

Características multifatoriais do cisto de retenção do seio maxilar – revisão da literatura

Multifactorial characteristics of mucous retention cyst of maxillary sinus – review of literature

Luiz Roberto Tiepo*
Orivaldo Tavano**
Nicolau Tortamano***
Claudio Costa****

Resumo

Este artigo apresenta revisão da literatura sobre o cisto de retenção do seio maxilar descrevendo as características deste tipo de cisto mucoso. O fato de que outras lesões se pareçam com ele pode levar ao incorreto diagnóstico. O conhecimento da histologia e da fisiopatologia, bem como das características radiográficas são importantes para permitir que o diagnóstico precoce torne possível uma resolução favorável desta lesão.

Palavras-chave: Cisto de retenção; Seio maxilar; Diagnóstico bucal

Abstract

This article present a review of literature about cyst retention in the maxillary sinus describing characteristics from this kind of mucous cyst. The fact of others lesions look similar to it can take us to wrong diagnosis. The knowledge about histology and physiopathology, as well radiographic characteristics are important to allow earlier diagnosis make possible a favorable resolution of this lesion.

Key words: Retention cyst; Maxillary sinus; Diagnosis, oral

Introdução

Entre as alterações patológicas encontradas no seio maxilar pode-se citar o cisto dentífero, cisto da mucosa sinusal, osteomielite, rinólito antral, pólipos, neoplasias benignas e malignas. Os cistos da mucosa sinusal são lesões assintomáticas de ordem inflamatória crônica, acometem indivíduos de todas as raças, sexo e podem ocorrer em qualquer idade apresentando crescimento lento, de forma expansiva, mantendo a integridade da mucosa, permitindo a crepitação à palpação²¹.

O diagnóstico radiográfico de lesões ósseas é influenciado pela localização topográfica, por características específicas de alterações radiográficas particularmente encontradas em ossos longos. Muitas das lesões que ocorrem nos ossos longos estão em associação com os arcos epifisais ou metafisais, não encontradas em maxilares. Nos ossos maxilares, a presença de desenvolvimento e tecido dental maduro aponta para uma lesão de característica odontogênica, não encontrado em outros ossos, que ao envolver os tecidos ósseos desta área, produzem alterações características facilitando o diagnóstico radiográfico. Certamente, altera-

ções radiográficas são indicativas de processo patológico subjacente, uma radiotransparência unilocular bem definida, geralmente representa um cisto ou uma lesão neoplásica benigna. Radiotransparência multilocular, geralmente é acompanhada por expansão da cortical e radiopacidade focal, sendo caracterizada por um processo reativo benigno²⁵.

As radiografias convencionais da área do seio maxilar não mostram dados suficientes para a interpretação e podem induzir a um erro de diagnóstico, devido à sobreposição de estruturas anatômicas, como a concha nasal inferior, o que requer métodos mais avançados como a tomografia computadorizada^{26,27}. Uma vez comprovado o diagnóstico de cisto de retenção, o tratamento eletivo é o acompanhamento radiográfico, pois, na maioria dos casos, os cistos de retenção do seio maxilar permanecem estáticos e alguns regredem espontaneamente²².

Sendo assim, é de máxima importância o conhecimento das imagens dos cistos do seio maxilar, ao se utilizar as técnicas radiográficas como exame inicial diferencial e complementar, uma vez que as doenças que o acometem causam alterações na radiotranspa-

* Professor Titular das Disciplinas de Radiologia e Patologia Bucal do Curso de Odontologia da Fundação Regional de Blumenau (FURB).

** Professor Titular da Disciplina de Radiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

*** Professor Titular da Disciplina de Clínica Integrada e Diagnóstico Bucal da Universidade Paulista (UNIP).

**** Professor Titular da Disciplina de Imagiologia Dento-Maxilo-Facial da UNIP. Professor Associado da Disciplina de Radiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. E-mail: ccosta@ndata.com.br

rência normal do seio, auxiliando, portanto, no diagnóstico diferencial. Radiograficamente, o cisto intra-ósseo é caracterizado por uma área radiotransparente, de densidade homogênea, geralmente de forma arredondada ou ovalada envolta por linha radiopaca, representativa de esclerose óssea, nem sempre visualizada em toda a periferia.

Revisão da literatura

Considerações sobre os seios maxilares

De acordo com Gregori¹⁰ (1979), anatomicamente, os seios esfenoidais, os seios frontais, as células etmoidais e os seios maxilares são chamados de seios paranasais. No nascimento, os seios maxilares se apresentam como pequenas cavidades, que iniciam seu crescimento durante o terceiro mês de vida intra-uterina e atingem seu desenvolvimento máximo, normalmente, no início da idade adulta, por volta dos 18 anos. Sua ausência é extremamente rara e geralmente apresentam subdivisões, lojas, recessos e criptas, que são formadas por septos ósseos e membranosos. O seio maxilar tem a forma piramidal, com sua base na parede naso-sinusal e o ápice na raiz do zigoma. A parede superior ou teto situa-se sob a órbita e é constituída pela lâmina orbital da maxila, esta lâmina normalmente possui um canal ósseo que acomoda o nervo e vasos infra-orbitais. O assoalho do seio é formado pelo processo alveolar da maxila. A parede posterior ou esfenomaxilar consiste de uma fina lâmina de osso, separando a cavidade da fossa infratemporal. A parede nasal separa o seio da cavidade nasal, medialmente. A parede ântero lateral do seio ou fossa canina representa a parte facial da maxila. A cavidade nasal contém a saída do seio, o óstio, que se situa logo abaixo do teto do antro. O seio é forrado por uma fina mucosa, aderente ao periósteo e o epitélio ciliado auxilia na remoção de excreções e secreções que se formam na cavidade sinusal. A inervação é dada pelo ramo maxilar do quinto nervo craniano, como um ramo alveolar pósterio-superior deste nervo, inervando também a membrana mucosa.

Para Kruger¹⁴ (1984) existem controvérsias a respeito da função dos seios paranasais. Enumerou as funções como: fornecer ressonância à voz (notar alterações do som das palavras quando o orador está resfriado); agir como câmeras aquecedoras do ar respirado e reduzir o peso da cabeça. Durante a inspiração, a sucção através da cavidade nasal puxa alguma quantidade de ar aquecido dos seios. Os seios são interligados com as cavidades nasais por abertura ou canais de tal modo que a membrana mucosa dos seios tem continuidade com o nariz, tornando possível a ventilação e a drenagem dos seios. Sobre as condições patológicas, afirmou que cerca de 10 a 15% das condições patológicas dos seios maxilares têm sua origem nos dentes ou a eles estão relacionadas, de algum modo, incluindo-se neste grupo as aberturas acidentais do assoalho do seio durante a extração de dentes, o deslocamento de raízes e mesmo de um dente inteiro para o interior do seio, durante tentativa de remoção;

ou por infecções introduzidas no seio através do assoalho, devidas a dentes abscedados. Outras patologias encontradas no seio maxilar são: cisto dentífero, cisto da mucosa sinusal, osteomielite, rinolito antral pólipos, neoplasias benignas e malignas.

Segundo Graziani⁹ (1986), corpos estranhos podem penetrar na cavidade sinusal no decorrer de acidentes ou mesmo de tratamento odontológico, dando origem a uma patologia. O autor relata que ocorre com muita frequência a penetração de materiais de impressão utilizados na moldagem em prótese. Como fragmentos de pastas zincoenólicas ou de alginato. Estes materiais podem ser introduzidos através de um alvéolo, ao ser praticada uma moldagem antes da sua completa cicatrização, ou então quando existe uma fístula buco-sinusal. A moldagem da boca logo após as extrações é causa frequente desse acidente, cuja conseqüência, quase sempre constatada depois, é a irritação e infecção do seio, advindo uma sinusite crônica ou supurada.

Sicher e Dubrul²³ (1991) descreveram os seios paranasais como cavidades pneumáticas (preenchidas por ar) que, no homem, estão restritas ao crânio. Segundo os autores, a extensão inferior do seio dentro da base do processo alveolar é de especial significado prático, por estabelecer relações mais íntimas entre o seio e os dentes maxilares. Em casos extremos, o seio estende-se até mesmo dentro do processo alveolar, entre as raízes dos dentes, de forma que seus alvéolos se protraem dentro da cavidade. As implicações das íntimas relações entre o seio e os dentes são evidentes. O suprimento sanguíneo é dado pela artéria infra-orbitária, um ramo da artéria maxilar, sendo a drenagem linfática abundante e realizada pelos nódulos submandibulares. O seio maxilar ocupa maior parte do corpo da maxila, variando seu tamanho, consideravelmente, de indivíduo para indivíduo, mas também entre os dois lados na mesma pessoa. A extensão inferior do seio dentro da base do processo alveolar é de especial significado prático, por estabelecer relações mais íntimas entre o seio e os dentes maxilares.

Aspectos gerais das lesões císticas

Segundo Wilson *et al.*²⁶ (1985), as lesões císticas benignas, constituem grande maioria das lesões radiotransparentes dos ossos maxilares na Odontologia, pois além delas podem ocorrer outras lesões como células gigantes centrais, cistos ósseos fissurais, tumores e cistos odontogênicos. Devem ser excluídas para o diagnóstico diferencial de lesões, em primeira análise, as estruturas anatômicas que apresentam características radiotransparentes e cuja localização favorece a sua lembrança, bem como os defeitos osteoporóticos focais da medula óssea, de localização mais comum na área de pré-molares inferiores, com maior ou menor radiotransparência e relacionadas com uma hiperplasia medular, medula hematopoética residual ou reparação alterada de trabéculas ósseas.

De acordo com Shear²² (1989), lesões inflamatórias do seio maxilar devem ser incluídas e consideradas no

diagnóstico diferencial da lesão, assim como cisto radicular apical, cisto ciliado cirúrgico da maxila ou até mesmo uma sinusite.

Guimarães Junior¹¹ (1989), tecendo considerações sobre o diagnóstico diferencial das lesões císticas, lembrou que, apesar destas lesões serem as mais frequentes nos ossos maxilares, junto com o granuloma, a gama de lesões que podem manifestar-se com aspectos semelhantes é muito amplo. Como clínicos, está-se sujeito a defrontar-se com o problema de diagnosticar lesões císticas. Embora um significativo número de casos de refira a destruição óssea, estas alterações poderão representar aspectos que vão, desde variações anatômicas e, portanto, normais, até doenças malignas. Algumas das variações anatômicas podem confundir o profissional menos atento, e necessitam ser muito bem conhecidas pelo clínico. As características anatômicas que aparecem nas radiografias e que se deve ter em mente são: espaços medulares, criptas de dente em desenvolvimento, canal mandibular, forame mentoniano, forame lingual, fossa mandibular, fossa mentoniana, forame incisivo, fossa nasal, seios maxilares e forame palatino. Todas essas formas anatômicas normais aparecem com o aspecto radiotransparente, nas várias técnicas radiográficas. As variadas lesões periapicais radiotransparentes consistem em: granuloma periapical, cisto radicular, cicatriz periapical, abscesso periapical agudo, abscesso periapical crônico, osteomielite, displasia cementiforme periapical, cisto ósseo traumático, cisto dentífero, cisto radicular lateral, cisto globulomaxilar, fibroma ossificante ou cementificante central, ameloblastoma e tumores malignos. Outras doenças mais raras poderão ser lembradas, como o cisto ósseo aneurismático, tumores benignos não-odontogênicos, cementoblastoma no seu estágio inicial, lesão central de células gigantes, querubismo, tumor marrom do hiperparatireoidismo, granuloma eosinófilo, ou o odontoma nos seus estágios iniciais. Na história da doença atual, em alguns casos, o paciente é capaz de lembrar-se de um período de odontalgia, mas as lesões são comumente detectadas em radiografias de rotina. No exame clínico na maioria tem-se sinais de dente desvitalizado. Normalmente, devido ao pequeno tamanho da lesão, não se encontram sinais de aumento de volume. Radiograficamente a radiotransparência é visualizada no ápice dentário, arredondada na forma, com margens regulares mas muito bem definidas, sendo que a maioria dessas radiotransparências são pequenas. A histopatologia quando realizada, mostra endoteliócitos, fibroblastos e células características inflamatórias crônicas: (linfócitos e plasmócitos), sendo que em alguns casos encontram-se restos epiteliais de Malassez. O tratamento é feito junto com a rotina endodôntica, aconselhando-se posteriormente, uma preservação radiográfica periódica.

Gonçalves e Silveira⁷ (1993) recomendaram apenas o acompanhamento radiográfico do cisto de retenção. O controle radiográfico deve ser realizado a cada seis meses, podendo ter intervalo anual. O cirurgião-dentista deve observar o aumento dessa lesão ou a sua permanência sem alterações de tamanho durante algum tempo.

Métodos radiográficos para diagnóstico das alterações do seio maxilar

Segundo Marzola e Ferreira¹⁶ (1975), o exame radiográfico demonstra se o seio está infectado ou não, sendo que o seio normal, tem suas paredes claras e precisas, ao contrário do seio maxilar com inflamação aguda, que apresenta aspecto de vidro opaco, devido à inflamação da mucosa, e de um seio maxilar em estado crônico, onde a mucosa se apresentar tão densa quanto parece ser opaca, com contorno interno da parede pouco definido. As paredes podem variar de espessura em diferentes indivíduos e em diferentes zonas do mesmo seio maxilar. A radiotransparência do seio maxilar varia em proporção com seu conteúdo de ar e a espessura de suas paredes. Segundo os autores, os seios não guardam simetria quanto ao tamanho em ambos os lados e sua radiotransparência comparativa varia de acordo com essa característica.

Em 1985, Lin *et al.*¹⁵ relataram que a radiografia panorâmica frequentemente oferece uma excelente visão de todo o antro sinusal e sua relação com os dentes superiores, mostram ainda as alterações que ocorrem no seu interior.

Quanto à ressonância magnética Papaiz e Carvalho¹⁹ (1994) relataram tratar-se de um novo método não invasivo, pois usa uma energia equivalente a radiofrequência, com o objetivo de avaliar o comportamento de determinados elementos, frente aos estímulos eletromagnéticos. Trata-se de um método inócuo, pois não lida com radiação ionizante, com indicações absolutas que, no campo da bucomaxilofacial, mostrar-se-á com uma gama enorme de vantagens sobre os métodos convencionais.

Cisto de retenção do seio maxilar

Os cistos de retenção são caracterizados por protuberâncias únicas ou múltiplas, hemisféricas, amarelas ou esbranquiçadas na parede do antro, de tamanho variável entre o de um grão de milho e uma noz, e que ocasionalmente elas podem crescer tanto até encher por completo a cavidade antral²¹.

Millhom e Brown¹⁷ (1944) chamaram a atenção para a grande incidência de cisto de retenção mucoso em exames rotineiros para exames de diagnóstico diferencial de sinusite.

De acordo com Killey e Kay¹³ (1970) alguns cistos de retenção permanecem sem mudanças por um longo período, enquanto outros, aumentam gradualmente no tamanho, e alguns desaparecem espontaneamente. Aqueles que apresentam tamanho moderado e são assintomáticos podem permanecer sem tratamento. Contudo, se ocorrerem sintomas, a forma mais simples de tratamento é a punção e a drenagem; se isto não resolve a remoção cirúrgica se impõe.

De acordo com Halstead¹² (1973), deve haver uma relação etiológica importante entre os cistos de retenção e as doenças odontogênicas, uma vez que foi encontrado fragmentos de raízes dentárias juntamente com cistos da mucosa.

Paparella e Shumrick²⁰, em 1973, informaram que do

ponto de vista clínico na maioria das vezes o cisto de retenção é assintomático, sendo diagnosticado por meio de exames radiográficos de rotina. Quando há sintomatologia, pode-se encontrar sensação de peso, pressão, dor na face ou nos arcos dentários.

Segundo Myall *et al.*¹⁸ (1974), radiograficamente, os cistos de retenção aparecem como imagens radiopacas com bordos nitidamente arredondados, uma vez que a resistência sinusal é uniforme em todas as direções.

Segundo Gothberg *et al.*⁸ (1976), a etiopatogenia do cisto de retenção é bastante discutível, todavia há concordância que os estímulos inflamatórios, infecciosos ou alérgicos na mucosa naso-sinusal são os responsáveis pelo desenvolvimento dessa lesão.

Em 1980, Casamassimo e Lilly⁴ esclareceram que os problemas endodônticos parecem não ter papel significativo na etiologia dos cistos de retenção. Porém, por outro lado, a metade dos pacientes que apresentam doença periodontal identificável estes cistos tendem a aumentar com o aumento da severidade da doença periodontal.

De acordo com Allard *et al.*² (1981), quanto aos fatores etiológicos aos processos inflamatórios odontogênicos, ainda não há um consenso da mucosa sinusal. Quanto a distribuição, os autores afirmaram que não encontraram prevalência em nenhuma faixa etária.

De acordo com Alegre¹ (1987), as características do cisto da mucosa de revestimento dos seios maxilares apresentam as principais características encontradas na mucosa nasal. Histologicamente, o epitélio de revestimento é do tipo respiratório, colunar, pseudo-estratificado cilíndrico ciliado. O tecido conjuntivo adjacente é do tipo fibro-elástico, sendo denominado túnica própria da mucosa. Entre as fibras encontra-se a substância fundamental do tecido conjuntivo rica em carboidratos e proteínas. Além destes, encontram-se células polimorfonucleares, linfócitos, plasmócitos e macrófagos quando em presença de estados inflamatórios. Os vasos sanguíneos aparecem em pequeno número. Podem-se encontrar de forma dispersa, elementos glandulares mistos do tipo glândulas sero-mucosas. As células mucosas localizam-se ao redor dos óstios dos ductos enquanto as serosas situam-se no fundo dos ácinos.

Em 1992, Costa *et al.*⁵ apresentaram o relato de dois casos de cisto mucoso do seio maxilar. O primeiro caso era de um indivíduo, leucoderma, do gênero masculino, com 26 anos de idade, cuja lesão era assintomática, sendo detectada em exame radiográfico de rotina, pela técnica panorâmica. O segundo caso, era de um indivíduo do gênero masculino, leucoderma, com 19 anos de idade. Neste caso, o paciente queixava-se de dor e peso do lado direito do rosto. Efetuado o exame radiográfico pela técnica panorâmica, foi observada uma extensa lesão acometendo o seio maxilar direito, sendo diagnosticada como um cisto mucoso.

De acordo com Bulgarelli *et al.*³ (2002), o cisto de retenção do seio maxilar é considerado uma lesão patológica assintomática, podendo ser identificado em exame radiográfico de rotina. Dessa forma, é da máxima importância a utilização dos meios avançados de diagnóstico diferencial, como tomografias computadorizadas,

para avaliar lesões suspeitas de cisto mucoso no interior do seio maxilar. O cisto de retenção do seio maxilar, também chamado de mucocele do seio maxilar, é uma variedade incomum de retenção de muco. Constitui verdadeiro fenômeno de retenção de muco a partir das glândulas mucosas do epitélio de revestimento do seio maxilar, sendo detectado como “achado radiográfico” em radiografias dentárias e na maioria das vezes assintomática; entretanto, é de fundamental importância o conhecimento sobre a incidência, freqüência, localização e sintomatologia desta variedade de cisto. O diagnóstico pode ser complementado com a utilização de tomografias computadorizadas, pois estas proporcionam informações adicionais sobre a situação do seio maxilar, diferenciando-se das radiografias convencionais, que não apresentam dados suficientes para caracterização desse tipo de lesão. Os autores utilizaram tomografias computadorizadas para avaliar lesões suspeitas de cisto mucoso no interior do seio maxilar, de dois casos clínicos, com anuência dos respectivos pacientes. Na radiografia panorâmica pode ocorrer sobreposição de imagens das estruturas adjacentes, prejudicando o diagnóstico; nesses casos, indica-se a tomografia computadorizada. Os casos clínicos relatados mostraram quadros assintomáticos de cisto de retenção do seio maxilar, nos quais o exame radiográfico e a tomografia computadorizada foram fundamentais para o diagnóstico correto. Radiograficamente, o cisto de retenção do seio maxilar é reconhecido pela sua forma hemisférica radiopaca como uma “cúpula”, tendo como base a parede antral do seio maxilar. Seu bordo é liso e bem definido e apresenta uma típica linha cervical periférica. As bordas da imagem são curvas e bem definidas, mas não apresentam linhas radiopacas distintas, devido à ausência da cortical óssea. Não há reabsorção do osso adjacente e é muito importante a persistência da delicada linha radiopaca correspondente à cortical do próprio seio maxilar. Pela excelência das imagens, os autores recomendaram a tomografia computadorizada para a conclusão do diagnóstico, pois esta proporciona a obtenção de um número maior de informações sobre a situação do seio maxilar.

Thio *et al.*²⁴ (2003) realizaram tratamento bem sucedido de uma paciente com 31 anos de idade, diagnosticada como portadora de cisto de retenção por meio de tomografias computadorizadas, cujo tratamento consistiu na remoção do cisto por meio da técnica Le Fort I.

Discussão

O seio maxilar ocupa maior parte do corpo da maxila, variando seu tamanho, consideravelmente, de indivíduo para indivíduo, mas também entre os dois lados de uma mesma pessoa. A extensão inferior do seio dentro da base do processo alveolar é de especial significado prático, por estabelecer relações mais íntimas entre o seio e os dentes maxilares. Em casos extremos, o seio estende-se até mesmo dentro do processo alveolar, entre as raízes dos dentes, de forma que seus alvéolos se protraem dentro da cavidade²³. Das patologias que atingem o seio maxilar,

cerca de 10 a 15% têm sua origem nos dentes ou estão relacionadas a eles. Além disso, são freqüentes aberturas acidentais do assoalho do seio durante a extração de dentes; o deslocamento de raízes e mesmo de um dente inteiro para o interior do seio, na tentativa de sua remoção; e finalmente infecções introduzidas no seio através do assoalho, por dentes abscedados em suas porções apicais. Outras patologias encontradas no seio maxilar são: cisto da mucosa sinusal, osteomielite, rinólito, pólipos, neoplasias benignas e malignas^{9,14}.

Os cistos são lesões assintomáticas de natureza inflamatória crônica, que acometem pacientes de todas as raças, ambos os gêneros e que podem ocorrer em qualquer idade. Apresentam crescimento lento e expansivo, com crepitação à sua palpação. Constitui o cisto mucoso do seio maxilar um fenômeno de retenção de muco a partir das glândulas mucosas do epitélio de revestimento do seio maxilar, sendo detectado como um achado radiográfico, nos exames dentários por imagem. Para o seu diagnóstico concorrem a localização, aparência radiográfica, história de exodontia prévia na área, testes de vitalidade pulpar, aspiração e, eventualmente a biopsia incisiva. Os cistos maxilares, por serem lesões crônicas, possuem crescimento lento e assintomático sendo detectados na maioria das vezes, por exames radiográficos de rotina^{3,21,25}.

Os cistos de retenção são caracterizados por protuberâncias únicas ou múltiplas, hemisféricas, amarelas ou esbranquiçadas na parede do antro, de tamanho variável entre o de um grão de milho e uma noz, e que ocasionalmente podem crescer tanto até o preenchimento completo da cavidade antral²¹. Este cisto tem origem na mucosa do seio maxilar, sendo freqüentemente visualizado pela radiografia dentária e comumente com relativa nitidez¹⁷. De acordo com Halstead¹² (1973), deve haver uma relação etiológica importante entre os cistos de retenção e as doenças odontogênicas, uma vez que foram encontrados fragmentos de raízes dentárias juntamente com cistos da mucosa. No entanto, alguns cistos de retenção permanecem sem mudanças por um longo período, enquanto outros, aumentam gradualmente no tamanho, e alguns desaparecem espontaneamente. Aqueles que apresentam tamanho moderado e são assintomáticos podem permanecer sem tratamento²⁰. Contudo, para os sintomáticos, a forma mais simples de tratamento seria a punção e a drenagem, ou sua remoção cirúrgica¹³.

Segundo Myall *et al.*¹⁸ (1974), radiograficamente, os cistos de retenção aparecem como imagens radiopacas com bordos nitidamente arredondados, uma vez que a resistência sinusal é uniforme em todas as direções, em forma de cúpula, tendo como base a parede antral. A borda do cisto é lisa e bem definida, carecendo da típica linha cervical periférica, característica dos cistos odontogênicos. Além disso, ao contrário dos cistos odontogênicos, é muito difícil que ocorra expansão das paredes ósseas do antro como resultado da atrofia por pressão, mesmo quando ocupe por completo o seio maxilar. Já a sua etiopatogenia é bastante discutível, todavia há concordância que os estímulos inflamatórios,

infecciosos ou alérgicos na mucosa naso-sinusal são os responsáveis pelo desenvolvimento dessa lesão⁸. Para Casamassimo e Lilly⁴ (1980), os problemas endodônticos parecem não ter papel significativo na etiologia dos cistos de retenção, no entanto, nos indivíduos que apresentam doença periodontal, estes cistos tendem a aumentar com o aumento da severidade da doença. Quanto a distribuição, não há prevalência em nenhuma faixa etária, de acordo com Allard *et al.*² (1981).

Embora os cistos sejam geralmente assintomáticos, algumas vezes, podem ocorrer sintomas como sensação de repleção na região orbital e frontal ou bloqueio das narinas causado pela expansão de grandes cistos para o vestíbulo nasal. Tem sido observado que estes cistos podem permanecer estacionários em tamanho durante muitos anos, contudo podem também romper e desaparecer por completo em um tempo relativamente curto, sem qualquer intervenção cirúrgica. Além disso, ao contrário dos cistos odontogênicos, é muito difícil que ocorra expansão das paredes ósseas do antro sinusal mesmo quando a lesão ocupe por completo o seio maxilar⁵.

Histologicamente, o epitélio de revestimento é do tipo respiratório, colunar, pseudo-estratificado cilíndrico ciliado. O tecido conjuntivo adjacente é do tipo fibroelástico, sendo denominado túnica própria da mucosa. Entre as fibras encontra-se a substância fundamental do tecido conjuntivo que é rica em carboidratos e proteínas. Além destes elementos, pode-se encontrar células polimorfonucleares, linfócitos, plasmócitos e macrófagos, quando na presença de estados inflamatórios. Os vasos sangüíneos aparecem em pequeno número, podendo ainda ser encontrado de forma dispersa elementos glandulares mistos, do tipo glândulas sero-mucosas. As células mucosas localizam-se ao redor dos óstios dos ductos enquanto as serosas situam-se no fundo dos ácinos¹.

Conclusão

Após a revisão e análise da literatura pode-se concluir que o cisto mucoso ou cisto de retenção do seio maxilar é definido como sendo uma degeneração cística da mucosa sinusal cuja etiopatogenia é bastante discutível embora haja concordância de que os estímulos inflamatórios, infecciosos ou alérgicos na mucosa naso-sinusal são os responsáveis pelo desenvolvimento dessa lesão. Do ponto de vista radiográfico os cistos de retenção aparecem como imagens radiopacas com bordas nítidas arredondadas, uma vez que a resistência sinusal é uniforme em todas as direções, isto é, como uma cúpula, tendo como base a parede antral. Os limites dos cistos se apresentam lisos e bem definidos carecendo da típica linha cervical radiopaca que é característica dos cistos odontogênicos. A forma mais simples de tratamento é a punção e a drenagem, também ocorrem casos em que a remoção cirúrgica se impõe. No entanto, algumas vezes, estes cistos desaparecem espontaneamente.

Referências

1. Alegre ACM. Degenerações císticas da mucosa dos seios maxilares [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1987.
2. Allard RHB, Kwast WAM, Wall I. Mucosal antral cysts. Review of the literature and report of a radiographic survey. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1981;51(1):2-9.
3. Bulgarelli AF, Silva ABM, Paulino SM. Cisto de retenção do seio maxilar. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002;56(3):178-81.
4. Casamassino PS, Lilly G. Mucosal cysts of the maxillary sinus. A clinical and radiographic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980;50(3):282-6.
5. Costa C, Costa CAC, Ferreira ETT, Oliveira JX. Cisto mucoso do seio maxilar – apresentação de dois casos. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 1992;10(2):63-5.
6. DelBaso AM. Lesions of the jaws. *Semin Ultrasound CT MR.* 1995;16(6):487-512.
7. Gonçalves RCC, Silveira MMF. Cisto mucoso do seio maxilar: prevalência em radiografias panorâmicas. *ROBRAC.* 1993;3(8):19-22.
8. Gothberg KA, Little J, King DR, Bean LR. A clinical study of cysts arising from mucosa of the maxillary sinus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;41(1):52-8.
9. Graziani M. Cirurgia buco maxilo-facial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.
10. Gregori C. Seios maxilares: principais aspectos vinculados à Odontologia. *Ars Cur Odontol.* 1979; 6:55-60.
11. Guimarães Jr J. O problema do diagnóstico diferencial das periapicais radiolúcentes. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1989;43:251-4.
12. Halstead CL. Mucosal cysts of the maxillary sinus. *J Am Dent Assoc.* 1973;87(7):1435-51.
13. Killey HC, Kay LW. Benign mucosal cysts of the maxillary sinus. *Int Surg.* 1970;53(4):235-44.
14. Kruger GO. Cirurgia bucal e maxilo-facial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984.
15. Lin L, Chance K, Shovlin F, Skribner J, Langeland K. Oroantral communication in periapical surgery of maxillary posterior teeth. *J Endod.* 1985;11(1): 40-4.
16. Marzola C, Ferreira O. Terapêutica medicamentosa e cirúrgica das comunicações buco-sinusais. *Rev Gaucha Odontol.* 1975;22:1-20.
17. Milhom JA, Brown HA. Cysts arising from mucosa of maxillary sinus as seen in dental roentgenogram. *Am J Orthod.* 1944;30(1):12-5.
18. Myall R, Easten W, Silver T. Mucous retention the maxillary sinus. *J Am Dent Assoc.* 1974;89(6): 1338-42.
19. Papaiz EG, Carvalho PL. Métodos recentes de diagnóstico por imagem. In: Freitas A, Rosa JE, Souza IF, editores. *Radiologia odontológica.* São Paulo: Artes Médicas; 1994.
20. Paparella MM, Shumrick DA. *Otolaryngology: head and neck.* Philadelphia: Saunders; 1973.
21. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Patologia bucal.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
22. Shear M. *Cistos associados ao seio maxilar.* 2ª ed. São Paulo: Santos; 1989.
23. Sicher H, Dubrul EL. *Anatomia oral.* São Paulo: Artes Médicas; 1991.
24. Thio D, Phelps PD, Bath AP. Maxillary sinus mucocele presenting as a late complication of a maxillary advancement procedure. *J Laryngol Otol.* 2003;117:402-3.
25. Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal.* São Paulo: Artes Médicas; 1988.
26. Wilson DF, D'Rozario R, Bosanquet A. Focal osteoporotic bone marrow defect. *Aust Dent J.* 1985; 30(2):77-80.
27. Yoshiura K, Ban S, Hijjiya T, Yuasa K, Miwa K, Ariji E, *et al.* Analysis of maxillary sinusitis using computed tomography. *Dentomaxillofac Radiol.* 1993; 22(2):86-92.

Recebido em 14/10/2005

Aceito em 16/12/2005