

MÚLTIPLOS CISTOS DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR: REVISTA DE LITERATURA E RELATO DE UM CASO NÃO-SINDRÔMICO

MANY CYSTS OF THE MAXILLOMANDIBULAR COMPLEX: A REVIEW OF THE LITERATURE AND A RELATE OF A NON SINDROMIC CASE

Farias, Jener Gonçalves de*
Barreto, Maria Palma**
Azoubel, Eduardo***
Cancio, Antonio Varela****

RESUMO

A ocorrência de múltiplos cistos odontogênicos em um mesmo paciente não é comum, e quando presente, está geralmente associada a síndromes como a de Gorlin-Goltz. Por isso, outras possíveis manifestações devem ser investigadas para excluir tal possibilidade. O presente caso clínico refere-se a um paciente não síndrômico apresentando três lesões císticas extensas no complexo maxilo-mandibular, tratado através de marsupialização seguida de enucleação.

UNITERMOS: múltiplos cistos; síndrome Gorlin-Goltz.

SUMMARY

The occurrence of multiple odontogenic cysts in a same patient is not common, and when present, generally, it is associated to syndromes as the one of Gorlin-Goltz. Multiple cystic lesions of the maxillaries are a common discovery in syndromic patient and, that, other possible manifestations should be investigated to exclude such possibility. The present clinical case refers to a non syndromic patient presenting three extensive cystic lesions in the maxillary complex, agreement through decompression and posterior enucleation of the lesions.

UNITERMS: multiple cysts; Gorlin-Goltz's syndrome.

INTRODUÇÃO

Um cisto pode ser definido como uma cavidade patológica limitada por um epitélio, geralmente preenchida por material fluido, semifluido ou pastoso. De acordo com a origem, são classificados em odontogênicos que são derivados do epitélio associado ao desenvolvimento do órgão do esmalte, e em não-odontogênicos originários do epitélio

retido ao longo das linhas de fusão durante a embriogênese (Neville et al.⁽⁸⁾, 1998).

Radiograficamente apresentam-se como uma radiotransparência homogênea isenta de trabeculações internas com limites radiolúcidos nítidos (Zegarelli et al.⁽¹⁵⁾, 1981; Tommasi⁽¹⁴⁾, 1989).

A biópsia por punção oferece informações importantes sobre a natureza das lesões radiolúcidas intra-ósseas e, também, para uma hipótese

* Professor Assistente da disciplina Clínica Odontológica V (Cirurgia Buco-Maxilo-Facial) da UEFS. Mestre em CTBMF pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco-UPE. Doutorando em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba.

** Professora Assistente da disciplina Clínica Odontológica V (Cirurgia Buco-Maxilo-Facial) e Coordenadora da disciplina Diagnóstico Oral II da UEFS. Mestre em CTBMF pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, UPE.

*** Professor da UEFS e FDC. Mestre em CTBMF pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

**** Cirurgião Dentista graduado no curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

diagnóstica (Peterson et al.⁽¹⁰⁾, 2000). Em lesões vasculares após a punção há a aspiração de sangue e nas lesões císticas observamos a presença de líquido claro, amarelado, rico em cristais de colesterol (Colombini⁽¹⁾, 1991).

O tratamento dos cistos é sempre cirúrgico e visa a remoção completa da membrana cística (Peterson et al.⁽¹⁰⁾, 2000). A literatura indica algumas alternativas terapêuticas que podem implicar num tratamento bem sucedido como a enucleação, marsupialização e a descompressão, a depender do tamanho da lesão cística e áreas anatômicas envolvidas (Graziani⁽³⁾, 1995; Regesi et al.⁽¹¹⁾, 2000).

Normalmente, as lesões císticas são únicas e a ocorrência de múltiplos cistos odontogênicos em um mesmo paciente não é comum (Pereira et al.⁽⁹⁾, 1987).

Algumas patologias sindrômicas apresentam dentro de suas características a presença de múltiplos cistos. A estas estão associadas anomalias mentais e físicas como crânio largo e aspecto facial grosseiro, macroglossia e maloclusão observados na síndrome de Simpson-Golabi-Behmel (Krimmel et al.⁽⁵⁾, 2000), lesão cardíaca congênita, anormalidades renais, problemas auditivos e úvula bífida como na síndrome de Noonan (Connor et al.⁽²⁾, 1982) e múltiplos carcinomas basocelulares, costelas bífidas, calcificações intracranianas na síndrome de Gorlin-Goltz (Mody et al.⁽⁷⁾, 1995). Normalmente, múltiplos cistos dos maxilares são as manifestações mais constantes destas síndromes e, freqüentemente, seu primeiro sinal (Yeo et al.⁽¹⁶⁾, 1989).

Sendo assim outras manifestações devem ser investigadas para que seja descartada ou confirmada a presença de alguma síndrome e assim ser instituída uma terapêutica apropriada.

RELATO DE CASO

Paciente J.S.G., 22 anos, natural de Serrinha-BA, compareceu ao ambulatório de cirurgia da Universidade Estadual de Feira de Santana com a seguinte queixa: "*Estou com mau hálito e sai uma secreção da minha gengiva*".

Na anamnese não foi notada qualquer alteração significativa em relação à história médica progressiva. Ao exame físico intra e extrabucal pode-se observar que o mesmo não possuía tumefação, abaulamento ou crepitação óssea. Com base na queixa principal foi realizada uma radiografia periapical da unidade 12 na qual foi observada

área radiolúcida na região periapical, todavia sem delimitação total da lesão.

Solicitou-se, então, do paciente uma radiografia panorâmica na qual se observaram três lesões radiolúcidas uniloculares. A primeira envolvendo os ápices das unidades 13, 12, 11. A segunda relacionada aos dentes 21 e 23 e a terceira na região de sínfise da mandíbula (Fig. 1), todos os quais responderam negativamente aos testes de vitalidade pulpar a que foram submetidos.

Constatadas as lesões, foram solicitados exames pré-operatórios (coagulograma completo, hemograma completo e glicemia) e numa tentativa de se avaliar melhor o caso, foi solicitada uma radiografia PA de tórax a fim de se descartar a possibilidade de um caso sindrômico (Gorlin, Noonan e outras).

O passo seguinte, então, foi a realização de punção nas três lesões, onde se obteve de todas a aspiração de líquido citrino, amarelado, sugerindo se tratem de cistos. Foi indicada a endodontia de todos os dentes envolvidos na área que não respondiam a vitalidade pulpar e pelo diagnóstico presuntivo de lesões císticas extensas fez-se opção pela terapia de descompressão (Fig. 2), utilizando drenos de borracha previamente autoclavados por um período de 5 meses e os fragmentos removidos foram encaminhados para biópsia, confirmando o diagnóstico presuntivo de cisto periapical.

Na preservação da descompressão (após 6 meses) observou-se a regressão das lesões, acarretando a perda do íntimo contato das mesmas com estruturas anatômicas nobres e início de paralelismo entre as raízes dentárias envolvidas (Fig. 3), sendo realizada a remoção dos drenos e o planejamento cirúrgico para enucleação das lesões que foram removidas em três momentos distintos: cisto da sínfise mandibular, cisto da maxila lado direito e cisto da maxila lado esquerdo (Fig. 4, 5 e 6).

Atualmente, o paciente se encontra em preservação de 2 anos, fazendo tomadas panorâmicas periódicas nas quais podemos observar a neoformação óssea das áreas operadas (Fig. 7).

Pode-se observar também nas radiografias a perda de divergência das raízes, descritas anteriormente, acarretando novamente a união das coroas. Os laudos histopatológicos foram confirmados após a enucleação como cistos radiculares o que descarta mais uma vez a possibilidade do paciente ser sindrômico.

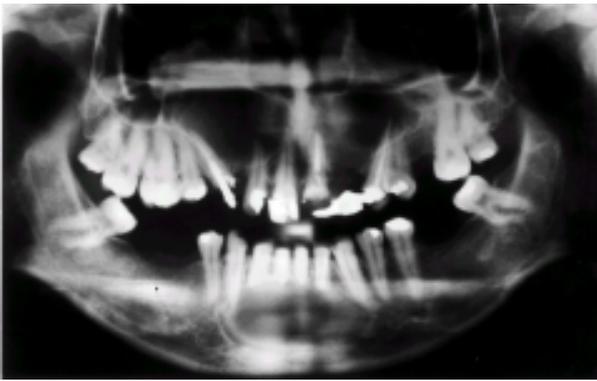


Figura 1 – Radiografia panorâmica dos maxilares



Figura 2 – Aspecto clínico da técnica de decompressão



Figura 3 – Acompanhamento radiográfico da decompressão cística após 6 (seis) meses do início, mostrando também o tratamento endodôntico dos dentes

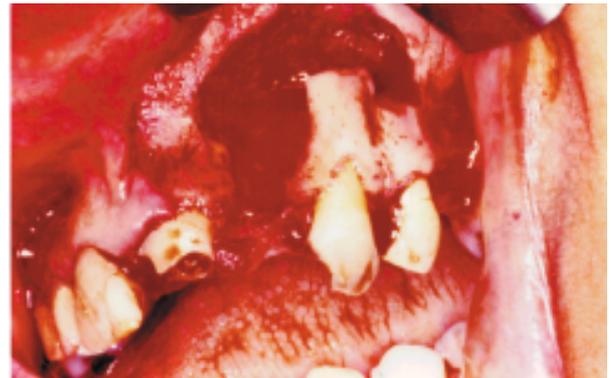


Figura 4 – Trans-operatório da área onde se realizou a enucleação cística superior esquerda e apicectomias dos dentes



Figura 5 – Trans-operatório mostrando cavidade cirúrgica e abertura da parede anterior do seio maxilar



Figura 6 – Sutura final



Figura 7 – Radiografia panorâmica de preservação de 1 ano e 3 meses

DISCUSSÃO

Colombini⁽¹⁾ (1991), Kuc et al.⁽⁶⁾ (2000) e Zegarelli et al.⁽¹⁵⁾ (1981) enfatizaram que um cisto radicular pode ser confundido com um granuloma periapical e, embora atinjam tamanhos maiores que estes, os critérios de diagnóstico não deverão se resumir nem ao tamanho, nem a forma da lesão. Regesi et al.⁽¹¹⁾ (2000) e Saap et al.⁽¹²⁾ (1998) citaram outras lesões que podem ser confundidas com cisto radicular como abscesso dento alveolar, granuloma periapical, mixoma odontogênico, ameloblastoma unicístico, ceratocisto odontogênico, cisto paradentário, hemangioma intra-ósseo, cisto ósseo aneurismático e cisto ósseo traumático.

Os testes de vitalidade pulpar devem ser realizados, colaborando juntamente com os achados clínicos e radiográficos do paciente com a elaboração de uma hipótese diagnóstica (Zegarelli et al.⁽¹⁵⁾, 1981 e Shafer et al.⁽¹³⁾, 1987). Colombini⁽¹⁾ (1991) e Peterson et al.⁽¹⁰⁾ (2000) defenderam a realização de punção aspiratória em radiolucências periapicais, pois a depender do fluido punccionado pode-se evitar uma exploração cirúrgica inadvertida em lesões vasculares. Kuc et al.⁽⁶⁾ (2000) e Kreidler et al.⁽⁴⁾ (1993) concordaram que o exame histopatológico é necessário em tais lesões, pois somente através deste ter-se-á um diagnóstico definitivo. No caso relatado houve aspiração de líquido desta mesma tonalidade nas três lesões o que conduziu a uma forte suspeita de se tratarem de cistos, todavia, esta suspeita só foi confirmada com a biópsia que revelou que se tratavam de cistos radiculares.

Colombini⁽¹⁾ (1991) e Peterson et al.⁽¹⁰⁾ (2000) defenderam que em casos de lesões císticas extensas, a descompressão ou a marsupialização são indicadas, pois permitem redução da cavidade cística e seu distanciamento de áreas anatômicas nobres. Regesi et al.⁽¹¹⁾ (2000) abordaram a endodontia conservadora seguida de descompressão, apicectomia e posterior enucleação da lesão, protocolo este seguido parcialmente para o tratamento do caso clínico relatado.

Mody et al.⁽⁷⁾ (1995) e Yeo et al.⁽¹⁶⁾ (1989) afirmaram que múltiplos cistos quando independentes de síndromes são uma condição relativamente rara. Em casos síndrômicos os ceratocistos odontogênicos são as entidades mais encontradas (Yeo et al.⁽¹⁶⁾, 1989). O envolvimento sistêmico é outra característica das síndromes e, portanto, associados aos múltiplos cistos, encontram-se anomalias físicas e mentais (Krimmel et al.⁽⁵⁾,

2000). Assim, diante desta condição, uma minuciosa investigação de outras manifestações deve ser conduzida a fim de se afastar a possibilidade de síndromes. Frente às lesões císticas múltiplas detectadas no paciente em questão, foi investigada a presença de síndrome através de tomadas radiográficas e inquirido numa anamnese detalhada sobre antecedentes familiares, pois esta condição pode ser uma expressão parcial destas patologias.

CONCLUSÃO

Dentro do que foi relatado e pesquisado na literatura especializada, podemos concluir que os exames radiográficos, em especial o exame ortopantomográfico, são de grande importância quando se suspeita de patologias ósseas. Através de anamnese e exame físico, complementado por tomadas radiográficas, além de dados oferecidos pela punção aspiratória pode-se estabelecer uma suspeita diagnóstica adequada.

Freqüentemente, os cistos são detectados através de exames radiográficos e se apresentam como lesões únicas. A presença de múltiplos cistos no complexo maxilo-mandibular é uma condição incomum. Quando presentes, deve ser investigada a possibilidade de ser uma expressão parcial de alguma patologia síndrômica como as síndromes de Gorlin-Goltz ou do carcinoma nevoide basocelular e de Noonan. Como o diagnóstico definitivo de cistos radiculares só foi possível após exame anátomo-patológico, durante o tratamento do paciente houve a preocupação de ser investigada a possibilidade de uma manifestação síndrômica. Esta possibilidade foi afastada através do exame clínico e exames radiográficos como P.A. de crânio e radiografia de tórax e a preservação do caso mostra que foi instituída uma terapêutica adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombini NEP. Cirurgia maxilofacial: cirurgia do terço inferior da face. São Paulo: Pancast Editorial; 1991. 803p.
2. Connor JM, Evans DAP, Goose JM. Multiple odontogenic keratocysts in a case of the Noonan syndrome. Br J Oral Surg (Londres). 1982;(20): 213-6.
3. Graziani M. Cirurgia bucomaxilofacial. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 618p.
4. Kreidler JF, Raubenheimer E, Van Heerden WFP. A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw – the ulm experience. J Cranio-Maxillo-Facial Surg. 1993; (21):339-41.

5. Krimmel M, Reinert S. Multiple odontogenic keratocysts in mental retardation-overgrowth (Simpson-Golabi-Behmel) syndrome. *Br J Oral & Maxillofac Surg*. 2000;(38):221-3.
6. Kuc I, Peters E, Pan J. Comparison of clinical and histologic diagnoses in periapical lesions. *Oral Surg, Oral Med, Oral Path, Oral Radiol Endod*. 2000;89(3):333-7.
7. Mody RN, Bhoosreddy AR. Multiple odontogenic keratocysts: a case report. *Ann Dent*. 1995;(54):41-3.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 705p.
9. Pereira LCC, Pereira LHMC. Lesões císticas múltiplas do complexo maxilo-mandibular: relato de um caso. *Rev. da APCD*. 1987;41(4):211-4.
10. Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 772p.
11. Regesi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 475p.
12. Saap JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Madri: Harcourt Brace; 1998. 433p.
13. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. 837p.
14. Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal*. 2ª ed. Curitiba: Pancast Editorial; 1989. 664p.
15. Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA. *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981. 587p.
16. Yeo JF, Loh FC. Multiple odontogenic keratocysts of the jaws. *Australian Dent J*. 1989;34(6):503-6, 1989.

Recebido para publicação em: 06/12/2004; aceito em: 14/04/2005.

Endereço para correspondência:

EDUARDO AZOUBEL
Av. ACM, 771, sala 501, Ed. Torre do Parque - Itaigara
CEP 41830-500, Salvador, BA, Brasil