



Cirurgia de remoção de lesão quística radicular associada ao dente 14 - Caso Clínico

Silva, Ana Luísa (1); Grilo, Gonçalo (1); Remísio, Maria João (1); Marques, Tiago (2); Couto, Patrícia(2)

1- Aluno(a) do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária - Universidade Católica de Viseu

2- Professor(a) Assistente Convidado do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária - Universidade Católica de Viseu

INTRODUÇÃO

O quisto periapical (ou quisto radicular) é o tipo de quisto mais comum de origem inflamatória, que se desenvolve associado a um dente não vital. Quando há necrose pulpar proveniente de cárie ou de trauma, é gerada uma resposta do tecido de granulação que pode originar um granuloma periapical em torno do ápex. Se a inflamação persistir, pode estimular a proliferação do epitélio que envolve a raiz e por sua vez formar um quisto. (1-2)

Os sintomas clínicos podem incluir sensibilidade, dor, edema e supuração. Contudo, muitos quistos periapicais são assintomáticos e descobertos acidentalmente durante o exame radiográfico de rotina. (1-3)

A maioria dos quistos periapicais têm até 2 cm de diâmetro máximo, embora algumas lesões possam demonstrar uma evolução dramática com destruição de uma parte significativa da mandíbula/maxila.

Neste caso clínico que se descreve, a radiografia demonstra uma radiolúcia no ápex com perda da lâmina dura. Observa-se uma lesão circunscrita, bem definida, com reabsorção da raiz associada.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do género masculino, 32 anos, fumador; Diagnosticado como lesão radiolúcida, associada ao resto radicular do dente 14, compatível com quisto de origem inflamatória, com cerca de 1 cm.

O tratamento de quistos periapicais geralmente envolve ou tratamento endodóntico ou extração do dente associado. Se o tratamento for a extração, como é o caso, deve-se proceder à enucleação do quisto e à sua respetiva submissão a exame histopatológico para confirmação de diagnóstico. (1-2)

Neste caso, foi realizada a incisão com descarga distal expondo a zona dos pré-molares superiores do 1º quadrante, osteotomia para remoção da cortical vestibular externa com objetivo de alcançar a lesão com visibilidade adequada. De seguida, efetuou-se a extração do dente 14 associado à lesão e a exérese da lesão apical. Curetagem e por fim, sutura para reposicionamento dos tecidos.



Fig.1- Raio-x inicial da lesão



Fig.2- Fotografia inicial

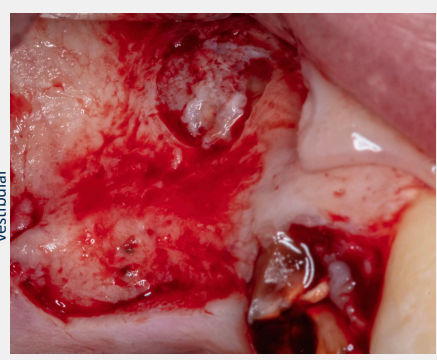


Fig.3- Osteotomia remoção cortical vestibular



Fig.4- Extração do dente 14/ Alvéolo pós-extração

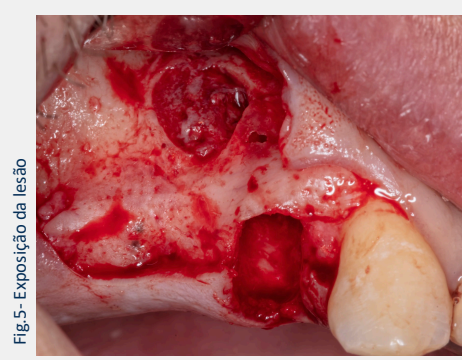


Fig.5- Exposição da lesão

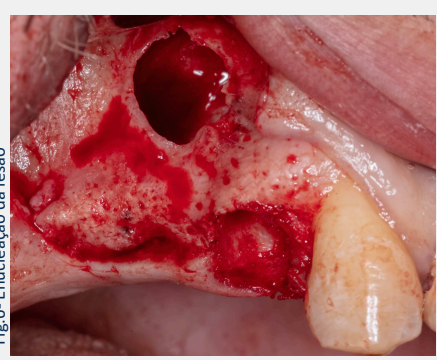


Fig.6- Enucleação da lesão

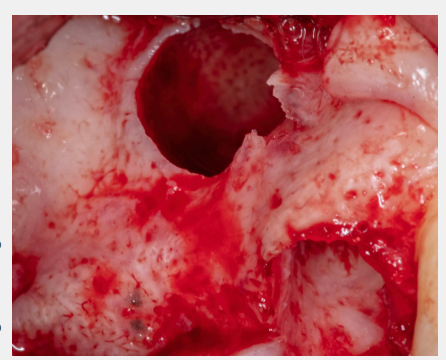


Fig.7- Curetagem

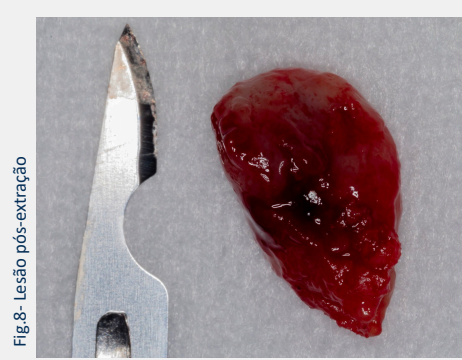


Fig.8- Lesão pós-extração

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em conclusão, a análise do exame histopatológico da peça operatória confirmou o diagnóstico prévio: lesão quística radicular proveniente de intenso processo inflamatório, incluindo reação granulomatosa de corpo estranho, sendo que não existe evidência de displasia. Este exame é essencial nestes casos não só para confirmar o diagnóstico prévio como também para a previsão do prognóstico do tratamento.

É fundamental que se efetue o exame clínico completo, aliado a exames complementares de diagnóstico, para a deteção precoce deste tipo de lesões como forma de prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Chi AC, Neville BW, Dammm DD, Allen CM. Oral and Maxillofacial Pathology. 4th ed. Saunders; 2017. p. 842-4
 (2) Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Bouquot, J. E. (2009). Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, cap. 8, 301-305
 (3) Bilodeau, E. A., & Collins, B. M. (2017). Odontogenic cysts and neoplasms. *Surgical pathology clinics*, 10(1), 177-222.