



Quisto Radicular Inflamatório - Relato de Caso Clínico

Salgado H*, Mesquita P**

*Médica Dentista; Mestre em Reabilitação Oral pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Médico Dentista; Doutorando pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução:

O quisto odontogénico radicular é um quisto de origem inflamatória sendo o mais frequente de todos os quistos que podem afetar os maxilares, com percentagens que variam entre os 65 e os 70%¹. Este quisto pode formar-se na proximidade das raízes de qualquer dente não vital, surgindo mais frequentemente na maxila do que na mandíbula. Em relação ao género, ocorre com mais frequência nos homens, numa proporção de 3:2². Os indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos são os mais afetados³.

Tal como outras lesões que afetam os maxilares, o quisto radicular tem um crescimento lento, provocando reabsorção do osso circundante, não provocando, normalmente, dores, exceto quando na presença de infeção. Nestes casos, para além de se tornar doloroso sofre uma rápida expansão com formação de uma tumefação. Radiograficamente, estes quistos apresentam-se como lesões uniloculares, radiotranslúcidas, localizadas na região periapical⁴.

Têm origem na proliferação dos restos epiteliais de Malassez induzida por substâncias inflamatórias que provêm do tecido pulpar necrótico. Daí que para o diagnóstico de quisto radicular seja necessária a presença de um dente não vital⁵.



Fig. 1 – Ortopantomografia Inicial



Fig. 2 e 3 – Imagens da TC (cortes axial e sagitais)



Fig. 4, 5, 6 e 7 – Sequência do procedimento cirúrgico para exérese do quisto



Fig. 8 – Lesão quística

Caso Clínico:

Um paciente do género masculino, com 38 anos de idade, compareceu à nossa consulta de Medicina Dentária revelando que, de vez em quando, ocorria a formação de uma tumefação na região posterior inferior do lado direito, que acabava por desaparecer passado alguns dias. Não referiu sintomatologia dolorosa. Após a realização de uma ortopantomografia foi possível observar a presença de uma lesão radiotranslúcida, de grandes dimensões, associada às raízes do dente 47 que se encontrava desvitalizado, prolongando-se até ao bordo inferior da mandíbula. Foi efetuada uma TC para estudar a proximidade da lesão ao nervo alveolar inferior. O tratamento consistiu na exérese cirúrgica da lesão e do dente 47, seguida de exame anatomopatológico que confirmou o diagnóstico clínico inicial de quisto radicular.

Conclusão:

O controlo radiográfico das lesões periapicais, associadas a dentes desvitalizados, é fundamental para evitar o seu desenvolvimento e, desta forma, impedir a formação de quistos das dimensões do apresentado neste trabalho. Apesar do quisto radicular ser uma lesão benigna, tem um crescimento silencioso e muito destrutivo para o osso circundante daí que deva ser tratado logo numa fase inicial do seu desenvolvimento.

Bibliografia:

1. Cawson RA, Odell EW. *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. 7th Ed. Churchill Livingstone 2002, pp. 103-6.
2. Cawson R, Binnie W, Speight P, Barrett A, Wright J. *Luca's Pathology of Tumors of the Oral Tissues*. 5th Ed. Churchill Livingstone 1998, pp. 139-44.
3. Scholl R, Kellett H, Neumann D, Lurie A. Cysts and Cystic Lesions of the Mandible: Clinical and Radiologic-Histopathologic Review. *Radiographics* 1999; 19: 1107-1124.
4. Soares J, Southam J. *Oral Pathology*. 4th Ed. Oxford Medical Publications 2005, pp. 67-71.
5. Regezi, Sciubba, Jordan. *Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations*. 4th Ed. Saunders 2003, pp. 241-4.