

Luiz Roberto Coutinho Manhães Júnior



1290005208

TCE/UNICAMP
M314c
FOP

Cisto Mucoso do Seio Maxilar

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Especialista em Radiologia Odontológica.

PIRACICABA, 2002.

Luiz Roberto Coutinho Manhães Júnior

Cisto Mucoso do Seio Maxilar

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Especialista em Radiologia Odontológica.

Orientador: Prof. Dr. Frab Norberto Boscolo

084

PIRACICABA, 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

N.º Classif. _____
 N.º autor 11/20/10
 V. _____
 Tombo _____

Unidade - FOP/UNICAMP
 CE/UNICAMP
 Ed. _____
 Ex. _____
 Tombo 5208
 C D
 Doc. 16P.134/2010
 Preço R\$ 21,00
 Data 14/12/10
 Registro 777319

Ficha Catalográfica

M314c Manhães Jr., Luiz Roberto Coutinho.
 Cisto mucoso do seio maxilar. / Luiz Roberto Coutinho Manhães Jr. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2002.
 31f.

Orientador : Prof. Dr. Frab Norberto Bóscolo.
 Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Patologia. 2. Radiografia panorâmica. I. Bóscolo, Frab Norberto. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Dedico esta monografia à minha amada família,
principalmente meu pai Beto, minha mãe Biba,
meus irmãos Zé, Gustavo e Aninha e
meus avós Wolney, Irani e Zazá.

Especialmente dedico ao meu querido
avô Zé e aos outros parentes e amigos
que não estão mais aqui para
compartilhar estas alegrias.
Dedico ainda à minha namorada
Marta e aos meus amigos.

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente, o prof. Dr. Frab Norberto Boscolo por ter me orientado e se dedicado a mim mesmo tendo seu tempo muito atribulado.

Agradeço ainda os outros professores do curso Dr. Francisco Haiter Neto por sempre estar disposto a ajudar e ensinar, o Dr. Agenor Montebelo Filho pela nossa amizade criada neste ano e todo apoio necessário para a realização deste trabalho e a Dr.^a Solange M. Almeida pelos conhecimentos em clínica.

Agradeço especialmente meus colegas de curso pela nossa união e amizade criada aqui dentro.

Agradeço ao Fernando, Luis Felipe, Carlos e Cristiano pelos momentos felizes vividos em nossa “república” e por ter ganho estes como irmãos.

Agradeço por fim os funcionários da clínica Valdequi, Antônio e Giselda e a Raquel e Bruna da secretaria.

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

*“A grandeza não consiste em receber honras,
mas em merecê-las” (Aristóteles)*

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|----|
| <i>Sumário</i> | 7 |
| <i>Lista de figuras</i> | 8 |
| <i>Resumo</i> | 9 |
| <i>Abstract</i> | 10 |
| <i>1. Introdução</i> | 11 |
| <i>2. Revisão da Literatura</i> | 13 |
| <i>3. Discussão</i> | 23 |
| <i>4. Conclusão</i> | 27 |
| <i>Referência Bibliográfica</i> | 29 |

LISTA DE FIGURAS

- *Figura 1* → radiografia panorâmica mostrando o cisto mucoso no assoalho do Seio Maxilar esquerdo. Imagem retirada de arquivo próprio.
- *Figura 2* → vista aproximada de um cisto mucoso. Imagem de arquivo próprio.

RESUMO

Por meio de estudos em radiografias panorâmicas e levantamento bibliográfico, procura-se descrever o cisto mucoso do seio maxilar em seus aspectos clínicos, radiográficos e histológicos. Os trabalhos analisados mostram que em radiografias panorâmicas, esta lesão apresenta-se entre 2% e 10% das amostras, principalmente em pacientes leucodermas do gênero masculino. A faixa etária de maior incidência é entre 20 a 30 anos e o lado do Seio acometido com maior frequência é o direito, tendo a característica, na grande maioria dos casos, de ser unilateral. Alguns autores ainda relatam a relação com alergias ou infecções em vias respiratórias superiores. O diagnóstico diferencial tem grande importância no prognóstico e tratamento. O cisto mucoso do seio maxilar tem características radiográficas claras de massa uniforme e opaca, com forma de cúpula geralmente em assoalho. Para tratamento, é indicado o acompanhamento radiográfico visto que, na grande maioria dos casos, é assintomático e a cura se dá por ruptura espontânea e extravasamento do fluido cístico.

ABSTRACT

Through panoramic radiographs and a careful review of the literature, the clinical, radiographic and histological aspects of the mucous cyst of the maxillary sinus are described. It is shown in the literature that this lesion can be seen in 2% to 10% of the panoramic radiographs, especially in white male patients. It affects patients who are around 20 and 30 years old and the right sinus is usually more involved. Most cases are unilateral. Some authors report its connection with allergies or infections in the superior airway. The differential diagnosis is fundamental for the prognosis and treatment. This lesion has a uniformly radiopaque radiographic aspect which can be similar to a cope and is often present in the region of the floor of the sinus. The radiographic follow-up of the patient is suggested because this cyst is usually asymptomatic and its healing process is related to spontaneous rupture and extravasation of the cystic fluid.

1. INTRODUÇÃO

Com a descoberta da radiografia panorâmica por Paatero em 1965, o seu emprego tem sido motivo de muitos estudos, (**Freitas & Rosa & Faria e Souza, 1998**). Por ser esta técnica um exame de fácil realização e baixo custo, tem sido indicado como rotina na prática odontológica, graças a sua amplitude de visualização com baixa quantidade de radiação em um único exame. Em decorrência disso, algumas patologias que anteriormente passavam despercebidas ou não eram vistas nos exames convencionais, passaram a ser notadas e melhor estudadas pelos profissionais Cirurgiões Dentistas.

O cisto mucoso do seio maxilar, assim chamado por alguns autores, é uma lesão de relevante importância, por ser a patologia que mais atinge o seio maxilar. Por ser uma descoberta recente, há muita discordância entre os autores sobre a correta nomenclatura e patogenia que segundo eles, pode ser nomeado como: cisto seroso, cisto de muco, cisto de retenção, pseudocisto, cisto mucoso benigno mucocele.

Quanto a sua origem, há duas linhas divergentes de pensamentos: os que acreditam que o cisto tem ligação com a condição de saúde bucal tanto dentária quanto gengival e os que acreditam em causa alérgica e irritativa. Sua descoberta, na grande maioria das vezes, se faz durante a interpretação das imagens nas radiografias panorâmicas de rotina e para seu estudo e diagnóstico pode ser associado a outras técnicas como a pósterio-anterior com apoio em mento, também chamada técnica de Waters. Apesar de ter uma forma clássica de cúpula invertida, de consistência homogênea e levemente radiopaca, devem ser diferenciados dos cistos odontogênicos periapicais, pólipos e neoplasias.

O cisto de retenção mucoso pode ser dividido em: secretores e não-secretores. A sua localização, prevalência por sexo e idade são características clássicas e unânimes. Já sua sintomatologia é ausente em quase todos os casos, porém pode ocorrer cefaléia, fadiga, neuralgia facial e em casos extremos vertigem.

O tratamento mais indicado é o acompanhamento radiográfico e no caso com sintomatologia é realizada a retirada cirúrgica. É indicado, ainda, o acompanhamento por um otorrinolaringologista para tratamentos de eventuais causas ligadas às alergias, sinusites crônicas, rinites e congestionamentos nasais.

Assim, o objetivo deste trabalho é estudar o cisto mucoso dos maxilares e esclarecer eventuais dúvidas para os profissionais da odontologia.

2. REVISTA DA LITERATURA

Atualmente muito se discute a respeito do cisto mucoso do Seio Maxilar no que tange à melhor maneira de detectá-lo clínica e radiograficamente.

Segundo ensinam **Sicher & Brull (1977)**, na parte craniana e facial de todo indivíduo normal existem as cavidades pneumáticas que são revestidas por uma membrana mucosa, que por sua vez se comunicam direta ou indiretamente com o aparelho respiratório. Essas cavidades são os seios pneumáticos que têm como maior seio, o maxilar, que por si só ocupa todo o corpo da maxila de ambos os lados.

Ohba (1975) afirmou que, em radiografia panorâmica, o Seio Maxilar nunca aparece com detalhes, mesmo assim, foi e continua sendo utilizada para se diagnosticar algumas patologias como também anormalidades faciais. Graças à considerável melhora tecnológica da qualidade da imagem formada, é expressivo o uso da radiografia panorâmica pela classe odontológica.

Através de outro estudo, **Ohba (1976)** em seu trabalho comparativo entre a radiografia panorâmica e a póstero-anterior com apoio em mento, técnica de Waters, sugere que, para se detectar anormalidade em seio maxilar, evitando-se a sobreposição da concha nasal inferior, é necessária a conjugação das duas técnicas. Como o próprio autor relatou, uma técnica não será capaz de substituir a outra, apenas complementá-la.

Dentre as vantagens da ortopantomografia, podemos enumerar a amplitude de visualização em um único exame, o posicionamento e a baixa dose de radiação incidente no paciente, além de seu custo reduzido (**Lyon & Rocksville, 1973**). A ampla visão do seio maxilar com os limites das paredes ântero-medial, póstero-medial e do assoalho possibilita, a detecção de patologias nessas regiões (**Ohba, 1977**).

A radiografia panorâmica permite ainda a visualização do assoalho do seio maxilar devido ao tangencionamento do feixe de Raios X à parede posterior como ensina **Ohba et al (1991)**. Isto permite identificar com clareza a presença do cisto mucoso, principalmente em sua parede inferior. **Bulgarelli et. al. (2002)** relataram a importância da tomografia computadorizada frente a obtenção de maiores detalhes sobre a situação do seio maxilar, além do aumento do seu uso.

Como citado anteriormente, quanto à localização do cisto mucoso em assoalho sinusal, há unanimidade entre os autores, e como ressalta **Allard &**

van der Kwast & van der Waal (1981), é encontrado na região do assoalho graças à influência da gravidade da Terra. Por meio de levantamentos, chegou-se à conclusão de que uma porcentagem mínima aparece na parede lateral.

Dentre as formas de se detectar patologias como a do cisto mucoso, a utilização da radiografia panorâmica, onde em muitas vezes é empregada apenas como exame de rotina, tem se mostrado muito eficaz para o diagnóstico, onde é encontrado ocasionalmente, devido a sua assintomatologia característica.

Sammartino (1965) relatou alguns sintomas, quais sejam, dor de garganta e desconforto na região dos seios. **Gothberg et. al. (1976)** citou ainda cefaléia, velamento sinusal e entupimento nasal, além desses, **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)** apresentou fadiga geral, escorrimento nasal, neuralgia facial, otite média serosa, neurite óptica e artrites associadas às articulações como outros sintomas.

Segundo os autores **Kwapis & Whitten (1971)**, **Myall & Eastep & Silver (1974)**, **Soikkonen & Ainamo (1995)** e **White & Pharoah (2000)** o cisto mucoso pode ser classificado quanto a sua formação: em secretores e não-secretores. O primeiro tipo é aquele em que há obstrução de um ou mais ductos secretores da glândula sero-mucosa, em decorrência de processo inflamatório e o segundo caso, ocorre um acúmulo de muco no tecido sub-epitelial e fora da

entidade glandular, devido à irritação inflamatória na parede do seio maxilar. Isto acarreta danos aos capilares, causando a coalescência tecidual.

Embasado nos estudos de **Halstead (1973)** e **Myall & Eastep & Silver (1974)**, **Costa et. al (1992)** afirmaram que a superfície externa do cisto, voltada para a parede do seio maxilar, é formada por epitélio respiratório caracterizado como pseudoestratificado colunar ciliado. O fluido acumulado tem característica de ser fino, claro, transparente e por fim, estéril (**Sammartino, 1965**). Sua composição, conforme descreveram **Kwapis & Whitten em 1971**, é de um material eosinófilo amorfo em que podem ser encontradas células inflamatórias como os linfócitos. Internamente, forrando a luz do cisto, **Wood & Goaz, (1980)** descreveram fibroblastos achatados e alongados, sendo composta uma parede cística de feixes entrelaçados com fibras colágenas. **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)** relataram que o líquido cístico tem consistência semelhante ao muco e soro sangüíneo.

Gonçalves & Silveira (1993) descreveram radiograficamente essa patologia como sendo uma lesão homogeneamente radiopaca, com limites bem definidos, em forma de cúpula ou esférica, de dimensão variável, base larga e sem cortical óssea circunscrevendo-a.

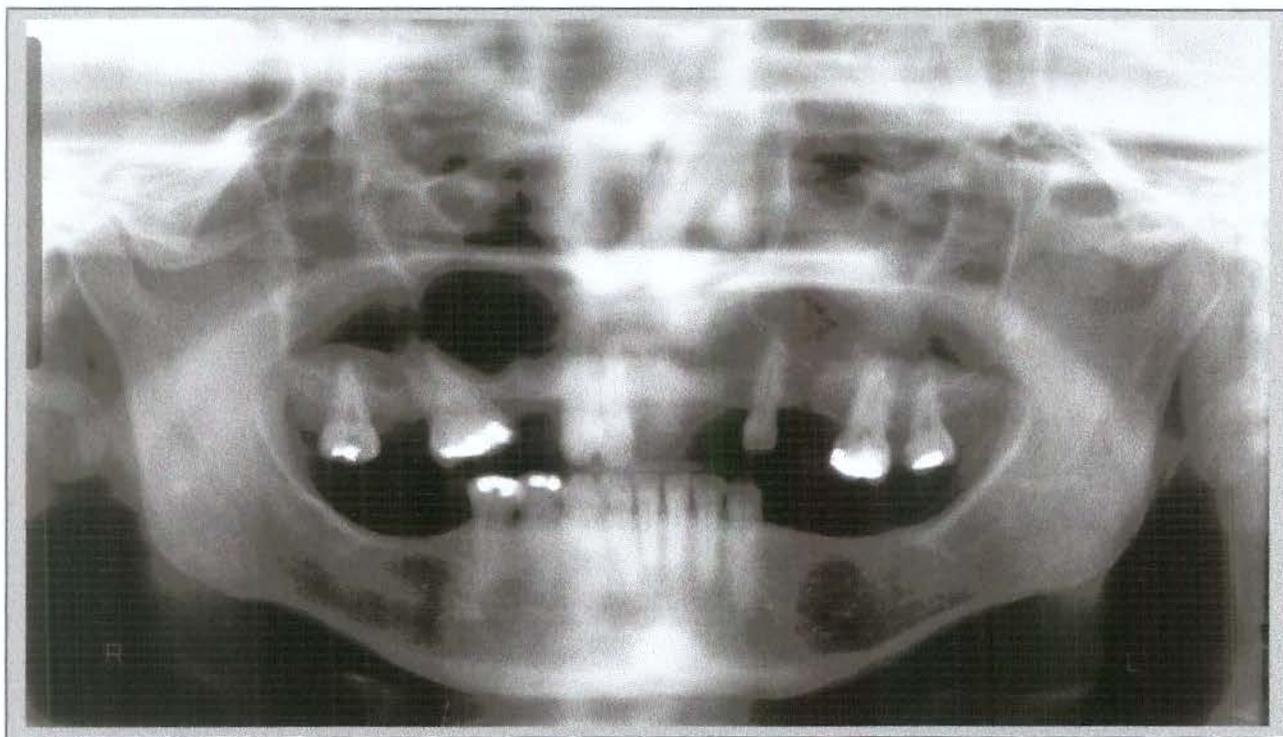


Figura 1.

Halstead (1973), Allard & van der Kwast & van der Waal (1981), White & Pharoah (2000) entendem que a patogenia é incerta. Myall & Eastep & Silver (1974) e Casamassimo & Lilly (1980) acreditam que há forte ligação com os processos alérgicos, rinites e sinusites, além de relacioná-la com infecções. Gothberg *et. al.* (1976) acredita que sua aparição possa ter relação ainda com história de trauma e processo infeccioso dental.

Casamassimo & Lilly (1980) apresentaram dentre os pacientes estudados, 40% não apresentaram alergias, 23% apresentaram alergia a pólen, 5% apresentaram problemas respiratórios e 7% apresentaram alguma linfadenopatia cervical.

Sammartino (1965) e **White & Pharoah (2000)** afirmam que não há ligação com patologias dentárias, gengivais e exodontia. **Soikkonen et. al. (1994)** encontrou em seu trabalho, cistos em pacientes dentados e edêntulos. O mesmo autor, em 1995, relatou que a causa odontogênica não é o maior contribuinte na formação do cisto

Halstead (1973) e **Myall & Eastep & Silver (1974)** afirmam que infecções pulpares e periodontais podem penetrar no seio, dando origem ao cisto mucoso, devido aos processos inflamatórios. **Casamassimo & Lilly (1980)** encontraram apenas 5% dos pacientes com tratamento endodôntico no mesmo quadrante do cisto e outros 5% apresentavam problemas periodontais graves.

Casamassimo & Lilly (1980) acreditam na influência das estações do ano, na formação do cisto mucoso, mais especificamente do final do inverno. **White & Pharoah (2000)** associam a relação entre a temperatura e umidade do tempo, mas não afirmam relação.

Halstead (1973), **Shafer & Hine & Levy (1983)** e **Soikkonen & Ainamo (1995)** concluíram que não há diferença estatisticamente considerável

entre a predileção ao sexo no aparecimento do cisto. **Myall & Eastep & Silver (1974)** afirmaram que o aparecimento do cisto mucoso no gênero masculino, chega a ser na relação de 2:1. **Casamassimo & Lilly (1980)** divulgaram a quantidade de pacientes masculinos acometidos por esta patologia chega ao número de 65% contra apenas 35% do gênero feminino. **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)**, **Costa et. al. (1992)** e **White & Pharoah (2000)** acreditam na maior ocorrência no gênero masculino. **Gonçalves & Silveira (1993)** apresentaram uma diferença menor, mas que atinge 51,8% dos pacientes masculinos.

Gothberg et. al. (1976) afirmou que se poderia encontrar o cisto mucoso em todos os grupos de idade com exceção apenas para o infantil. **Halstead (1973)**; **Myall & Eastep & Silver (1974)** e **Costa et. al. (1992)** comprovam que quando se trata da idade dos pacientes o aparecimento ocorre principalmente após as primeiras décadas de vida, em especial a segunda. **Casamassimo & Lilly (1980)** concluíram que em 69% dos casos estudados, a ocorrência se deu na terceira década de vida, não havendo, porém relação entre o tamanho do cisto e a idade do paciente.

Halstead (1973) verificou-se apenas 23% de pacientes negros acometidos por essa patologia e 77%, leucodermas. O cisto mucoso é uma lesão que tem grande preferência por indivíduos leucodermas como cita **Costa et. al., (1992)**.

O cisto mucoso é considerado uma patologia simples conforme **Kwapis & Whitten (1971)**, **Ohba & Katayama (1976)** e **White & Pharoah (2000)** que consideraram raridade quando se têm cistos bilaterais.

Lilly & Cuther & Steiner (1968) citam o lado esquerdo como sendo o preferido pelo cisto mucoso. **Halstead (1973)** acredita no aparecimento dessa patologia na relação de 2:1 em comparação ao lado oposto. **Casamassimo & Lilly (1980)** e **Gonçalves & Silveira (1992)** mostram, respectivamente, 55% e 75% como valores numéricos de aparecimento do cisto no seio maxilar esquerdo e direito. **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)** e **Campos (2001)** afirmam não haver preferência pelo lado atingido.



Figura 2.

Wood & Goaz (1980) alertam ao cuidado em diferenciar a sombra da asa do nariz quando projetada sobre a imagem ínfero-anterior do Seio com o cisto mucoso. Recomenda-se realizar outra radiografia com alterações nas angulações para se evitar esta sobreposição. Os pólipos sinusais são menos comuns e sempre estão associados a quadros alérgicos. Além disso, os pólipos são múltiplos, relacionados a espessamento da mucosa e não solitários como a lesão em questão. Outra hipótese é dificuldade no diagnóstico de outros tipos de cistos como o radicular, o dentígeno, o primordial e o globulomaxilar. Analisando, verifica-se que os cistos extrínsecos sempre estarão ligados aos dentes, além de conservarem uma linha radiopaca curva e fina, que os separa da sombra do Seio.

Wood & Goaz (1980) relatou ainda os tumores malignos como diagnóstico diferencial. Usualmente, são assimétricos ou de contornos irregulares, porém, em casos extremos, podem parecer bem semelhantes. A grande evidência é a destruição óssea das paredes do seio, principalmente a posterior, acompanhada de parestesia, o que indica sua malignidade.

Finalizando, o tratamento ocorre com ruptura do cisto sem dano residual, ou a regressão espontânea. **Halstead (1973)** prefere o acompanhamento do otorrinolaringologista aos pacientes com sintomatologia presente e a exérese da lesão tentando evitar seu colapso. **Gothberg et. al. (1976)** aconselha fazer exames

radiográficos periódicos para controle e manutenção do tamanho da lesão. Em caso de incerteza no diagnóstico, é indicada a biópsia o mais cedo possível.

3. DISCUSSÃO

Como a descoberta do cisto mucoso é superior se comparada a outras patologias que acometem o seio maxilar, nota-se a grande importância em se fazer um preciso diagnóstico para se eliminar erros no prognóstico. O exame radiográfico de rotina é a principal maneira de diagnosticá-lo, principalmente em se tratando dos casos assintomáticos. Apesar de raros, há casos em que os pacientes apresentam sintomas que foram relatados por **Sammartino (1965)** e complementado pelos estudos de **Gothberg et. al. (1976)** e **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)**. Radiograficamente, o cisto é reconhecido classicamente pela sua forma hemisférica radiopaca de “cúpula” invertida, tendo como base o assoalho do seio maxilar. **Ohba (1976)** relatou que para se diagnosticar corretamente o cisto mucoso, poderia haver a associação da radiografia panorâmica com a técnica de Water’s. Porém, **Bulgarelli et. al. (2002)** citaram que, atualmente, a tomografia computadorizada é uma técnica radiográfica capaz de detalhar a região sinusal acometida pelo cisto e evita a sobreposição de estruturas anatómicas adjacentes como ocorre nas técnicas convencionais. A

superfície externa do cisto, voltada para a luz do seio maxilar, é composta por um epitélio respiratório que na sua luz cística contém um líquido semelhante ao muco. Esta lesão não tem a capacidade de reabsorver estruturas ósseas adjacentes.

A etiologia desta patologia é controvertida conforme as citações de **Halstead (1973)**, **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)**, porém **Myall & Eastep & Silver (1974)** e **Casamassimo & Lilly (1980)** em seus estudos acreditam na correlação com os processos alérgicos e **Halstead (1973)** e **Myall & Eastep & Silver (1974)** acreditam na possível relação com problemas dentários e periodontais, principalmente através de infecções que penetram no seio dando origem ao cisto mucoso e acrescentando-se a essas citações, **Gothberg et. al. (1976)** que acreditam na história de trauma e processo infeccioso dental. Ilustrando, **Casamassimo & Lilly (1980)** encontraram 5% dos pacientes com problemas periodontais graves e outros 5% apresentavam tratamento endodôntico no mesmo quadrante do cisto, não sendo, portanto, regra para a formação do cisto mucoso.

Quando se trata da influência da época do ano, **Casamassimo & Lilly (1980)** acreditam que há relação, mais especificamente do final do inverno, porém há autores como **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)** e **Campos (2001)** que discordam desse pensamento. Já **White & Pharoah (2000)**

por sua vez, acreditam na relação entre a temperatura e umidade, mas não afirmam haver relação com a estação climática.

Apesar de ocorrer grande discórdia entre os autores, **Kwapis & Whitten (1971)**, **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)**, **Costa et. al. (1992)** e **White & Pharoah (2000)** que acreditam que o gênero masculino seja o mais acometido. Porém, contradizendo esses autores, **Halstead (1973)**, **Shafer & Hine & Levy (1983)** e **Soikkonen & Ainamo (1995)** em seus estudos, consideram estatisticamente irrelevante a predileção de formação do cisto em relação ao sexo. Nota-se, portanto que os pacientes do gênero feminino são os que menos apresentam incidência dessa lesão. **Myall & Eastep & Silver (1974)** confirma isto mostrando que a relação pode ser de 2:1.

No entanto, quando se trata da idade dos pacientes, a grande maioria dos autores comprova que o aparecimento se dá nas primeiras décadas de vida, mais especificamente a partir da segunda (**Halstead, 1973; Myall & Eastep & Silver, 1974** e **Costa et. al., 1992**). Entretanto, pode-se encontrar estudos comprovando a maior incidência na terceira década de vida. Nem sempre os maiores cistos são encontrados nos pacientes mais velhos, portanto, não há ligação entre idade e tamanho cístico. Como a Odontologia é uma ciência dinâmica, **Soikkonen & Ainamo (1995)** corroborados pelo estudo de **Allard & van der**

Kwast & van der Waal (1981) levantaram a hipótese de não haver predileção por nenhuma faixa etária. No entanto, quando se leva em conta a prevalência pelo lado acometido, há discórdia entre os autores. Somente **Lilly & Cuther & Steiner (1968)** acreditam que o lado esquerdo é o mais acometido pelo cisto mucoso, assim como **Halstead (1973)** na relação de 2:1. Divergentemente podemos citar 55% dos casos nos estudos de **Casamassimo & Lilly (1980)** e 75% nos de **Gonçalves & Silveira (1992)** que mostram ser o lado direito como o preferido por esta patologia. Já **Allard & van der Kwast & van der Waal (1981)** e **Campos (2001)** afirmam não haver preferência pelo lado atingido.

O cisto mucoso do seio maxilar tem características únicas que o tornam uma lesão clássica de se diagnosticar. Como diagnóstico diferencial, podemos citar os cistos dentígenos, neoplasias malignas e a hiperplasia, visível principalmente em radiografias periapicais onde se observa o assoalho do seio adjacente a dentes com problema pulpar evidente, e periodontal avançado,. Dificilmente problemas dentais vão estar associados ao cisto mucoso, não se apresentando como agente etiológico. O tratamento é apenas o acompanhamento radiográfico, através de radiografias panorâmicas e nos casos sintomáticos extremos é indicado a exérese da lesão. O acompanhamento médico é indicado apenas nos pacientes com histórias alérgicas recentes. (**Halstead, 1973**).

4. CONCLUSÃO

Diante das informações obtidas no levantamento bibliográfico, é válido concluir que o cisto mucoso é diagnosticado, com maior frequência nos dias atuais, em decorrência da radiografia panorâmica ter se tornado exame de rotina nos consultórios dentários.

As características radiográficas apresentam-se como padrão a todos os cistos mucosos. A sintomatologia é ausente na maioria dos pacientes, podendo ocorrer em casos extremos. Por ser na maioria das vezes um cisto unilateral sua presença o torna mais evidente.

Estatisticamente não se observou predileção pelo lado acometido, muito menos relação com as condições dentais no mesmo quadrante, descartando-se essa inter-relação ao aparecimento do cisto. Porém, tratando-se de faixa etária, as segunda e terceira décadas de vida parecem ser as que mais apresentam essa patologia, assim como a preferência por pacientes leucodermas.

Devemos salientar a possível relação com quadros alérgicos e períodos de elevação da umidade relativa do ar.

Por se tratar de uma lesão benigna, devemos apenas monitorar sua evolução clínica através de exames radiográficos periódicas e em casos extremos, encaminhar ao cirurgião para sua exérese.

Bibliografia

1. ALLARD, R. H. B., van der KWAST, W. A. M., van der WALL, I.: *Mucosal antral cysts. Review of the literature and report of a radiographic survey.* **Oral Surg.** v.51, n.1: p.2-9, 1981.
2. BUGARELLI, A. F., SILVA, A. B. M. da, PAULINO, S. M., WATANABE, P. C. A., PARDINI, L. C., *Cisto de Retenção do Seio Maxilar – Considerações para o Clínico Geral.* **Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.;** v.56, n.3: p.178-181, 2002.
3. CAMPOS, P. S. F., *Estudo tridimensional de imagens císticas dos seios maxilares, através da Ressonância Magnética Nuclear, numa amostra populacional da cidade de Salvador.* Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2001.
4. CASAMASSIMO, P. S., LILLY, G. E., *Mucosal cysts of the maxillary sinus: A clinical and radiographic study.* **Oral Surg.;** v.50, n.3: p.282-286, 1980.
5. COSTA, C., COSTA, C. A. C., FERREIRA, E. T. T., OLIVEIRA, J. X., *Cisto Mucoso do Seio Maxilar: apresentação de dois casos.* **Ver. Inst. Ciênc. Saúde;** v.10, n.2: p.63-65, 1992.
6. FREITAS, A., ROSA, J. E., SOUZA, I. F., *Radiologia Odontológica*, 4^a ed., São Paulo, Artes Médicas, 1998; p.455-6.
7. GONÇALVES, R. C. C., SILVEIRA, M. M. F., *Cisto Mucoso do Seio Maxilar: prevalência em radiografias panorâmicas.* **ROBRAC;** v.3, n.8: p.19-22, 1993.
8. GOTHBERG, T. K. A., LITTLE, J. W., KING, D. R., BEAN, L. R., *A clinical study of cysts arising from mucosa of the maxillary sinus.* **Oral Surg.;** v.41, n.1: p. 52-58, 1976.

9. HALSTEAD, C. L., *Mucosal cysts of the maxillary sinus: report of 75 cases.* **J. Am. Dent. Assoc.**; v. 87: p.1435-1441, 1973.
10. KWAPIS, B. J., WHITTEN, J. B., *Mucosal Cysts of the Maxillary Sinus.* **J. Oral Surg.**; v.29: p.561-566, 1971.
11. LILLY, G. E., CUTHER, J. L., STEINER, M., *Spherical Shadows within the maxillary antrum.* **J. Oral Med.**; v.23: p.19-21, 1968.
12. LYON, H. E., *Reliability of Panoramic Radiography in the Diagnosis of Maxillary Sinus Patholosis.* **Oral Surg.**; v.35: p.124-128, 1973.
13. MYALL, R.W., EASTEP, P. B., SILVER, J. G., *Mucous retention cysts of the maxillary antrum.* **J. Am. Dent. Assoc.**; v.89, n.6: p.1338-1342, 1974.
14. OHBA, T., KATAYAMA, H., *Panoramic roentgen anatomy of the maxillary sinus.* **Oral Surg.**; v.39, n.4: p.658-664, 1975.
15. OHBA, T., KATAYAMA, H., *Comparison of panoramic radiography and Water's projection in the diagnosis of maxillary sinus disease.* **Oral Surg.** ; v. 42, n.4: p.534-538,1976.
16. OHBA, T., *Value and limitation of panoramic radiography in the diagnosis of maxillary sinus pathosis.* **Int. J. Oral Surg.**; v.6, n.4: p.211-214, 1977.
17. OHBA, T., CORDERO Jr., F., PREECE, J. W., LANGLAND, O.E., *The posterior wall of the maxillary sinus as seen in panoramic radiography.* **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**; v.72, n.3: p.375-378, 1991.
18. SAMMARTINO, F. J., *Radiographic Appearance of a Muroid Retention Cyst.* **Oral Surg.**; v.20: p.454-455, 1965.
19. SHAFER, W. G., HINE, M. K., LEVY, B. M., *Tratado de Patologia Bucal*, 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara, 1987; p. 515-516.
20. SOIKKONEN, K., AINAMO, A., XIE, Q., TILVIS, R., VALVANNE, J., ERKINJUNTTI, T., *Radiographic findings in the jaws of clinically edentulous old people living at home in Helsinki, Finland.* **Acta Odontol. Scand.**; v.52, n.4: p.229-233, 1994.

21. SOIKKONEN, K., AINAMO, A., *Radiographic maxillary sinus findings in the elderly*. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**; v.80, n.4: p.487-491, 1995.
22. WHITE, S.C., PHAROAH, M. J., *Oral radiology: principles and interpretation*, 4th ed., S^t Louis, Mosby, 2000, p. 535-536.
23. WOOD, N. K., GOAZ, P. W., *Diagnóstico Diferencial das Lesões Bucais*, 2^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983, p.550-552.