

Cabeça-Santos, Pedro<sup>1</sup>; Ramos, Carina Nogueira<sup>1</sup>; Alves, Joana<sup>2</sup>; Freitas, J. Serafim<sup>3</sup>; Fonseca, Tiago<sup>2</sup>; Correia-Pinto, João<sup>4</sup>

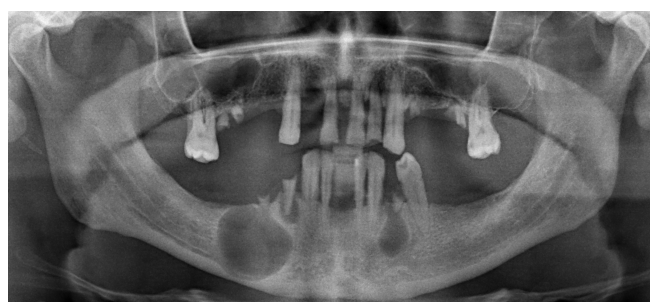
<sup>1</sup>Interno de Formação Específica de Estomatologia | <sup>2</sup>Assistente Hospitalar de Estomatologia | <sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduado de Estomatologia | <sup>4</sup>Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Estomatologia e Diretor de Serviço - Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar de São João  
@: pedromalcsantos@gmail.com

## INTRODUÇÃO:

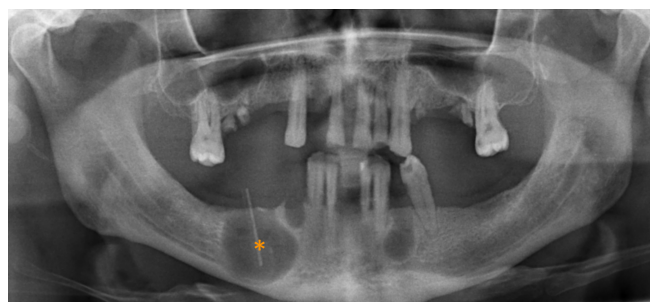
- Os quistos periapicais representam mais de 50% dos quistos odontogénicos.
- Têm origem na proliferação dos restos epiteliais de Malassez, devido a um processo inflamatório crónico, como acontece na periodontite apical crónica.
- Tipicamente, os doentes não apresentam sintomas até ocorrer uma exacerbação inflamatória aguda.
- O dente associado à lesão geralmente não apresenta resposta aos testes de sensibilidade pulpar.
- Radiograficamente, traduzem-se como uma imagem radiolúcida periapical, por norma bem circunscrita, estando muitas vezes presente algum grau de reabsorção radicular.

## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO:

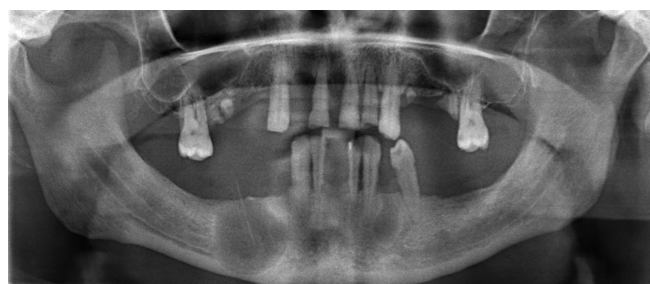
- ♂, 43 A.
- AP: Fumador (20 UMA). Cáries múltiplas; abscessos odontogénicos recorrentes. Sem outros AP de relevo.
- Identificação de lesões mandibulares periapicais em TC maxilar requisitada para estudo de reabilitação oral:
  - 11x6mm (em relação com raiz de 3.4)
  - 23x11mm (em contacto com raiz de 4.5 e em íntima relação com o nervo alveolar inferior)
- Exodontia de raízes de 3.4, 4.4 e 4.5, biópsia de lesões quísticas associadas e colocação de dreno em tubo para decompressão do quisto na dependência de 4.5.
- Confirmação anatomopatológica de quistos odontogénicos.
- Exérese da lesão quística (4<sup>o</sup>Q) seis meses após a 1<sup>a</sup> intervenção, com confirmação intra-operatória da redução nas dimensões da lesão.
- Avaliação aos 15 dias, 1 e 3 meses pós-operatórios, sem sintomatologia, como alterações da sensibilidade no território do NAI direito, e com boa evolução cicatricial.



OPG (1ª consulta): lesões radiolúcidas em relação com 3.4R, 4.4R e 4.5R



OPG (1ª cirurgia): colocação de tubo (\*) para drenagem de conteúdo quístico



OPG (3M após a 1ª cirurgia): observa-se neoformação óssea marginal

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

- Embora lesões quísticas de menores dimensões possam ser abordadas com tratamento endodôntico, lesões com dimensões superiores a 20mm podem necessitar de intervenção cirúrgica peri-apical, muitas vezes combinada com biópsia/marsupialização/descompressão e/ou fenestração quística.
- A descompressão possibilita a diminuição do tamanho das lesões, permitindo neoformação/remodelação óssea nas margens exteriores da mesma e assim menor morbidade intra e pós-operatória.
- O planeamento cirúrgico é essencial para a determinação da correta abordagem, de forma a minimizar a possível iatrogenia decorrente da cirurgia, nomeadamente a lesão do nervo alveolar inferior.