

## **Lesão osteolítica extensa em maxila com intensa sintomatologia dolorosa: relato de caso**

Gabriel Bispo Botari<sup>1</sup>, Yeltsin Arsenio López-Ortiz<sup>1</sup>, Fernanda Gabriela Guimarães<sup>1</sup>, Thiago Henrique dos Santos Antunes Albertassi<sup>2</sup>, Ángel Terrero-Pérez<sup>3</sup>, Mariela Peralta Mamani<sup>1</sup> (0000-0002-0243-9194)

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia do Centro Oeste Paulista, Piratininga, São Paulo, Brasil

<sup>2</sup> Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil

<sup>3</sup> Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil

Lesões osteolíticas extensas em maxila podem levar ao comprometimento de seio maxilar (SM), corticais ósseas e fossas nasais. O objetivo é apresentar um caso de lesão extensa infectada com sintomatologia dolorosa. Homem de 26 anos, feoderma, com queixa de “dor na metade do rosto”. Paciente com histórico de trauma há 2 semanas, devido a queda de 1.5 metros, durante o trabalho. Apresentava aumento de volume desde a região orbicular esquerda até a comissura bucal, vermelhidão, dor intensa à palpação e dificuldade respiratória da fossa nasal esquerda. Clinicamente, tumefação no fundo de sulco, desde o 12 até o 24, 11 com mobilidade, dor à palpação, percussão e fístula no periápice do 21. A radiografia periapical mostra ausência de lámina dura do 11, 21, 22, 23, 24. A radiografia panorâmica revela lesão radiolúcida circunscrita, unilocular, desde a região periapical do 25 até a mesial do dente 13, sobreposto ao terço médio dos dentes adjacentes. A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) evidencia uma extensa lesão hipodensa, irregular, borda parcialmente corticalizada, reabsorção radicular externa do 21, 22, 24, 25, afinamento, expansão e alguns pontos com rompimento das corticais vestibular e palatina, rompimento da parede anterior do SM esquerdo, adelgaçamento do assoalho da fossa nasal e SM, medindo 4 x 3.0 x 3.5 cm. A hipótese foi de cisto periapical (CP) e queratocisto odontogênico. Foi feito drenagem pela fístula e abertura coronal do 21 (saindo exsudato purulento) e prescrito medicamentos (antibióticos e analgésicos). A biopsia confirmou o diagnóstico de CP e foi indicado realizar tratamento endodôntico dos dentes adjacentes e cirurgia para marsupialização e enucleação. A TCFC contribuiu no diagnóstico e plano de tratamento. Observou-se a compressão das conchas nasais inferiores, levando a dificuldade respiratória. Portanto, o CP em maxila pode comprometer SM, fossas nasais e reabsorção de dentes. Quando infectado, pode levar à sintomatologia dolorosa.