

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

EMANUELLE DA SILVA LIMA

**CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO DO SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO
SINTOMÁTICO**

**PATOS-PB
2014**

EMANUELLE DA SILVA LIMA

**CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO DO SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO
SINTOMÁTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Me. Julierme Ferreira Rocha

**PATOS-PB
2014**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

L732c Lima, Emanuelle da Silva
Cisto de retenção mucoso do seio maxilar: relato de caso sintomático/
Emanuelle da Silva Lima. – Patos, 2014.
31f.:il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2014.

“Orientação: Prof. Me. Julierme Ferreira Rocha”

Referências.

1. Cistos. 2. Seio Maxilar. 3. Mucocele. I. Título.

CDU 616.314-089

EMANUELLE DA SILVA LIMA

**CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO DO SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO
SINTOMÁTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. Dr. José Wilson Noletto Ramos Júnior – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. MSc. Eduardo Dias Ribeiro – 2º Membro
Faculdades Integradadas de Patos – FIP

Dedico este trabalho, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus pais, primeiros e mais importantes “Mestres”, que com exemplo ensinaram-me a trilhar o caminho certo, por todo amor, apoio e aconselhamento que me foram dados, em todos os momentos. Por essa razão, gostaria de dedicar e reconhecer a vocês, minha imensa gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me iluminou durante esta longa caminhada, pela minha saúde, fé, foco e força de vontade e ainda pela minha família, na qual nunca faltou amor e apoio, a cada obstáculo.

Agradeço à minha família, especialmente aos meus amados pais Edivaldo e Edvanice e minha irmã Érika, que com muito carinho e amor, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida, por toda dedicação, pelo apoio às minhas escolhas e pelo encorajamento dado nos momentos difíceis. Mais uma vez, obrigada a vocês que deram-me a vida e ensinaram-me a vivê-la com dignidade.

Agradeço ao Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha, meu orientador, por todo empenho a este trabalho mesmo tendo seu tempo muito atribulado. E ainda pela sua dedicação, como professor e acima de tudo, pelo seu lado humano na sua relação com os alunos e pacientes.

Agradeço ainda a todos os que foram meus professores, mestres que me ajudaram a trilhar este caminho.

Agradeço por todo aprendizado e oportunidades dadas pela equipe de Cirurgiões-Dentistas e Auxiliares do Centro de Especialidades Odontológicas de Patos, especialmente agradeço ao Dr. Lúcio, Dra. Josefa, Dr. Kruijff e Dr. Diogo.

Agradeço também a Cirurgiã-Dentista Suéllen Peixoto, com quem aprendi muito da prática odontológica e exemplo de profissionalismo.

Agradeço aos meus amigos, pela união e amizade reconstruída a cada dia, e pelo apoio e incentivo constantes.

Agradeço também aos novos amigos que encontrei durante a graduação, que tornaram estes cinco anos menos árduos. Com os quais compartilhei novas experiências e muitos momentos de alegria e aflição coletiva. Cada um deixou-me um aprendizado e muitas lembranças.

Agradeço também a todas aquelas pessoas que acreditaram em mim e sempre depositaram um voto de confiança. Muito Obrigada!

“Que os vossos esforços desafiem as
impossibilidades, lembrai-vos de que
as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Aspecto clínico intra-oral	20
Figura 2	Radiografia panorâmica	20
Figura 3	Aspecto trans-operatório inicial	21
Figura 4	Aspecto trans-operatório após a remoção do cisto	21
Figura 5	Aspecto microscópico da lesão	22
Figura 6	Radiografia panorâmica após 1 ano de acompanhamento	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRMSM	Cisto de retenção mucoso do seio maxilar
CCCM	Cisto cirúrgico ciliado da maxila
EMCA	Expansão Maxilar Cirurgicamente Assistida
RM	Ressonância Magnética
SM	Seio maxilar
TC	Tomografia Computadorizada
TCFC	Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3	REFERÊNCIAS.....	14
4	ARTIGO.....	16
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
	ANEXO A	28
	ANEXO B	31

1 INTRODUÇÃO

O cisto de retenção mucoso do seio maxilar (CRMSM), também denominado como cisto seroso, cisto de muco, cisto de retenção, pseudocisto, cisto mucoso benigno e mucocele, é a patologia que mais afeta o seio maxilar, havendo muita controvérsia sobre sua correta denominação e patogenia (MANHÃES JÚNIOR, 2002).

O CRMSM é uma patologia assintomática, geralmente encontrada por meio de exame radiográfico de rotina, com aspecto radiopaco e bordas arredondadas, em forma de cúpula (CASTRO; SASSONE; AMARAL, 2013; RODRIGUES et al., 2013; TIEPO et al., 2006). Ocorrem sem predileção por raça ou sexo, de crescimento normalmente lento e de forma expansiva, mantendo a integridade da mucosa e das corticais do seio maxilar (CASTRO; SASSONE; AMARAL, 2013; EVANS et al., 2006; HADAR, 2000; TIEPO et al., 2006).

Apesar da patogênese do cisto mucoso não estar totalmente esclarecida (RODRIGUES et al., 2013), tem sido sugerido que a presença de inflamação ao redor do ducto das glândulas mucosas do revestimento sinusal possa prejudicar sua integridade, favorecendo o extravasamento de muco para o interior dos tecidos moles. Também tem sido sugerido que o CRMSM seja de origem não-odontogênica, uma vez que pode ocorrer igualmente em pacientes dentados e desdentados (VALLO et al., 2010).

Harar; Chadha; Rogers (2007) e Madani; Beale (2009) afirmaram que o CRMSM frequentemente está relacionado a processos alérgicos e inflamatórios da mucosa nasossinusal, diferente de Rhodus (1989) que acredita que este tenha como etiologia o traumatismo, Nakagawa et al. (2002) e Veltrini; Ferreira; Tostes (2001) asseguram que a etiologia esteja relacionada a infecções dentárias periapicais e periodontais e ainda White ; Pharoah (2000) consideram que a umidade e temperatura podem estar relacionados à etiologia da lesão sem haver, no entanto, associação com o clima.

Quanto ao seu tratamento, devido à sua alta taxa de regressão espontânea, tem sido indicado apenas o acompanhamento clínico e radiográfico, pois na maior parte dos casos, este se apresenta assintomático e curam por ruptura espontânea e extravasamento do fluido cístico (MANHÃES JÚNIOR, 2002; WANG; JANG; LEE, 2007).

Em lesões maiores ou sintomáticas, o tratamento deve ser realizado através da drenagem da área (CASTRO; SASSONE; AMARAL, 2013) ou sinusectomia (CASTRO; SASSONE; AMARAL, 2013; TIEPO et al., 2006).

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso sintomático de CRMSM descoberto durante a realização de cirurgia para expansão de maxila.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A mucosa do seio maxilar responde a estímulos irritantes, aumentando sua espessura habitual de 1 mm para 10 a 15 mm. Se um ducto de uma glândula mucosa é bloqueado durante um período inflamatório, a secreção dilata a glândula e ducto formando um cisto; este é o tipo de cisto de secreção mucosa, é também chamado de cisto de retenção (GARCIA JÚNIOR et al., 2000; SOIKKONEN; AINAMO, 1995). O CRMSM freqüentemente é assintomático e preserva a anatomia das corticais do SM (EVANS et al., 2006; HADAR et al., 2000), entretanto a maior parte dos casos sofre resolução espontânea, não necessitando de nenhum tratamento (MANHÃES JÚNIOR, 2002; WANG; JANG; LEE, 2007).

O CRMSM pode ser classificado de acordo com sua formação: em secretores e não secretores. O primeiro tipo é aquele em que há obstrução de um ou mais ductos secretores da glândula mucosa, apresenta revestimento epitelial, ocorre em decorrência de processo inflamatório e no tipo não-secretor ou pseudocisto, ocorre um acúmulo de muco no tecido sub-epitelial, e fora da glândula, tornando o conteúdo cístico circundado por tecido conjuntivo fibroso, devido à irritação inflamatória na parede do seio maxilar. Isto acarreta danos aos vasos capilares, causando a coalescência tecidual (SOIKKONEN; AINAMO, 1995; WHITE; PHAROAH, 2000).

O aspecto radiográfico dos cistos de retenção menores tem forma de cúpula ou arredondados (RODRIGUES et al., 2013; GARCIA JÚNIOR et al., 2000; GARDNER, 1984; RHODUS, 1989) porém, podem preencher toda a cavidade sinusal com aspecto de vidro opaco (RUPRECHT; BATNIJI; EL-NEWEIHI, 1986; TIEPO et al., 2006). No caso relatado, a lesão ocupava quase que totalmente o seio maxilar direito, o qual apresentava um velamento difuso não sugestivo de cisto, mas compatível com sinusite maxilar crônica.

Soikkonen; Ainamo (1995) observaram que o CRMSM é mais prevalente em pacientes jovens, por serem dentados, do que em pacientes idosos, pois na maioria dos casos são desdentados, indicando a forte relação da origem odontogênica desta patologia, concordando com Vallo et al. (2010), devido à presença de estímulos irritativos, em processos infecciosos a exemplo da periodontite apical crônica.

Por ser uma patologia geralmente assintomática, a grande maioria dos casos são descobertos aleatoriamente, em exames radiográficos realizados para outros

fins (MARDINGER et al., 2007). Desta forma, é de extrema importância fazer a avaliação através exames mais avançados como a TC para diagnóstico diferencial com outras afecções, que, radiograficamente, demonstram velamento parcial no SM (RUPRECHT; BATNIJI; EL-NEWEIHI, 1986), como os cistos dentígeros, neoplasias malignas, hiperplasia (MANHÃES JÚNIOR, 2002) cisto radicular apical, cisto ciliado cirúrgico da maxila e sinusite (TIEPO et al., 2006).

Os casos sintomáticos ocorrem principalmente em cistos de maiores proporções (TIEPO et al., 2006), onde o indivíduo acometido pode relatar dificuldade respiratória, cefaléia, obstrução nasal, tontura, parestesia, drenagem de fluído amarelo, alergia respiratória, sensibilidade à palpação na parede anterior do seio maxilar (GONÇALVES; SILVEIRA, 1993; RHODUS, 1989), induzindo o indivíduo a procurar tratamento.

As lesões menores podem ter regressão espontânea, por isso indica-se apenas o acompanhamento através de exames de imagem (WANG; JANG; LEE, 2007), no entanto, para os casos de cistos maiores e sintomáticos está indicada a punção ou drenagem e se isto não resolver, devem ser removidos através de tratamento cirúrgico, preferencialmente através de sinusectomia maxilar ou curetagem (CASTRO; SASSONE; AMARAL, 2013; TIEPO et al., 2006).

REFERÊNCIAS

- CASTRO, A.J.R; SASSONE, L.M; AMARAL, G. Alterações no seio maxilar e sua relação com problemas de origem odontológica. **Med HUPE - UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.31-5, jan./mar. 2013.
- EVANS, K.; SHANKAR, L.; HAWKE, M.; YU, E.; STAMMBERGER, H. An atlas of imaging of the paranasal sinuses. **Tylor & Francis**, London, p. 85-107, 2006.
- GARCIA JÚNIOR, I.R.; MAGRO FILHO, O.; RAMOS, R.Q.; BASSI, A.P.F.; CARVALHO, C.A. Cisto mucoso do seio maxilar – Revisão de literatura e relato de caso clínico. **BCI**, Curitiba, v.28, n.7, p. 59-62, out./dez. 2000.
- GARDNER, D.G. Pseudocyst and retention cysts of the maxillary sinus. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v.58, n.5, p.561-567, Nov. 1984.
- GONÇALVES, R.C.C.; SILVEIRA, M.M.F. Cisto mucoso do seio maxilar: prevalência em radiografias panorâmicas. **ROBRAC**, Goiania, v.3, n.8, p.19-22, 1993.
- HADAR, T.; SHVERO, J.; NAGERIS, BI; YANIV, E. Mucous retention cyst of the maxillary sinus: the endoscopic approach. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Israel, v.38, n.3, p.227-229, June 2000.
- HARAR, R.P.S.; CHADHA, N.K.; ROGERS, G. Are maxillary mucosal cysts a manifestation of inflammatory sinus disease? **J Laryngol Otol**, London, v.121, n.8, p.751-754, Aug. 2007.
- MADANI, G.; BEALE, T.J. Sinonasal inflammatory disease. **Semin Ultrasound CT MR**, United States, v.30, n.1, p.17–24, Feb. 2009.
- MANHÃES JÚNIOR, L.R.C. **Cisto mucoso do seio maxilar: importância no diagnóstico radiográfico**. Piracicaba. Monografia. UNICAMP (SP); 2002. 41p.
- MARDINGER, O.; MANOR, I.; MIJIRITSKY, E.; HIRSHBERG, A. Maxillary sinus augmentation in the presence of antral pseudocyst: a clinical approach. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v.103, n.2, p.180-4, Feb. 2007.
- NAKAGAWA, Y . et al. Preoperative application of limited cone beam computerized tomography as as assessment tool before minor oral surgery. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v.31, n.3, p.322-6, June 2002.
- RHODUS, N.L. A comparison of periapical and panoramic radiographic surveys in the diagnosis of maxillary sinus mucous retention cysts. **Compend Contin educ dent**, Lawrenceville, v.10, n.5, p. 275-7, May 1989.
- RODRIGUES, C.D.; SILVEIRA, M.F.; ALENCAR, A.H.G.; SILVA, M.A.G.S.; MENDONÇA, E.F.; ESTRELA, C. Three dimensional images contribute to the

diagnosis of mucous retention cyst in maxillary sinus. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Goiânia, v.18, n.1, p.151-7, Jan. 2013.

RUPRECHT, A.; BATNIJI, S.; EL-NEWEIHI, E. Mucous retention cyst of the maxillary sinus. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v.62, n.6, p.728-3, Dec. 1986.

SOIKKONEN, K.; AINAMO, A. Radiographic maxillary sinus findings in the elderly. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v.80, n.4, p.487-91, oct. 1995.

TIEPO, L.R.; TAVANO, O.; TORTAMANO, M.; COSTA, C. Características multifatoriais do cisto de retenção do seio maxilar-Revisão de literatura. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v.24, n.3, p.231-6, jul./set. 2006.

VALLO, J.; TAIPALE, L.S.; HUUMONEN, S.; SOIKKONEN, K.; NORBLAD, A. Prevalence of mucosal abnormalities of the maxillary sinus and their relationship to dental disease in panoramic radiography: results from the Health 2000 Hearth Examination Survery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v.109, n.3, p.80-87, Mar. 2010.

VELTRINI, V; FERREIRA, O; TOSTES, D. Mucosal cysts of the maxillary sinus: a literature review. **Med Oral**, Madrid, v.6, n.3, p. 185-191, May/July 2001.

WANG, J.H.; JANG, Y.J.; LEE, B.J. Natural course of retention cysts of the maxillary sinus: Long-term follow-up results. **Laryngoscope**, St. Louis, v.117, n.2, p.341-4, Feb. 2007.

WHITE, S. C.; PHAROAH, M. J. **Radiologia Oral: Fundamentos e Interpretação**. 5ª. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, p. 535-536.

Página Título

Título: CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO SINTOMÁTICO DO SEIO MAXILAR:
RELATO DE CASO

Title: MAXILLARY SINUS SYMPTOMATIC RETENTION MUCOUS CYSTS: CASE
REPORT

Autores:

Eduardo Sanches Gonçalves¹

Andréia Guedes Barreto Gonçalves¹

Emanuelle da Silva Lima²

Julierme Ferreira Rocha²

José Wilson Noletto²

Eduardo Hochuli-Vieira³

1. Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru-Universidade de São Paulo (FOB-USP), São Paulo-Brasil.
2. Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Patos, Paraíba-Brasil.
3. Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade Estadual Paulista (UNESP) “Júlio de Mesquita Filho” – Araraquara, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência:

Julierme Ferreira Rocha - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil

Email: juliermerocha@hotmail.com

Título: CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO SINTOMÁTICO DO SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO

Title: MAXILLARY SINUS SYMPTOMATIC RETENTION MUCOUS CYSTS: CASE REPORT

Resumo:

O cisto de retenção mucoso do seio maxilar é uma lesão benigna que ocorre no interior do seio maxilar, devido obstrução ductal. Na maioria dos casos não apresenta sintomatologia, sendo descobertos em exames radiográficos de rotina, no entanto, em alguns casos, esse cisto pode tornar-se de grande proporção e causar sintomas como parestesia, sensibilidade à palpação, cefaléia, obstrução nasal e tontura. O tratamento conservador é a conduta na maioria dos casos. Cistos de retenção sintomáticos são tratados por meio da enucleação ou curetagem. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de cisto de retenção mucoso sintomático descoberto acidentalmente em paciente submetido a tratamento de expansão de maxila cirurgicamente assistida. A curetagem do cisto permitiu a regressão da sintomatologia e no pós-operatório de doze meses o paciente apresenta-se livre de sintomas e sem sinais de recidiva da lesão.

Descritores: Cistos, seio maxilar, mucocele.

Abstract

The maxillary sinus retention mucous cysts is a benign lesion that it occurs in the interior of the sinus maxillary due ductal obstruction. In the majority of the cases it doesn't present symptoms, being discovered in radiographic examinations of routine, however, in some cases, this cyst can become of great ratio and cause symptoms as paresthesia, sensitivity to palpation, chronic headache, nasal blockage, and dizziness. Conservative treatment is conduct

in most cases. Symptomatic retention cysts are treated by enucleation or curettage. This work aims to report a clinical case of mucous retention cyst symptomatic accidentally discovered in a patient treated surgically assisted rapid maxillary expansion. The curettage of the cyst allowed for the regression of symptoms and 12 months postoperatively the patient is free of symptoms and no signs of recurrence of lesion.

Keywords: Cysts, sinus maxillary, mucocele.

Introdução

O cisto de retenção mucoso do seio maxilar (CRMSM) é uma lesão benigna e autolimitada, decorrente do extravasamento de muco no interior da mucosa sinusal devido à obstrução ductal{4,12}. Tem sido sugerido que o CRMSM seja de origem não odontogênica, uma vez que pode ocorrer igualmente em pacientes dentados e desdentados. Apesar disso, Veltrini et al. {14} enfatizaram que as periapicopatias e a doença periodontal associada com molares superiores podem constituir um importante fator etiológico para sinusite e CRMSM.

Como a etiopatogenia do CRMSM parece ser baseada em hipótese, várias denominações são atribuídas à lesão: pseudocisto, cisto de retenção do seio maxilar, cisto seroso, cisto de muco, cisto mucoso benigno maxilar ou mucocele. Pseudocisto é aquele que não apresenta revestimento epitelial mostrando tecido conjuntivo fibroso ao redor do conteúdo cístico. Entretanto, o CRMSM apresenta revestimento epitelial, o que parece ser a denominação correta {7,12}.

Comumente é descoberto em exames radiográficos realizados por outros motivos. A lesão aparece em radiografias panorâmicas e periapicais de dentes posteriores superiores como radiopacidade homogênea, bem delineada, em forma de cúpula, hemisférica ou circular, de dimensões variáveis, mais frequentemente localizadas no soalho do seio maxilar e preservando as paredes sinusais. Nos casos onde o cisto de retenção preenche totalmente os

seios maxilares, a interpretação radiográfica torna-se dificultada, podendo o velamento completo ser interpretado como sinusite maxilar {7,8,10}.

Nenhum tratamento deve ser instituído para o CRMSM especialmente quando a lesão é assintomática e pequena. Sugere-se apenas acompanhamento radiográfico, uma vez que a maioria não evolui e alguns regridem espontaneamente. Em lesões maiores ou sintomáticas, o tratamento deve ser realizado através da enucleação ou curetagem {2,3,4,5,14} Propõe-se neste trabalho apresentar um caso clínico sintomático de CRMSM descoberto acidentalmente durante expansão de maxila cirurgicamente assistida.

Relato do Caso

Paciente leucoderma, sexo masculino, 33 anos de idade, portador de deficiência transversal de maxila, compareceu a atendimento clínico devido à indicação ortodôntica, para a realização de expansão de maxila cirurgicamente assistida (EMCA).

Na história médica constatou-se que o paciente estava em bom estado geral de saúde, relatando apenas dificuldade de respiração, razão de procurar tratamento ortodôntico recomendado pelo Otorrinolaringologista.

O exame clínico revelou atresia maxilar e mordida cruzada posterior bilateral (Figura 01). A radiografia panorâmica demonstrava discreto velamento difuso do seio maxilar direito (Figura 2). Durante a EMCA, realizada de acordo com a técnica sugerida por Betts et al. {1}, pela osteotomia realizada no processo zigomático da maxila, observou-se conteúdo de coloração amarelada (Figura 3), que fora removido por curetagem. Esse apresentou consistência gelatinosa de dimensões aproximadas de 6,0 X 5,5 X 2,5 centímetros, que fora enviado para exame histopatológico com diagnóstico de cisto mucoso do seio maxilar. Após a remoção da lesão, a cavidade sinusal encontrava-se desobstruída e limpa (Figura 4), o que

permitiu os cuidados de rotina com a ferida cirúrgica, finalizando com a sutura. No pós-operatório imediato o paciente referiu sensível melhora em sua respiração.

Figura 1: Aspecto clínico intra-oral evidenciando atresia maxilar e mordida cruzada posterior bilateral.



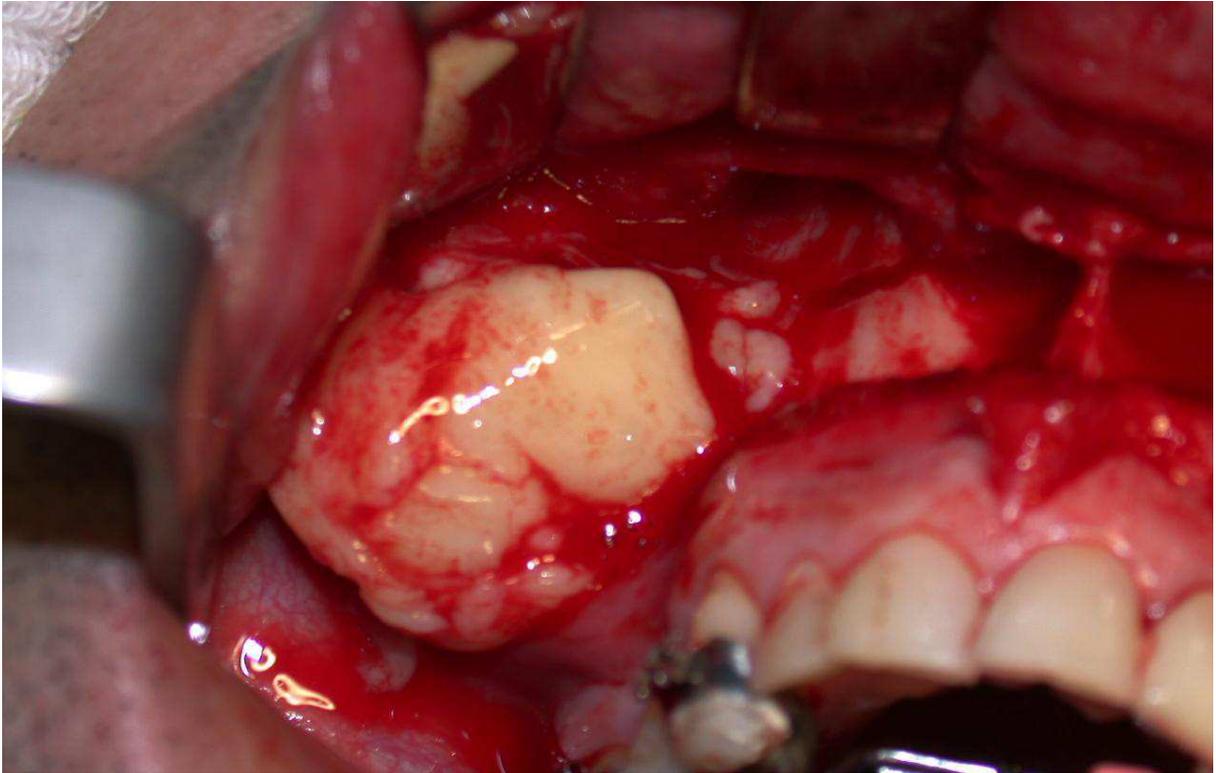
Fonte: Da autora

Figura 2: Radiografia panorâmica demonstrando discreto velamento do seio maxilar direito.



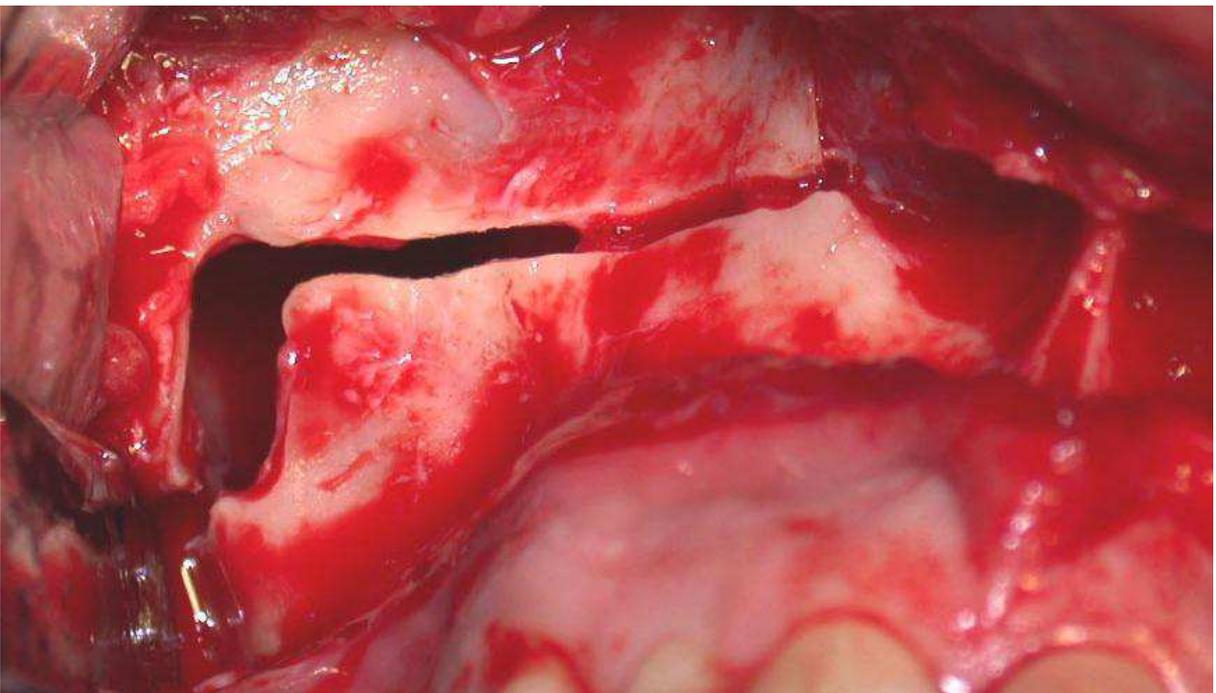
Fonte: Da autora

Figura 3: Aspecto trans-operatório da osteotomia no processo maxilo-zigomático. Pelo mesmo acesso, removeu-se o conteúdo intra-sinusal.



Fonte: Da autora

Figura 4: Aspecto trans-operatório da mesma região da figura 3 após a remoção do cisto.



Fonte: Da autora

Microscopicamente, observou-se cavidade cística virtual revestida por epitélio pseudo-estratificado cilíndrico ciliado, com camada subjacente de tecido conjuntivo frouxo, rico em delicados vasos sanguíneos. De permeio, foram observados focos de intenso infiltrado mononuclear (Figura 5).

Figura 5: Aspecto microscópico da lesão (H&E 10X).



Fonte: Da autora

Após doze meses de pós-operatório, a radiografia panorâmica mostra as estruturas com aspectos de normalidade (Figura 6).

Figura 6: Radiografia panorâmica após 1 ano de acompanhamento.



Fonte: Da autora

Discussão

O CRMSM não é um fenômeno do seio maxilar e a sua patogênese não é totalmente conhecida. Apesar disso, a infecção prévia da mucosa sinusal parece ser importante na patogênese desse cisto, especialmente a infecção odontogênica. Uma inflamação intensa ao redor do ducto das glândulas mucosas do revestimento sinusal pode alterar sua integridade e ocasionar sua obstrução. Assim infecções respiratórias, como a sinusite maxilar, favorecem o desenvolvimento do CRMSM{4,7,12}.

Apesar da maioria dos CRMSM serem assintomáticos e por isso descobertos em exames radiográficos realizados por outras finalidades {6}, o CRMSM pode apresentar sinais e sintomas eventuais, como cefaléia, obstrução nasal, tontura, parestesia, drenagem de fluido amarelo, alergia respiratória, sensibilidade à palpação na parede anterior do seio maxilar levando o indivíduo a procurar tratamento {5}. Parece claro que esses sintomas são preferencialmente percebidos por indivíduos portadores de cistos de maiores proporções, como no caso relatado, porém queixando-se apenas de dificuldade respiratória.

Radiograficamente, os cistos de retenção menores apresentam-se em forma de cúpula ou arredondados, porém ocasionalmente preenchem totalmente a cavidade sinusal dificultando seu diagnóstico radiográfico por gerar imagem de ténue velamento difuso do seio maxilar {3,10,13}. No caso relatado, a lesão ocupava quase que totalmente o seio maxilar direito, o qual apresentava um velamento difuso não sugestivo de cisto, mas compatível com sinusite maxilar crônica. A tomografia computadorizada é indicada para os casos onde o diagnóstico através dos exames por imagens convencionais é limitado {7,8,11,13}.

O diagnóstico diferencial do CRMSM deve ser feito com outras lesões que produzem velamento sinusal, como cisto radicular apical, tumor odontogênico queratocístico, cisto dentífero, mesmo considerando que estas lesões podem causar sinais e sintomas intra-orais, com alterações no processo alveolar. Nessa região descreve-se uma variedade de neoplasias,

sendo que o carcinoma epidermóide parece ser o mais comum e não deve ser confundido com o CRMSM {5,14} O cisto cirúrgico ciliado da maxila (CCCM), origina-se da proliferação do epitélio sinusal aprisionado na ferida cirúrgica, durante procedimentos invasivos ao seio maxilar. É também chamado de mucocele secundário e representa uma complicação tardia de sinusectomias e cirurgias ortognáticas maxilares.

As lesões pequenas podem ter regressão espontânea {2}, porém os cistos maiores e sintomáticos devem ser removidos através de tratamento cirúrgico, preferencialmente através da curetagem ou sinusectomia maxilar {3,4,14}. No presente caso a exploração sinusal foi oportuna aproveitando o procedimento de EMCA. O comportamento da lesão é eminentemente benigno, permitindo que sua remoção seja feita de forma satisfatória, mesmo com acesso limitado, ou seja, pela janela óssea no processo zigomático-maxilar.

A imediata melhora da respiração do paciente corrobora com os dados que enfatizam a necessidade do tratamento dos cistos de retenção mucosos sintomáticos do seio maxilar. Obviamente, essa melhora não decorreu do procedimento de expansão de maxila, uma vez que foi imediata, apesar de Ribeiro et al. {9} terem asseverado que a EMCA pode resultar em melhora no padrão respiratório.

Considerações finais

O correto diagnóstico das afecções que atingem o seio maxilar e, por conseguinte, afetam a fisiologia respiratória, consiste em conduta indispensável ao estabelecimento de apropriado tratamento, contribuindo com uma melhoria da qualidade de vida do paciente.

Referências:

1. Betts NJ, Vanarsdall RL, Barber HD, Higgins-Baber K, Fonseca RJ. Diagnosis and treatment of transverse maxillary deficiency. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg.* 1995;10(2):75-96.
2. Bhattacharyya N. Do maxillary sinus retention cysts reflect obstructive sinus phenomena? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;126(11):1369-71.
3. Bugarelli AF, Silva ABM, Paulino SM, Watanabe PCA; Pardini LC. Cisto de retenção do seio maxilar – Considerações para o clínico geral. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002; 56(3):178-181.
4. Garcia Júnior IR, Magro Filho O, Ramos RQ, Bassi APF, Carvalho CA. Cisto mucoso do seio maxilar – Revisão de literatura e relato de caso clínico. *Revista BCI.* 2000; 28(7):59-62.
5. Hadar T, Shvero J, Nageris BI, Yaniv E. Mucous retention cyst of the maxillary sinus: the endoscopic approach. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 38(3):227-229.
6. Mardinger O, Manor I, Mijiritsky E, Hirshberg A. Maxillary sinus augmentation in the presence of antral pseudocyst: a clinical approach. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103:180-84.
7. Parks ET. Cone beam computed tomography for the nasal cavity and paranasal sinuses. *Dent Clin North Am.* 2014;58(3):627-51.
8. Rege ICC, Sousa TO, Leles CR, Mendonça EF. Occurrence of maxillary sinus abnormalities detected by cone beam CT in asymptomatic patients. *BMC Oral Health.* 2012;12(30):1-7.
9. Ribeiro Júnior PD, Gonçalves ES, Souza PCU, Nary Filho H, Luz JGC. Avaliação clínica dos procedimentos de expansão cirurgicamente assistida da maxila (ECAM). *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2006;11(1):44-59.

10. R o d r i g u e s C D , F r e i r e G F , S i l v a L B , F o n s e c a d a S i l v e i r a M M , E s t r e l a C . P r e v a l e n c e a n d r i s k f a c t o r s o f m u c o u s r e t e n t i o n c y s t s i n a B r a z i l i a n p o p u l a t i o n . D e n t o m a x i l l o f a c R a d i o l . 2 0 0 9 ; 3 8 (7) : 4 8 0 - 3 .
11. Rodrigues CD, Silveira MF, Alencar AHG, Silva MAGS, Mendonça EF, Estrela C. Three dimensional images contribute to the diagnosis of mucous retention cyst in maxillary sinus. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(1):151-7.
12. Soikkonen K, Ainamo A. Radiographic maxillary sinus findings in the elderly. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995;80(4):487-9.
13. Vallo J, Taipale LS, Huuonen S, Soikkonen K, Norblad A. Prevalence of mucosal abnormalities of the maxillary sinus and their relationship to dental disease in panoramic radiography: results from the Health 2000 Health Examination Survey. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;109(3):80-87.
14. Veltrini V, Ferreira O, Tostes D. Mucosal cysts of the maxillary sinus: a literature review. *Med Oral*. 2001;6(3):185-191.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O correto diagnóstico das afecções que atingem o seio maxilar e, por conseguinte, afetam a fisiologia respiratória, consiste em conduta indispensável ao estabelecimento de apropriado tratamento, contribuindo com uma melhoria da qualidade de vida do paciente.

ANEXO A - Normas para publicação - Revista Sul-Brasileira de Odontologia (RSBO)

“Normas de colaboración”

A Revista Sul-Brasileira de Odontologia – RSBO –, dirigida à classe odontológica, destina-se à publicação de artigos científicos originais, relatos de casos clínicos e de revisões de literatura. Estas normas **baseiam-se** no *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (The Vancouver style).

Submissao Dos Artigos

Os artigos devem ser encaminhados ao editor da revista juntamente com a **Carta de Submissão do Artigo à RSBO**. O envio do trabalho deve ser feito **via e-mail**, em que o artigo deve ser dividido em **dois arquivos Word**, sendo um deles para o título do trabalho e autores envolvidos e o outro para o trabalho, contendo título, resumo, *abstract* e demais estruturas do artigo (trabalho completo sem identificação de autores). O endereço de envio dos trabalhos é: **Editor-chefe: Prof. Dr. Flares Baratto Filho (fbaratto@uol.com.br)**
E-mail: rsbo@univille.br

1 Normas gerais

- 1.1 A Revista Sul-Brasileira de Odontologia tem publicação trimestral, e a divulgação dos artigos é feita em português, espanhol ou inglês.
- 1.2 Os artigos enviados para publicação devem ser originais, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico (meio impresso e/ou eletrônico). A revista terá direitos autorais reservados sobre o trabalho publicado, em português, espanhol ou inglês, e é permitida a sua reprodução ou transcrição com a devida citação da fonte.
- 1.3 Os trabalhos que envolvam seres humanos e animais, incluindo órgãos (dentes) e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com as resoluções vigentes no país e serem submetidos ao comitê de ética em pesquisa da instituição. É necessário anexar na seção “Material e métodos” uma sentença que afirme a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética.
- 1.4 Os trabalhos deverão ser enviados **via e-mail** ao editor da revista em dois arquivos Word acompanhados das respectivas figuras coloridas em arquivos separados JPG ou TIFF, com 300 dpi de resolução mínima. As figuras deverão também estar inseridas no texto, juntamente com suas legendas. Recomenda-se que os autores enviem novamente o trabalho em caso de não resposta do recebimento no prazo máximo de 10 dias.
- 1.5 Os autores devem assinar uma **Carta de Submissão do Artigo à RSBO**, ou seja, um documento apresentando o artigo (título do artigo e autores). Nessa mesma carta deve constar que os autores assumem a responsabilidade pelo conteúdo e pela originalidade do trabalho e transferem os direitos autorais para a revista em caso de aceite do artigo. A carta deve ser assinada preferencialmente portodos autores, digitalizada (formato JPG) e enviada **via e-mail** juntamente com o trabalho. Um modelo desta carta encontra-se disponível no site da revista. **Artigos enviados sem a carta de submissão serão imediatamente devolvidos.**
- 1.6 Após o recebimento dos trabalhos, o Editor realizará uma revisão inicial, e em caso de aprovação os artigos serão encaminhados para apreciação pelos revisores científicos. Essa Avaliação será feita em pares e de La dependera o acite ou não do artigo A solicitação de correções e/ou sugestões não indicará a aceitação do artigo, mas apenas a possibilidade de nova análise por parte dos revisores.
- 1.7 A RSBO apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal of Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

2 Apresentação dos artigos

- 2.1 Os trabalhos devem ser apresentados em folhas de papel tamanho A4, corpo 12 pontos, Times New Roman, com espaço duplo, margens laterais de 3 cm e margens superior e inferior

com 2,5 cm, com no máximo 20 (vinte) laudas (incluindo as figuras), com 25 (vinte e cinco) linhas cada. Os trabalhos deverão ser digitados (Word 6.0 ou versão superior).

2.2 **Tabelas e quadros** deverão ser numerados em algarismos romanos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do trabalho e incluídos no texto do artigo (**não deverão ser enviados em arquivos separados**).

2.3 **Figuras e gráficos** deverão ser numerados em algarismos arábicos, sendo as imagens enviadas em arquivos digitais separados, em formato JPG ou TIFF, sendo em preto e branco ou colorido (300 dpi de resolução mínima). A publicação das imagens em cores vai depender da disponibilidade de publicação e a prioridade será definida pelos editores. **As figuras, os gráficos e as suas legendas também deverão estar inseridos no texto do artigo.**

2.4 A numeração de páginas deve constar no canto inferior direito, sem contar a página de rosto.

3.1 Estrutura do trabalho arquivo identificação do trabalho Página do título

Título do trabalho: em português e em inglês – corpo 14 pontos, letras maiúsculas. Nome do(s) autor(es): nome completo, e no final asteriscos indicativos das titulações.

Exemplo: Érica Lopes FERREIRA*.

Enviar endereço do autor principal para correspondência, bem como *e-mail*.

Titulações logo abaixo dos autores: principal titulação dos autores, bem como a instituição de origem.

Exemplo: Luiz Fernando FARINIUK*. Logo abaixo: *Professor adjunto da PUC/PR, Doutor em Endodontia.

3.2 Estrutura do trabalho – Arquivo trabalho

Título do trabalho: em português e em inglês – corpo 14 pontos, letras maiúsculas

Resumo: Deve indicar resumidamente o que foi feito, em um só parágrafo, e conter na estrutura os seguintes itens: **Introdução, Objetivo, Material e métodos (relato de caso ou revisão de literatura), Resultados e Conclusão.**

Palavras-chave: 3 expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para isto, deverá ser consultado os DeCS – Descritores em Ciências da Saúde –, disponíveis no site da Bireme em <http://www.bireme.br>.

Abstract: resumo em inglês.

Keywords: palavras-chave em inglês.

ARTIGOS EM INGLÊS **não necessitam** título, resumo e palavras-chave em português.

Artigos em Espanhol **necessitam** título, resumo e palavras-chave em inglês.

Devem constar introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e referências.

Os nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como de produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

Referências:

OBSERVAR BEM ESTE ITEM, POIS OS TRABALHOS SERÃO DEVOLVIDOS CASO AS REFERÊNCIAS NÃO SE ENCONTREM NAS NORMAS.

As referências devem ser listadas em ordem alfabética de nomes, com letras minúsculas numeradas em ordem crescente.

A menção das referências no texto deve ser feita entre colchetes e numerada de acordo com a lista de referências (podendo ser acrescida dos nomes dos autores e data de publicação). Se houver dois autores, devem-se citar ambos no

texto, separados pela conjunção “e”. Já na **listagem das referências**, quando houver mais de seis (6) autores **citar** os nomes dos **seis primeiros autores** acrescidos da expressão *et al.*

Para a citação de revistas nas referências, elas devem ser abreviadas de acordo com o Index Medicus, disponível no endereço www.nlm.nih.gov. No caso das revistas nacionais, o site da Bireme deverá ser consultado para esta busca,

<http://www.bireme.br>.

Periódicos:

Wilcox LR. Thermafill retreatment with and without chloroform solvent. J Endod. 1993 Feb;19(4):563-6. Wilcox LR, Juhlin JJ. Endodontic retreatment of Thermafill versus laterally condensed gutta-percha. J Endod. 1994 Jul;20(6):115-7. Baratto Filho F, Ferreira EL, Fariniuk LF. Efficiency of the 0.04 taper ProFile during the re-treatment of gutta-percha-filled root canals. Int Endod J. 2002 Ago;35(8):651-4.

Livros:++++

Soares IJ, Goldberg F. Endodontia técnica e fundamentos. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 201-5.

Obras da internet:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Não serão mais aceitos citações a resumos, capítulos de livros, artigos in press, dissertações e teses.

A RSBO está disponível gratuitamente no seguinte endereço eletrônico: www.univille.br/rsbo.

Revista de Acceso Abierto

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização de exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, abaixo assino, Divnas de Brito Lima, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações clínicas como material didático ou de publicação científica.

Bauru, 20 de abril de 2010

Divnas de Brito Lima
(Assinatura do paciente ou responsável)

