamento do cisto periapical pode ser realizado através da remoção do fator causal, além de procedimentos de tratamento endodôntico convencional. A cirurgia periapical é indicada para lesões que excedem 2,0cm; isso para casos em que o tratamento endodôntico não seja viável^{8,9}.

Dhote et al.¹⁰ (2017) publicaram um caso clínico raro de cisto radicular do dente 75 em paciente de 10 anos de idade. Como tratamento de escolha foi efetuada a enucleação da lesão e seguida colocação de PRF (plasma rico em fibrina), sendo este último coadjuvante. No caso clínico exposto usamos a enucleação, entretanto não se fez uso do PRF. Porém, o processo de cicatrização óssea foi de grande valia.

Quintana-Sancho¹¹ A mostra um caso de um homem de 46 anos de idade, que veio com queixa clínica de uma lesão em pele na região submandibular direita de 3 meses de evolução, com supuração intermitente. No caso realizaram como forma de tratamento a remoção do foco da infecção e fistulectomia, sendo que a proposta terapêutica, embora seja diferente quanto à plastia da fístula, não feita nesse caso obteve um resultado positivo, sendo outra possibilidade de conduta clínica¹¹. O sítio de drenagem extrabucal depende do dente afetado, bem como de fatores específicos, tais como a virulência do microrganismo, resistência do corpo do paciente e da relação entre anatomia e anexos musculares faciais. A extração cirúrgica é um dos tratamentos de escolha, desde que o dente afetado não tenha possibilidade de receber o tratamento endodôntico. Estudos apontam que, após a eliminação da fonte de infecção, seja com o tratamento do canal radicular ou por extração, o tempo de fechamento espontâneo da fístula deve ser de 7 a 14 dias. Alguns estudos relatam a formação da cicatriz depois da cura e, ainda, apontam a necessidade de realização do tratamento cosmético da pele, por razões estéticas, especialmente quando a área de cura da fístula resultar em retração cutânea ou em ondulações¹².

O diagnóstico diferencial do caso apresentado foi o cisto sebáceo, também denominado cisto

ISSN 1983-5183

epidérmico. No entanto, se tratava de uma fístula extrabucal de origem dentária, que pode ser confundida com uma grande variedade de doenças, como infecções locais da pele, infecções fúngicas e bacterianas, pelos encravados, ducto da glândula sudorípara ocluído, traumatismos, osteomielite, neoplasias, carcinoma, tuberculose, actinomicose, sífilis terciária, cisto infectado, presença de corpos estranhos e granuloma piogênico¹².

As glândulas sebáceas são estruturas cutâneas produtoras e secretoras de sebo. A maior parte encontra-se conectada aos folículos pilosos e distribuída pela face, couro cabeludo, região dorsal e períneo. Os tumores sebáceos constituem um grupo pouco comum de neoplasias cutâneas. A sua classificação engloba vários tipos de lesões cujo espectro varia entre hamartomas sebáceos (nevo organoide ou sebáceo), tumores sebáceos benignos (adenoma sebáceo, sebaceoma) e malignos (carcinoma sebáceo) e outras neoplasias com diferenciação sebácea (basalioma e tricoblastoma com diferenciação sebácea)¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentamos o caso de uma paciente em que ocorreu uma situação clínica atípica, pois um processo fistuloso relacionado a um pré-molar rompeu todo o osso medular se exteriorizando em uma zona anatômica de maior resistência óssea, no caso a região anterior do mento, mas o comum de ocorrer seria romper a cortical óssea vestibular, local de menor resistência. O tratamento eleito foi a remoção do fator causal e a enucleação da lesão. De acordo com a literatura e o resultado relatado no caso, a terapêutica utilizada se mostrou bastante eficaz e viável. Portanto, é fundamental que o Cirurgião-Dentista conheça a etiopatogenia das lesões odontogênicas para o correto diagnóstico e tratamento em casos atípicos como o relatado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PEREIRA JS, Milagres RM, Andrade BAB, Messoria MR, Kawata LT. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 2012 abr./jun.;12(2):37-42.
2. MENDONÇA DWR, Conceicao HC, Martins VB, Lima KA. Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. *Arch Health Invest* 2017 6(8):363-70.
3. CASTRO-NUNEZ J. An innovative decompression device to treat odontogenic cysts. *The Journal of craniofacial surgery* 2016 Jul;27(5):1316.
4. CASTRO-NUNEZ J. Decompression of odontogenic cystic lesions: past, present, and future. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 2016 Jan;74(1):104.e1-9.
5. MOSCA CO, Rey E. Tratamiento de marsupialización de un quiste odontogénico inflamatorio en un niño de 5 años con preservación de los gérmenes dentarios permanentes. *Rev Fundac Juan Jose Carraro* 2016 21(41):4-13.
6. ALVES PCS, Picosse LR, Deco CP, Fróis ÍM, Nicolau RA. Abordagem endocirúrgica de cisto periapical: caso clínico. *J Braz Coll Oral Maxillofac Surg* 2017 set-dez;3(3):61-6.
7. VASCONCELOS RG, Queiroz LMG, Alves Júnior LC, Germano AR, Vasconcelos MG. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções - relato de caso. *Rev bras ciênc saúde* 2012 16(3):out.
8. ISHIDA AL, Endo MS, Queiroz AF, Jacomacci WP, Ferreira GZ, Bisol FCT, *et al.* Treatment of extensive cystic lesion in the maxilla associated with dens in dente. *Braz Dent Sci* 2016 19(3):Jul.-Sep.
9. VERBEL Bohórquez J, Ramos Manotas J, Díaz Caballero A. Radiografía periapical como herramienta en el diagnóstico y tratamiento de quiste periapical. *Av Odontoestomatol* 2015 31(1):25-9.
10. DHOTE VS, Thosar NR, Baliga SM, Dharnadhikari P, Bhatiya P, Fulzele P. Surgical management of large radicular cyst associated with mandibular deciduous molar using platelet-rich fibrin augmentation: a rare case report. *Contemporary clinical dentistry* 2017 Oct-Dec;8(4):647-9.
11. DE Quintana-Sancho A, Piris-Garcia X, Jauregui-Zabaleta M. [Odontogenic cutaneous fistula: a diagnostic challenge]. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2017 Dec 29;40(3):471-4.
12. ANDRADE Junior C, Souza KH, Gomes AC, Silva E. Odontogenic cutaneous sinus tract: case report. *Dental Press Endodontics* 2013 May.-Aug.;3(2):70-4.
13. TAVARES E, Alves R, Viana I, Vale E. Tumores sebáceos - revisão anátomo-clínica de três tipos histológicos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012 40(3):76-85.

RECEBIDO EM 16/08/2018

ACEITO EM 21/01/2019