

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL CHISTURILOR RADICULARE

Irina Turanscaia

(Conducător științific – Șcerbatiuc Dumitru, dr. hab., prof. univ., acad. de onoare al AȘR)  
Catedra de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *The diagnosis and treatment of the radicular cysts*

During the period of time 01.06.2011-01.02.2012 in the department of maxillo-facial surgery were examined and treated 1143 patients. 58 patients were diagnosed with odontogenic cysts, which represent approximately 5,07% from all hospitalized patients. The periapical radicular cysts represent nearly 77,6% of cases, the residual cysts – 12,07% and the lateral radicular cysts only 1,72%. The other 8,62% were represented by cysts of other origin.

### Rezumat

În perioada de timp 01.06.2011-01.02.2012, în Secția Chirurgie OMF din cadrul IMSP CNȘPMU, au fost spitalizați și tratați 1143 de bolnavi. Dintre aceștia, 58 de pacienți au fost diagnosticați cu chisturi odontogene, ceea ce constituie aproximativ 5,07% din numărul total de bolnavi spitalizați. Chisturile radiculare periapicale constituie circa 77,6% din numărul total de chisturi odontogene, fiind urmate de chisturile reziduale cu 12,07% , iar chisturile radiculare laterale reprezintă doar 1,72%. Restul procentelor ( circa 8,62% ) sunt reprezentate de chisturi odontogene de altă origine.

### Introducere

Chisturile maxilare nu sunt leziuni noi sau recent apărute. Leziunile maxilarelor interpretate drept chisturi au fost depistate încă în exemplarele mumificate ce aparțineau dinastiilor egiptene din anii 4500 î.Hr. Descrieri ale unor leziuni chistice maxilare au fost făcute și de Aulus Cornelius Celsus ( înc. sec. I), de Pierre Fauchard (1690-1762), John Hunter (1729-1793) ș.a. Primul text medical care a făcut referire la această entitate clinică datează din 1839. Articolul respectiv descria pentru prima dată un chist maxilar desemnat sub denumirea de „sac”.

Chistul radicular este un chist odontogen de origine inflamatorie dezvoltat din resturile epiteliale odontogene de la nivelul ligamentului periodontal, drept consecință a unei inflamații pulpare.

În raport cu poziția sa anatomică față de rădăcina dintelui sunt descrise trei tipuri de chisturi radiculare: chist periapical (chist apical periodontal), chist lateral și chist rezidual. Chisturile radiculare sunt cele mai răspândite chisturi inflamatorii, care se dezvoltă din resturile epiteliale ale ligamentului periodontal, ca rezultat al procesului inflamator apical de pe urma necrozei pulpare. Chisturile care își fac apariția în acest fel, sunt diagnosticate, în majoritatea cazurilor, în regiunea apexului dintelui afectat, dar mai pot fi observate și în regiunea laterală a rădăcinii în legătură cu un canal radicular lateral accesoriu. Destul de des chistul radicular persistă și după înlăturarea dintelui cauzal, fiind numite chisturi reziduale.

Chisturile radiculare se întâlnesc mai frecvent la bărbați decât la femei. Distribuția chisturilor radiculare în dependență de maxilar are o frecvență mai mare la maxilarul superior decât la mandibulă, avînd un raport de circa 3:1, predominant în regiunea anterioară a maxilarului superior , în jurul apexurilor dinților permanenți, în raport cu incisivul lateral, central, canin, primii doi molari și premolari. Nair (1998, 2003) descrie două tipuri de chisturi radiculare: a) chist radicular adevărat – care este constituit dintr-o cavitate închisă tapetată în întregime cu epiteliu; și b) chist- buzunar periapical ( *periapical pocket cyst* ) – în original numit de Simon „bay cyst” (1980) – în care epiteliul este atașat de marginile foramenului apical astfel, încît lumenul chistului este deschis spre canalul radicular afectat.

**Scopul lucrării** date a fost studierea răspândirii chisturilor radiculare printre populație, elucidarea factorilor etiologici, a mecanismelor și a manifestărilor clinice ale maladiei, descrierea metodelor de diagnostic și de tratament.

### **Materiale și metode**

A fost efectuată o analiză selectivă a surselor bibliografice cu privire la frecvența, etiologia, clinica, diagnosticul și tratamentul bolnavilor cu chisturi radiculare. În studiul efectuat au fost examinate 6 adresări ale pacienților în Secția Chirurgie OMF din cadrul IMSP CNȘPMU cu diagnosticul stabilit de chist radicular. Din aceste 6 adresări, un caz clinic va fi expus mai detaliat. Tuturor pacienților li s-a efectuat examenul clinic minuțios, li s-a recomandat efectuarea unor examene complementare, în vederea stabilirii unui diagnostic corect și alegerea planului de tratament adecvat. Drept surse informative au servit fișele de observație ale pacienților.

### **Rezultate și discuții**

După datele Secției de Chirurgie OMF din cadrul IMSP CNȘPMU (pentru perioada de timp 01.06.2011-01.02.2012), chisturile radiculare periapicale constituie circa 77,6% din numărul total de chisturi odontogene, fiind urmate de chisturile reziduale cu 12,07% , iar chisturile radiculare laterale reprezintă doar 1,72%.

Pentru examinarea statistică a pacienților cu diagnosticul de chist radicular se iau în considerație următoarele date despre pacienți: vârsta, sexul, localizarea procesului patologic, dinții cauzali și mediul de trai.

Vârsta pacienților adresați este cuprinsă între 23 și 75 de ani, vârsta medie fiind de 37 de ani.

Din 6 pacienți examinați, trei sunt de sex masculin și trei de sex feminin, stabilindu-se un raport de 1:1, afecțiunea înfîlnindu-se aproximativ cu aceeași frecvență la ambele sexe.

După localizare în funcție de maxilar, la patru din pacienții examinați afecțiunea a fost localizată la maxilarul superior, iar la doi – la maxilarul inferior, constituind un raport de 2:1.

În ceea ce privește dinții implicați în proces, cel mai frecvent procesul patologic a fost cauzat și s-a localizat în regiunea dinților 12, 22 și 23.

Din cei 6 pacienți examinați, patru sunt din mediul rural și doi – din mediul urban. Deci, în concluzie, putem presupune că o anumită importanță în dezvoltarea chisturilor radiculare o are nivelul de educație sanitară a pacienților, precum și accesul redus al populației la servicii stomatologice specializate.

În apariția și dezvoltarea chisturilor radiculare pot fi incriminați următorii factori etiologici: traumatici; chimici; bacterieni. Fiecare din acești factori, prin acțiunea sa asupra pulpei dentare, poate determina, în final, necroză pulpară, urmată de stimularea resturilor epiteliale Malassez care se găsesc în normă în ligamentul periodontal.

Celulele epiteliale rămân latente un timp foarte îndelungat, dar păstrează potențialitățile multiple ale epiteliului embrionar. Activarea și proliferarea acestora este inițiată sub acțiunea unor stimuli, care determină modificări ale mediului local din țesutul conjunctiv în care se află celulele epiteliale (schimbarea pH-ului și a tensiunii CO<sub>2</sub>). Deci, chisturile radiculare se formează în urma proliferării resturilor epiteliale ale lui Malassez într-un granulom cronic periapical. Persistența stimulilor inflamatori cronici derivați din necroza pulpară și, în special, endotoxinele bacteriene joacă un rol crucial în evoluția granulomului cronic periapical.

În patogeneza chisturilor radiculare se pot distinge trei faze:

1. Faza de inițiere;
2. Faza de formare a chistului;
3. Faza de creștere și extindere.

*Faza de inițiere..* Proliferarea resturilor epiteliale ale lui Malassez este inițiată de procesul inflamator, care se dezvoltă ca rezultat a acțiunii detritusului necrotic și a antigenelor bacteriene ce derivă din pulpa necrotizată. Factorul cheie ce poate iniția procesul inflamator și răspunsul

imun, și care poate cauza direct proliferarea celulelor epiteliale, sunt endotoxinele bacteriene eliberate din pulpa necrotizată.

*Faza de formare a chistului.* În cadrul acestei faze au loc un șir de procese, în urma cărora cavitatea chistului va fi tapetată cu epiteliul proliferat.

*Faza de creștere și de extindere a chistului.* Numeroase cercetări realizate de mulți savanți au demonstrat rolul important al tensiunii osmotice în creșterea și extinderea chisturilor radiculare. Mecanismul de creștere al chisturilor radiculare poate fi explicat prin expansiunea hidrostatică provocată de dezechilibrul între tensiunea osmotică a conținutului chistic și a serului sangvin omolog, concomitent cu multiplicarea celulelor peretelui chistic. Creșterea chisturilor este însoțită de degradarea țesutului conjunctiv adiacent și resorbția țesutului osos.

*Simptomele și semnele* chisturilor radiculare sunt variabile în dependență de localizarea, mărimea, direcția în care evoluează, starea complicată sau nu a chistului. În evoluția clinică a chisturilor radiculare se deosebesc două perioade succesive: o perioadă de dezvoltare latentă intraosoasă și o perioadă de deformare și exteriorizare. În cursul ambelor perioade pot surveni complicații.

*Examenul radiografic* trebuie să confirme diagnosticul clinic, să precizeze natura chistului, relațiile sale cu dinții și cu structurile din jur, precum și extensia exactă a chistului.

Chistul radicular se prezintă pe clișeu radiologic sub forma unui defect osos radiotransparent, rotund sau ovalar, cu contur net și fond omogen. Apexul dintelui cauzal se află în zona radioclară.

*Puncția exploratoare* a chistului evidențiază conținutul lichid gălbui ce conține cristale de colesterol.

*Examenul vitalității dintelui* este un examen indispensabil pentru precizarea diagnosticului și pentru a stabili atitudinea față de dinții juxtachistici.

*Biopsia.* La această metodă de diagnostic se recurge în cazul în care există unele neclarități și dificultăți în stabilirea diagnosticului de chist radicular.

*Diagnosticul diferențial* al chistului radicular se va face cu periodontita apicală cronică granulomatoasă, chistogranulom, chist traumatic al maxilarului, osteoblastoclastom, chist globulomaxilar, chist osos anevrismal, etc.

Se cunosc mai multe metode de tratament a chisturilor radiculare: atât conservatoare, cât și chirurgicale (Chistotomie sau Operația Partsch I; chistectomie sau Partsch II, etc.).

*Evoluția.* Odată format, chistul radicular are tendința de a se extinde în mod egal în toate direcțiile, similar unui balon, expansiunea chistică producându-se sub acțiunea presiunii hidrostatice a conținutului chistic.

*O complicație* posibilă este supurația secundară propagării infecției prin canalul radicular al dintelui afectat. Fractura spontană a mandibulei se poate produce în chisturile voluminoase ale regiunii laterale și ale unghiului mandibulei. În literatura de specialitate sunt citate și un număr redus de carcinoame scuamoase dezvoltate din chisturi radiculare.

*Profilaxia* osteomielitei odontogene include: vizita stomatologului de 2 ori pe an, asanarea cavității bucale, înlăturarea factorilor etiologici, ridicarea imunității organismului, iluminarea sanitară a populației și accesul populației la serviciile medicale.

## **Concluzii**

1. Chisturile radiculare sunt cele mai frecvent întâlnite chisturi odontogene, constituind circa 79,3% din numărul total al acestora. Se întâlnesc aproximativ cu aceeași frecvență la bărbați și la femei, în raport de 1:1. Ele sunt localizate mai frecvent la maxilarul superior decât la cel inferior, predominant în regiunea anterioară a maxilei, întâlnindu-se mai frecvent la persoanele cu vîrsta cuprinsă între 20 și 60 de ani.
2. Factorii etiologici incriminați în apariția lor pot fi de natură chimică, bacteriană sau traumatică, stimulînd proliferarea resturilor epiteliale Malassez din ligamentul periodontal. Factorul cheie ce inițiază formarea acestora sunt endotoxinele bacteriene

eliberate din pulpa necrozată, iar mecanismul de creștere se explică prin expansiunea hidrostatică dată de diferența tensiunii osmotice.

3. Semnele și simptomele clinice sunt variabile în dependență de mai multe criterii: localizare, mărime, direcția de evoluție, etc., chisturile radiculare putând evolua mult timp asimptomatic, fiind diagnosticate ocazional în timpul unui examen radiologic, fie la suprainfectarea lor și apariția semnelor clinice specifice proceselor inflamatorii.
4. Diagnosticul stabilit corect și precoce contribuie la instituirea unui tratament eficient și previne apariția complicațiilor ulterioare posibile și reduce considerabil suferințele pacientului.

### **Bibliografie**

1. Borovski E.V., Barîșeva I.D., Maximovski I.M. ș.a., Chișinău, 1990, p.215-217.
2. Browne R.M. (1975) The pathogenesis of odontogenic cysts: a review. *Journal of Oral Pathology* 4, p.31-46.
3. Kruger E., Worthington Ph. Хирургическое лечение кист //Квинтэссенция.-1991. №5/6. p.381-395.
4. Mărgăritescu C., Simionescu C., Surpățeanu M. Tumori și Pseudotumori Maxilare. Editura Sitech, 2010. p.152-159.
5. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery 5th ed. p. 175-190.
6. Siminovici V.P. Probleme actuale în diagnosticul și tratamentul chisturilor odontogene ale maxilarelor la copii. // Autoreferatul tezei de doctor în științe -medicale. Chișinău, 1998. p.7-18.
7. Shear M., Spreight P.M. Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions (4th ed.), 2007. p. 1-3;123-143.
8. Strukov A. Anatomie patologică / A.Strukov, V.Serov; trad. din limba rusă de I. Zota ș.a.- Chișinău: Medicina, 1999 –p.662-663.
9. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie buco-maxilo-facială. Chișinău. Universitas, 1992. p. 378-389.
10. Агапов В.С., Смирнская Т.В., Кошнова З.Д. Клинико-морфологическая характеристика околокорневых кист, граничащих с верхнечелюстной пазухой // Стоматология.- 1987. №2, с.37-38.
11. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Е.А., Бадалян В.А. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы. МИА, Москва, 2004. с. 5-30.
12. Губайдулина Е.В., Цегельник Л.Н., Лузина В.В., Чергештов Ю.И. Практическое руководство по поликлиническому разделу хирургической стоматологии, МИА, 2007. – с.92-108.
13. Заусаев В.И., Наумов П.В., Новоселов Р.Д. и др. Хирургическая стоматология. Москва, Медицина, 1981. – с.414-421.
14. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. С.Пб, 2000. – с.217.
15. Робустова Т.Г. и др. Хирургическая стоматология. Медицина, Москва, 1990. – с.469-480.
16. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно – лицевой области и шеи. Здоров'я. Киев, 1982. с. 3-73.
17. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002. с. 676-697.
18. [www.articlebase.com/medicine-articles/cysts-of-maxillofacial-region.html](http://www.articlebase.com/medicine-articles/cysts-of-maxillofacial-region.html)