

INTERROGAÇÕES A PROPÓSITO DO TRATAMENTO CONSERVADOR DE UM QUISTO GLOBULOMAXILAR ¹

C. Mexia de Almeida*

SUMÁRIO

A evolução para a cura de uma lesão quística cujas características radiológicas se poderiam identificar com as características de um quisto globulomaxilar determinaram uma revisão da literatura respeitante a estas lesões conduzindo à conclusão de que esta entidade nosológica não tem uma existência comprovada.

O quisto globulomaxilar (QGM) como entidade clínica autónoma foi pela primeira vez apresentado por K. Thoma (1) que lhe atribuiu como característica essencial o facto de se situar entre o canino e o incisivo lateral

assim se distinguindo do quisto radicular apical. Tratando-se de uma lesão quística o seu tratamento implicaria a excisão cirúrgica total como condição indispensável para a cura. A evolução, após tratamento endodóntico do incisivo lateral adjacente, num caso que pelas suas características radiológicas foi identificado como um quisto globulomaxilar, levou-nos a procurar aprofundar o conhecimento desta entidade clínica.

CASO CLÍNICO

Jovem de 14 anos de idade, sexo feminino, saudável, cuja observação é solicitada por motivo da presença, há cerca de 7 anos, de uma infecção crónica exsudativa com o estoma da fístula situado na gengiva aderente do espaço vestibular entre o canino e o incisivo lateral do 1.º quadrante.

1) Comunicação apresentada nas Jornadas Internacionais do Funchal (Associação Estomatológica Internacional, 2-4 Junho 1988)

* Professor Associado de Endodontia na ESMDL.

A exploração deste trajecto com um cone de guta conduz à cavidade quística de forma piriforme presente entre as raízes daqueles dentes (Fig. 1) que se encontram como que afastadas pela presença do quisto. Estas características são consideradas por diferentes autores, entre eles Shafer e Col. (2), como patognomónicas do QGM.

A análise do exame radiográfico permite-nos ainda constatar que a raíz de 1.2 não completou o seu desenvolvimento o que constitui um dado concordante com o facto deste dente não apresentar sinais de vitalidade pul-

par e nos leva a concluir que a necrose se terá verificado muito pouco tempo após a erupção do dente. De salientar que a paciente e os seus familiares não se recordam de algum traumatismo da zona entre os 4 e os 7 anos de idade.

Em virtude da constatação desta necrose optámos por efectuar o tratamento em duas fases sucessivas, primeiro tratamento do canal, mais tarde e após observação da evolução entretanto verificada, a enucleação aparentemente inevitável do quisto. Após desbridamento (Fig. 2) efectuou-se aplicação no canal de pasta de hidróxido de cálcio suspenso em metilcelulose* à qual se adicionou

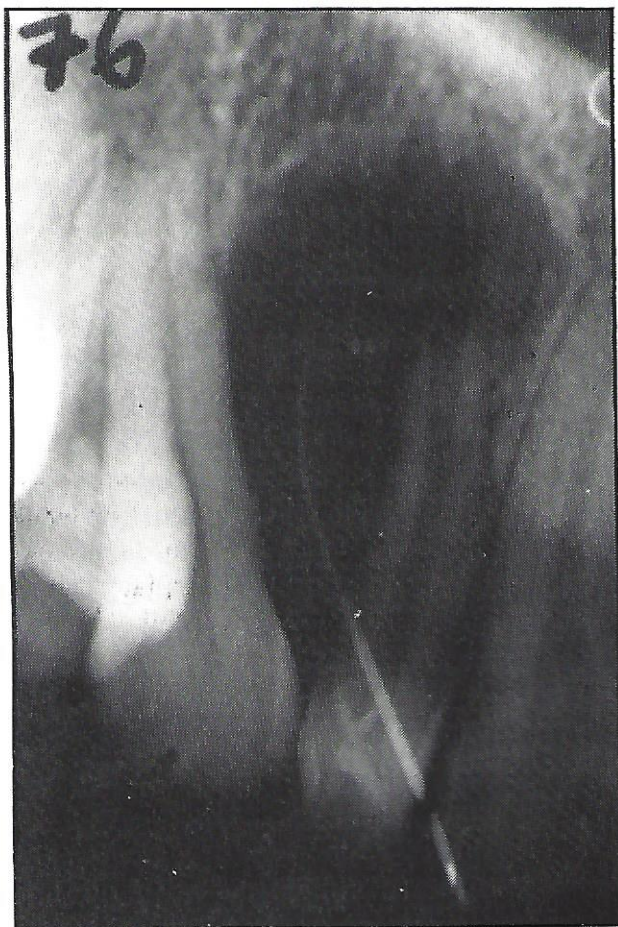


Fig. 1 — Imagem radiológica da lesão antes de iniciado o tratamento. Exploração do trajecto da fistula com um cone de guta. Data: 76/1/2

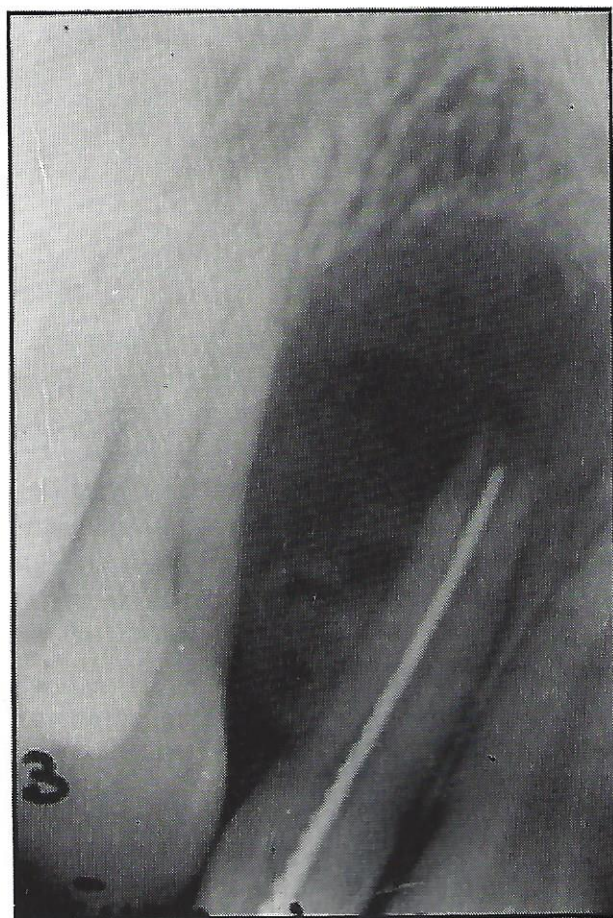


Fig. 2 — Desbridamento. Data: 76/1/2

* Reogan

iodoformio na proporção aproximada de 3 para 1 (Fig. 3). Esta pasta foi repetidamente renovada a intervalos de 2 a 4 meses durante um período de 4 anos. Ao fim deste período e tendo em conta a evolução aparentemente favorável entretanto verificada decidimos proceder à obturação do canal (Fig. 4). Desde então tem-se mantido a lenta evolução no sentido da redução da dimensão da lesão e progressiva neoformação óssea periférica e central (Fig. 5 e 6).

Neste momento e após uma evolução de 11 anos e ainda que sejam visíveis sinais resi-



Fig. 4 — Obturação definitiva. Data: 81/4/9

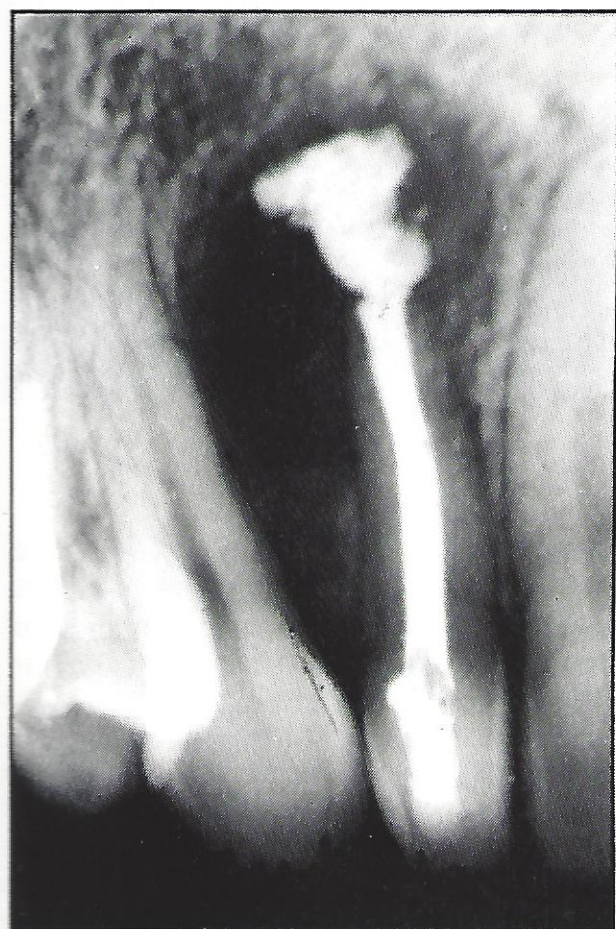


Fig. 3 — Aplicação temporária de hidróxido de cálcio e iodoformio. A fim de provocar compressão da pasta introduziu-se no canal um cone de guta de elevado diâmetro. Data: 76/1/2

duais de uma estrutura esférica admito que a lesão quística esteja curada e totalmente substituída por osso neoformado não sendo mais de considerar a necessidade de uma intervenção cirúrgica para a sua excisão.

Foi este facto, contrário ao conceito de há muito radicado na medicina de que um quisto não cura espontaneamente, antes tem de ser removido cirurgicamente, que nos levou a rever a literatura respeitante aos QGM.

DISCUSSÃO

Os dois primeiros casos de QGM foram, como já referimos, apresentados por K. Tho-

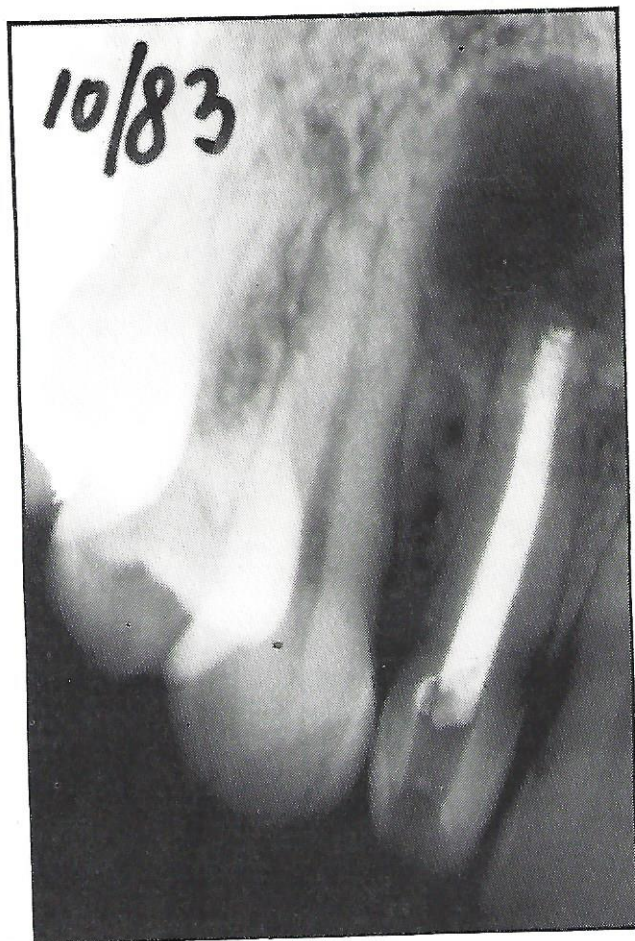


Fig. 5 — Evolução após 7 anos. Data: 83/1/17



Fig. 6 — Evolução após 11 anos. Data: 87/10/3

ma, em 1937, tendo este autor mantido ao longo dos anos que não eram de origem odontogénica mas resultantes do encravamento ou enclausuramento de epitélio residual da união dos processos ou gomos maxilar e globular da face em fase precoce do seu desenvolvimento (3). Esta origem não dentária explicaria o seu desenvolvimento entre as raízes do canino e do incisivo lateral aparentemente uma localização distinta da dos quistos inflamatórios de origem dentária.

Em 1980 Hollinshead e Schneider (4) efectuam uma revisão de 115 casos diagnosticados como QGM ou “não inconsistentes com um diagnóstico de QGM” e concluem, após verificarem que lhe foram aplicados diferen-

tes critérios de diagnóstico, que “visto que é usualmente impossível estabelecer a origem do chamado QGM, nós concordamos com outros autores no facto de que se deve suspender o uso daquela designação”.

As características histológicas do epitélio de revestimento dos QGM deveriam ajudar na sua identificação. No entanto, segundo os mesmos Autores, “o epitélio de revestimento foi descrito como estratificado pavimentoso, cuboidal, cilíndrico ou ciliado, mas visto que todas estas variedades de epitélio são também identificadas nos quistos odontogénicos a natureza do epitélio também não poderá ser considerada um critério significativo no diagnóstico do QGM”.

Também Wysocki em 1981 (5) afirma que “os resultados do seu estudo histopatológico de revisão dos 37 QGM identificados entre as 10 000 biópsias do serviço de Diagnóstico Patológico Oral da Universidade do Ontário Ocidental, permitem concluir que eram de origem odontogénica e não fissural” (Quadro 1).

Thoma são considerados por Wysocki, e outros autores, como compatíveis com um diagnóstico de quistos radiculares periapicais.

Também Shear, em 1985 (7), afirma, referindo-se aos quistos mediano palatino, mediano alveolar, mediano mandibular e globulomaxilar: “Não foi publicado nenhum trabalho nos últimos anos defendendo o ponto de

QUADRO 1. Radiotransparências Globulomaxilares (37 Casos)

Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Histopatológico	N.º de Casos
Quisto Globulomaxilar	Quisto Radicular	19
“	“ Granuloma Periapical	6
“	“ Quisto Periodontal Lateral	4
“	“ Queratoquisto Odontogénico	3
“	“ Granuloma de Células Gigantes	3
“	“ Quisto Odontogénico Calcificante	1
“	“ Mixoma Odontogénico	1

Extraído de G.P. WYSOCKI, 1981

Já em 1970, Christ (6), procedera também a uma revisão dos casos publicados. Baseando-se em três premissas essenciais para fundamentar o diagnóstico, exame radiográfico, testes de vitalidade positivos e preparações histológicas ou suas microfotografias, conclui que “o quisto globulomaxilar deveria ser eliminado da categoria de quistos fissurários orofaciais visto que os modernos conceitos embriológicos não suportam tal origem” e com base no material revisto a origem odontogénica aparece como a mais provável.

Aliás os 2 casos descritos inicialmente por

vista de que estes quistos constituem entidades” separadas.

No mesmo ano Main (8) ao fazer uma apreciação global da classificação dos quistos epiteliais dos maxilares segundo a OMS conclui “... o termo globulomaxilar deve, portanto, ser eliminado da classificação”.

Aliás, segundo Shear, na esteira de outros autores como Kitamura, mesmo do ponto de vista embriológico parece ser actualmente contestado o conceito de coalescência dos gomos da face atribuindo-se o apagamento dos sulcos entre gomos a um crescimento vindo do

mesênquima subjacente e não a uma justaposição e interpenetração que permitiria a permanência de restos epiteliais (Fig. 2).

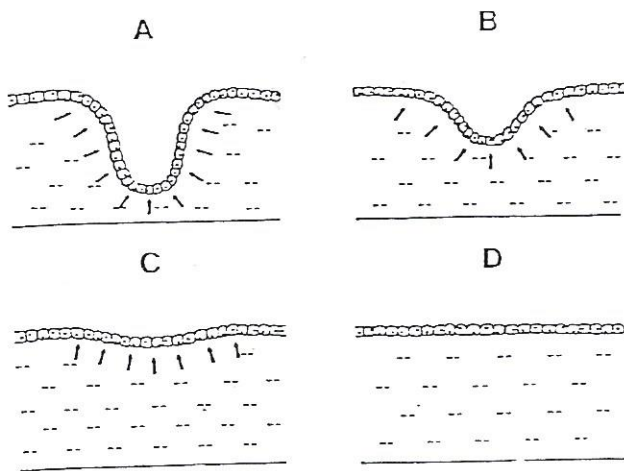


Fig. 2 — Diagrama ilustrando como a proliferação dos centros de crescimento no mesênquima leva à obliteração dos sulcos superficiais. Kitamura, reproduzido por Shear (7)

Face aos resultados das revisões efectuadas pelos Autores citados poderemos então e finalmente encarar a lesão quística apresentada não como um QGM, entidade nosológica cuja existência é posta em dúvida, mas como um quisto inflamatório originado por infecção tendo como ponto de partida o canal radicular de I.2. Por sua vez, a necrose do tecido pulpar deste dente teria sido originada por um traumatismo, no entanto negado pela paciente e pelos familiares, ou por uma penetração de bactérias através de invaginação profunda ao nível do cingulum, hipótese esta que parece mais plausível quando reexaminamos a radiografia efectuada antes da abertura coronária (Fig. 1).

Mas neste momento uma nova dúvida poderia ser levantada e ela seria quanto à efectiva possibilidade de uma lesão quística regre-

dir “espontaneamente” sem qualquer intervenção directa de remoção da sua cápsula.

Este será o momento oportuno para recordarmos que a estatística de Bhaskar (9) sobre lesões periapicais crónicas refere 48% de granulomas e 42% de quistos radiculares. Por outro lado os endodontistas referem 80 a 95% de curas nas lesões de periodontite apical crónica donde se poderá concluir que uma elevada percentagem de lesões quísticas cura só com o tratamento endodóntico.

Estamos assim perante uma contradição que induziu J. Simon a procurar uma explicação. O seu trabalho conduziu à publicação, em 1980, no JOE, do artigo “Incidência de quistos periapicais em relação com o canal radicular” (9). Vejamos então quais foram as suas constatações obtidas em resultado da análise de cortes seriados de 35 lesões quísticas apicais em que o material foi obtido de extracções dentárias em que o quisto foi removido íntegro e apenas ao apex do dente extraído e não como é habitual, de curetagem periapical (Quadro 2).

Ora J. Simon verificou que quanto à sua relação com o apex do dente haveria dois tipos de cavidades revestidas por epitélio. Num primeiro grupo a cavidade não teria qualquer relação com o apex (Fig. 7). Noutras o epitélio continuar-se-ia até ao espaço periodontal estando o foramen apical aberto dentro da cavidade quística. A estes chamou quistos em baía, “bay cysts”, e não os considera verdadeiros quistos e assinala que em cortes não atingindo o apex podem aparecer quistos verdadeiros (Fig. 8). Estes últimos quistos podem, segundo o autor, curar quando se efectua o tratamento endodóntico habitual.

Se analisarmos as percentagens relativas de cada uma das lesões periapicais identificadas por J. Simon (Quadro 2) e somarmos entre si as lesões susceptíveis de cura pelo tratamento endodóntico obteremos aproximadamente 91%, valor este próximo da percentagem de cura

QUADRO 2. Identificação das lesões periapicais recolhidas por James Simon

	N.º	%	
Granulomas não epiteliais	19	54.3	} 91.5
Abcesso apical agudo	2	5.7	
Granuloma epitelial	8	22.9	
Quisto em baía ("bay cyst")	3	8.6	
Quisto apical verdadeiro ("true cyst")	3	8.6	
Totais	35	100.1	

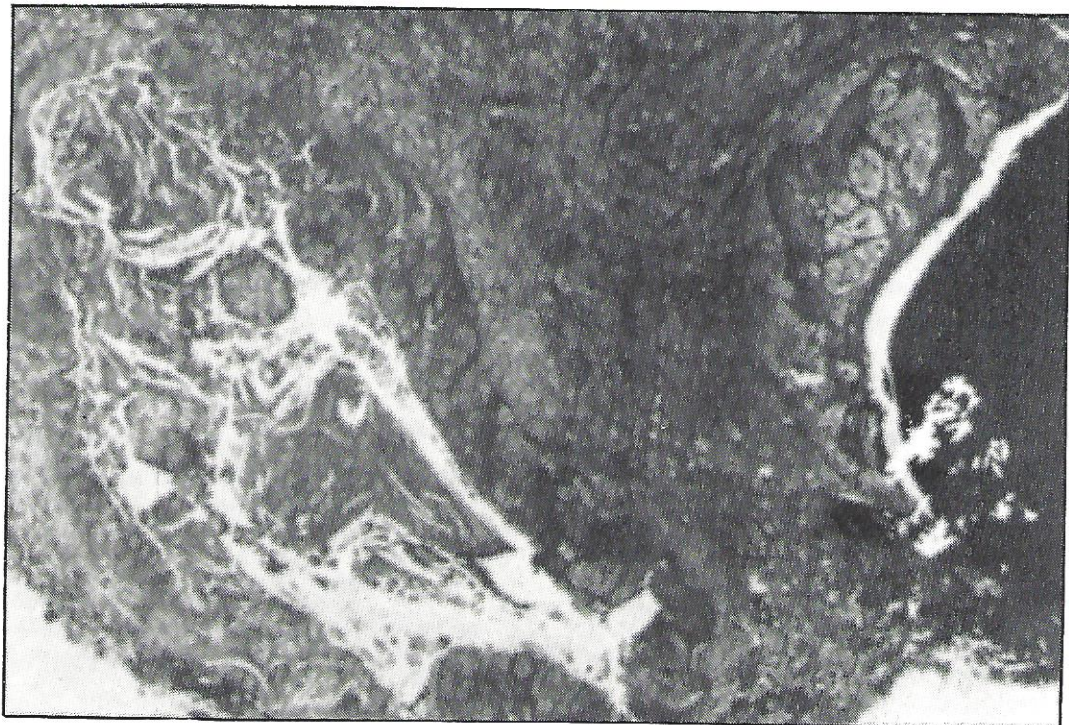


Fig. 7 — Quisto verdadeiro. Reproduzido de J. Simon (9)

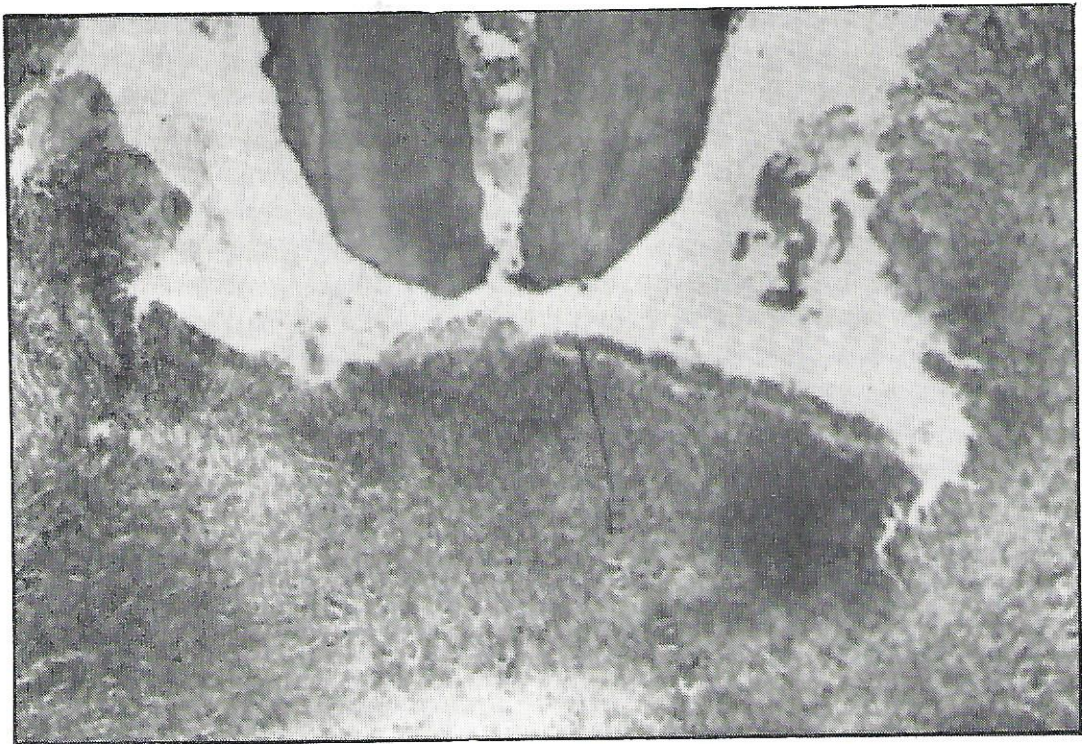


Fig. 8 — Quisto em baía. E: epitélio de revestimento da cavidade.
Reproduzido de J. Simon. (9)

de lesões periapicais referidas por diferentes endodontistas. Dispomos assim de uma explicação para a aparente discrepância verificada entre a percentagem de curas com tratamento endodóntico e a estatística de Bhaskar.

Tomando a hipótese de J. Simon como hipótese explicativa para cura do quisto do paciente cujo caso apresentámos poderíamos concluir como diagnóstico clínico definitivo deste caso que se tratará dum quisto odontogénico inflamatório, tipo quisto em baía, localizado no espaço 1.3, 1.2, originado por necrose da polpa por sua vez provocada, provavelmente, por penetração bacteriana através de uma invaginação profunda e comunicante ao nível do cingulum do 1.2.

CONCLUSÕES

Do caso clínico apresentado e das afirmações dos Autores citados retiramos as seguintes conclusões:

1. Importância de se efectuar sempre e em primeiro lugar o tratamento endodóntico dos dentes em relação directa com lesões quísticas e que não apresentam sinais vitais normais da sua polpa.
2. Manutenção de uma atitude expectante de observação todo o tempo necessário sendo de assinalar que neste caso se verificou uma evolução regressiva da lesão durante pelo menos sete anos.
3. Importância de uma atitude crítica em relação a todos os dogmas estabelecidos.

4. Necessidade de uma revisão dos casos já apresentados na literatura para fundamentar a nossa atitude perante os casos duvidosos.

5. A evolução deste caso cujas características permitem a sua identificação clínica como um quisto globulomaxilar confirma as dúvidas, já anteriormente levantadas por outros autores sobre a existência do quisto globulomaxilar como uma entidade clínica separada. Trata-se na maioria dos casos de um quisto epitelial odontogénico de natureza inflamatória pelo que se impõe sempre, como em todos os quistos dos maxilares, o cuidadoso estudo dos sinais vitais da polpa dos dentes adjacentes.

6. É possível que a localização e a forma particular dos chamados QGM sejam explicadas não pela sua origem distinta mas por aspectos puramente morfológicos da estrutura óssea da zona que se situa entre o incisivo lateral superior e o canino.

7. Se aceitarmos a hipótese de James Simon, as lesões aparentemente quísticas que curam com o tratamento endodóntico sem necessidade de intervenção cirúrgica, não são quistos verdadeiros mas cavidades quísticas em comunicação directa com o canal da raiz adjacente.

SUMMARY

The successful treatment of a cystic lesion identified as a globulomaxillary cyst determined a revision of the literature on this type of cysts. The final conclusion, based on clinical and histopathological data from leading authors, is that the so-called globulomaxillary cysts are not anymore considered a separated clinical or pathological entity.

BIBLIOGRAFIA

1. THOMA K. — Facial cleft or fissural cysts. *Int. J. Orthod.* 1937; 23: 83-9.
2. SHAFER W.G., HINE M.K., LEVY B.M. — A textbook of oral pathology, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1983, pg. 73.
3. THOMA K. — *Patologia Bucal*, 2.^a ed. esp. México: UTEHA, 1959, vol. I, pg. 875.
4. HOLLINSHEAD M.B., SCHNEIDER L.C. — A histologic and embryologic analysis of so-called globulomaxillary cysts. *Int. J. Oral Surg.* 1980; 9: 281-6.
5. WYSOCKI G.P. — The differential diagnosis of globulomaxillary radiolucencies. *Oral Surg.* 1981; 51: 281-6.
6. CHRIST T.F. — The globulomaxillary cyst: An embryologic misconception. *Oral Surg.* 1970; 30: 515-26.
7. SHEAR M. — *Cysts of the oral regions*, 2nd ed. *Dental Practitioner handbook n.º 23* Bristol: John Wright and Sons, 1983, pg. 105.
8. MAIN D.M.G. — Epithelial jaw cysts: 10 years of the WHO classification. *J. Oral Pathol.* 1985; 14: 1-7.
9. SIMON J. — Incidence of periapical cysts in relation to the root canal. *J. End.* 1980; 6: 845-8.