

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

Camila Gonzatti

**TRATAMENTO DE CISTO INFLAMATÓRIO DE ORIGEM PULPAR ATRAVÉS DA  
TÉCNICA DE ENUCLEAÇÃO – ESTUDO DE CASO**

Santa Cruz do Sul  
2017

Camila Gonzatti

**TRATAMENTO DE CISTO INFLAMATÓRIO DE ORIGEM PULPAR ATRAVÉS DA  
TÉCNICA DE ENUCLEAÇÃO – ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz  
do Sul para obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Piazza

Santa Cruz do Sul  
2017

Camila Gonzatti

**TRATAMENTO DE CISTO INFLAMATÓRIO DE ORIGEM PULPAR ATRAVÉS DA  
TÉCNICA DE ENUCLEAÇÃO – ESTUDO DE CASO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

*Dr. José Luiz Piazza*

Professor Orientador – UNISC

*Me. Karine Wagner Butzke*

Professora Examinadora – UNISC

*Me. Ricardo Sartori*

Professor Examinador – UNISC

Santa Cruz do Sul

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente, a minha família, por em todo e qualquer momento estarem ao meu lado, nos momentos de maior dificuldade, desespero e, claro, de alegria. Por terem me proporcionado a oportunidade de estudar odontologia durante esses cinco anos. Pela compreensão, amor, carinho e por nunca terem deixado faltar nada, principalmente amor e proteção. Graças a vocês eu tenho uma educação exemplar, respeito pelas pessoas, sonhos muito altos e junto com tudo isso, muitas oportunidades. Graças a vocês tenho tudo que eu mais preciso. Obrigada por tudo sempre.

Aos meus colegas, mas, principalmente, minhas amigas e amigos, que estiveram do meu lado durante esses cinco. Incansáveis, anos. Obrigada por tudo, pelo apoio, conselhos, ajuda nas horas mais difíceis, carinho e companheirismo. Torço muito pelo sucesso de cada um, que sejamos sempre unidos e ótimos colegas de profissão, que nossa turma dure muito anos, perdure por toda uma vida.

Aos meus amigos de uma vida inteira, que apesar de fisicamente separados, sempre estiveram ao meu lado e me deram a segurança de que a qualquer momento podia contar com vocês. Nossos laços sempre permaneceram firmes e fortes no nosso coração. Aos novos amigos, obrigada por me acolherem e incentivarem sempre. Vocês são muito importantes e especiais para mim, muito obrigada!

Ao meu professor orientador, José Luiz Piazza, meu exemplo e espelho, uma pessoa humilde, prestativa, respeitosa e muito generosa. Obrigada por cada ensinamento, cada chamada de atenção, pela paciência e principalmente pelo apoio durante esses anos de graduação, um exemplo de profissional. Toda minha gratidão.

A todos os meus professores do curso de odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, pela paciência, dedicação e atenção comigo e meus colegas, como também com todos os alunos que por vocês passaram. Agradeço por cada ensinamento, conhecimento e experiência a mim transmitido. Foi com a contribuição de cada um de vocês que consegui crescer como pessoa e como uma futura profissional na área de odontologia. Muito obrigada.

Agradeço também a Deus, a quem eu orei muitas vezes, agradei, pedi e prometi. Sempre ao meu lado. Olhai sempre por mim e pela minha família. Amém.

## RESUMO

O cisto periapical é um cisto de origem inflamatória, o qual é o mais comum na cavidade oral. Origina-se de uma necrose pulpar e se localiza no ápice de um dente desvitalizado. Surge por processos cariosos ou traumas e tem crescimento lento. Sua prevalência é pela terceira a sexta década de vida e tem predileção pelo sexo masculino. Surge com maior frequência na região anterior da maxila. Ele tem imagem radiográfica sugestiva de cisto, um halo radiopaco envolvendo uma área radiolúcida, mas é necessário uma boa anamnese e um exame clínico cuidadoso para prever um diagnóstico. Contudo, para ter certeza do mesmo, é necessário um exame histopatológico. Este trabalho é um estudo de caso, realizado na clínica de Odontologia da UNISC, e tem como objetivo apresentar o resultado do tratamento de um cisto inflamatório de origem pulpar, por meio da técnica de enucleação. A paciente era do sexo feminino entre a quinta e sexta década de vida, a qual havia sido encaminhada para remoção de uma lesão da maxila, sugestiva de cisto periapical. Após análise do exame radiográfico, viu-se uma imagem radiolúcida arredondada que circunda o ápice do dente 26. Clinicamente, foi constatada a necrose do mesmo elemento. O tratamento proposto para este caso se constituiu na retirada da lesão pela técnica de enucleação, juntamente com a exodontia do elemento dentário, seguidas de um longo período de acompanhamento da neoformação óssea no local, onde futuramente será feita uma reabilitação protética. Esse acompanhamento foi realizado através de exames radiográficos periódicos e também exames clínicos. O resultado apresentado neste trabalho mostra que o tratamento de enucleação da lesão é efetivo no tratamento de grandes cistos periapicais, pois não há risco de recidiva.

Palavras-chave: Cisto Periapical. Cisto Periodontal Apical. Enucleação.

## **ABSTRACT**

The periapical cyst has origin in an inflammatory process, which is the most common in the oral cavities. It has origin in pulp necrosis, and it is located on the top of a devitalized tooth. It occurs by a carious or trauma process, and it has slowly growth. Its prevalence is during the third to the sixth life's decade, and it has predilection to male sex. The anterior maxilla region has presented as the most affected field by the periapical cyst. It has several characteristics on the X-ray exam, such as a radiopaque halo that involves a radiolucent area. It is necessary a well-done anamnesis and a meticulous clinical exam to achieve the diagnosis. However, only the histopathological analysis can define correctly the pathology. The present study is a case report, which has been performed at UNISC Dentistry Clinic. The aim of this work was to present the treatment results for the periapical cyst that has an inflammatory origin by using the enucleating technique. The female patient was being between fifth and sixth decade of her life when she took part this study. She had been forwarded to remove a pathology on hers maxilla, which was suggestive as periapical cyst. After an X-ray exam was identified a round radiolucent image on the top of the 26 tooth. The tooth was clinical defined with a pulpal necrosis. Therefore, the treatment to this pathology was to remove the cyst using the enucleating technique and removing the tooth. After that, it was necessary a long monitoring period for the bone neoformation in the surgery area, which is going to make a prosthetic rehabilitation in the future. The monitoring has done by using X-ray and clinical exams through this process. The results presented by this work shows that the enucleating treatment is effective over the large periapical cysts because there are no relapse risks.

**Keywords:** Periapical cyst. Apical periodontal cyst. Enucleation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Imagem radiográfica, radiografia panorâmica	19
Figura 2 - Imagem radiográfica aproximada	20
Figura 3 - Disposição dos materiais na mesa cirúrgica	21
Figura 4 - Visibilidade da região após descolamento	22
Figura 5 - Aspecto durante o processo de enucleação	22
Figura 6 - Lesão retirada juntamente com o Dente 26	23
Figura 7 - Cavidade no local da lesão	23
Figura 8 - Aspecto clínico após sutura	24
Figura 9 - Aspecto clínico após remoção da sutura	25
Figura 10 - Laudo Histopatológico	25
Figura 11 - Aspecto clínico 2 meses após cirurgia	26
Figura 12 - Aspecto clínico após 5 meses da cirurgia	26
Figura 13 - Exame radiográfico após 3 meses da cirurgia	27
Figura 14 - Exame radiográfico após 1 ano da cirurgia	27

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>Definição e origem cística.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2</b>	<b>Características clínicas do cisto periapical.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3</b>	<b>Características radiográficas.....</b>	<b>13</b>
<b>2.4</b>	<b>Características histopatológicas.....</b>	<b>15</b>
<b>2.5</b>	<b>Formas de tratamento .....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>RELATO DE CASO .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Diagnóstico .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Tratamento .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Acompanhamento.....</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A – Autorização do coordenador do Curso de Odontologia da UNISC.....</b>	<b>33</b>
	<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com estudos recentes, no Brasil, os tumores odontogênicos têm uma prevalência que varia de 1,3 a 4,8% de todas as lesões orais diagnosticadas. No México e no Chile, os resultados são muito parecidos (LOUREDO et al., 2017).

Em uma pesquisa feita na UFAM (Universidade Federal do Amazonas), foram analisados 148 pacientes, todos com lesões odontogênicas, os quais eram da faixa etária de 6 a 71 anos, uma média de idade de 29,8 anos. Essas lesões tinham como localização de maior prevalência a mandíbula (59,7%), e destes, 68,9% era cistos e 31,1% eram tumores odontogênicos. Do total desses cistos odontogênicos, 55% eram cistos inflamatórios de origem dentária (periapical), os outros, paradental e residual tinham menor frequência (LOUREDO et al., 2017).

Por ele ser um cisto que não apresenta sintomas, ele atinge tamanhos grandes, muitas vezes levando a um deslocamento dentário no local. Ele se origina de um dente com necrose pulpar, que libera fluídos para o seu ápice, e é definido como uma cápsula com um lúmen contendo líquido no seu interior. Radiograficamente ele é idêntico ao granuloma periapical, sendo necessário exame histopatológico para confirmar diagnósticos, necessitando, assim, de um certo tratamento, conservador ou não (NEVILLE et al., 2009).

Tendo em vista esse alto índice de cistos periapicais, é importante destacar que há duas maneiras de tratá-lo: tratamento endodôntico ou cirúrgico. O primeiro é mais conservador; já o segundo é mais agressivo e pode ser dividido em: marsupialização, enucleação e descompressão. Para definição de qual alternativa usar, é preciso analisar alguns fatores importantes, como: extensão da lesão, evolução, origem, condição sistêmica do paciente, etc (RIBEIRO JUNIOR et al., 2004).

Caso a lesão não ultrapasse 2,0 cm, muitos estudiosos acreditam que, ela possa ser tratada endodonticamente, sem cirurgia. Contudo, se ela for mais extensa, tem-se a opção do mesmo tratamento, associado à marsupialização, descompressão ou fenestração e biopsia. Para o acompanhamento de grandes lesões, é necessário no mínimo 1 a 2 anos (NEVILLE et al., 2009).

O tratamento por enucleação tem algumas objeções, as quais dizem respeito ao grande coágulo que forma no local da lesão, favorecendo infecções, como também a chance de lesar estruturas adjacentes e levar a fratura dos maxilares. Contudo, se for

feito um retalho adequado, o risco de infecção e colapso da ferida cirúrgica é improvável (SHEAR, 1999).

Sabendo o que está descrito na literatura, que há inúmeras formas de tratamento de um cisto periapical, questiona-se: diante de uma lesão de grande extensão de um cisto inflamatório de origem pulpar, por que a técnica de enucleação se tornaria importante?

Tendo em vista esses inúmeros tratamentos possíveis para lesões císticas periapicais de grande extensão, este trabalho tem por objetivo mostrar a resolução de um caso clínico de um grande cisto periapical de origem inflamatória, tratado através da técnica de enucleação. O objetivo foi tratar o paciente como um todo e de forma multidisciplinar, realizando exames clínicos e radiográficos para acompanhar a neoformação óssea da região afetada como método preventivo e posteriormente encaminhá-lo para uma reabilitação protética.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Definição e origem cística

Cistos são cavidades patológicas com conteúdo fluido ou semifluido que não têm acúmulo de pus e são revestidos por epitélio e suportados por tecido conjuntivo fibroso. Os únicos cistos revestidos por epitélio, derivados do Epitélio Odontogênico, encontram-se nos ossos gnáticos, denominando-os cistos odontogênicos (NEVILLE et al., 2009).

Os cistos resultam da proliferação de remanescentes epiteliais associados à formação dos dentes. O epitélio presente em cada um dos cistos odontogênicos é derivado da lâmina dentária, do órgão do esmalte e da bainha de Hertwig. Os remanescentes epiteliais presentes na maxila e mandíbula são originais do ectoderma, que reveste os processos embrionários que irão formar a face e boca, ou de tecido epitelial que participa na odontogênese. Simplesmente a presença pura de restos epiteliais seria insuficiente para explicar a formação de um cisto, sendo necessária a ação de um agente, inflamatório, por exemplo, capaz de estimular e determinar a proliferação desses remanescentes. Essas condições são mais frequentes nos maxilares, onde infecções e traumas são capazes de desencadear a resposta inflamatória (FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA-UNICAMP, 2015).

Os cistos odontogênicos são subclassificados em cistos de desenvolvimento ou inflamatórios. O primeiro não surge em consequência de reações inflamatórias, já os inflamatórios, sim. Os cistos de desenvolvimento são: Cisto dentígero, cisto de erupção, ceratocisto odontogênico, cisto odontogênico ortoceratinizado, cisto gengival (alveolar) do recém-nascido, cisto gengival do adulto, cisto periodontal lateral, cisto odontogênico calcificante, cisto da lâmina dentária, cisto primordial (queratocisto), cisto dentígero, cisto de erupção, cisto periodontal apical, cisto periodontal lateral, cisto gengival do adulto, cisto odontogênico calcificante e cisto odontogênico glandular. Já os inflamatórios são originados da inflamação da polpa, são eles: cisto periapical (radicular), residual e cisto da bifurcação vestibular (NEVILLE et al., 2009).

Cisto periapical se localiza no ápice de um dente desvitalizado, o qual pode ser estimulado pela inflamação para formar um cisto verdadeiramente revestido por epitélio (NEVILLE et al., 2009).

O cisto Periapical é o mais comum na região oral e perioral. Surge a partir de um granuloma Periapical preexistente, onde temos um foco distinto de tecido de granulação inflamado cronicamente no tecido ósseo do ápice de um dente. Primeiro ocorre uma resposta à morte celular e em seguida uma necrose tecidual. A estimulação dos restos epiteliais está relacionada com o processo inflamatório no granuloma apical. A formação do cisto se processa à medida que os elementos epiteliais proliferam, formando por fim um revestimento (REGESI; SCIUBBA, 1991).

Como já dito, a fonte epitelial é formada pelo restos epiteliais de Malassez, mas também por outras fontes, e pode estar relacionada ao epitélio crevicular, ao revestimento sinusal ou ao revestimento epitelial dos tratos fistulosos. O desenvolvimento cístico é comum; a frequência relatada varia de 7% a 54% das imagens radiolúcidas periapicais (NEVILLE et al., 2009).

São encontrados na luz do cisto remanescente de restos celulares, que produzem um aumento da pressão osmótica ou oncótica. O fluido é transportado através do forro epitelial e tecido conjuntivo, agindo como uma membrana semipermeável. A direção e o ritmo de transferência são determinados pela diferença das pressões osmótica e hidrostática entre o fluido do cisto e o plasma. O ingresso do fluido na luz resulta, em última análise, no crescimento do cisto para o exterior. O crescimento para o exterior, ou centrífugo, é incrementado pela reabsorção óssea por osteoblastos. Há também um efeito direto das prostaglandinas sobre o osso e de outros fatores de reabsorção óssea derivados das células inflamatórias e elementos celulares da porção periférica da lesão (REGESI; SCIUBBA, 1991).

Quando íntegro, o dente tem duas camadas protetoras da polpa: esmalte e dentina. As mesmas protegem-na das injúrias externas, como principalmente: a cárie dentária e processos não-infecciosos, como os traumatismos dentários acidentais (NAIR, 2007; BERGENHOLTZ; RICUCCI, 2010).

O processo carioso leva a uma infecção bacteriana direta na polpa, que resulta em necrose e inflamação dos tecidos periapicais, pode ainda evoluir para uma lesão cística, causando destruição óssea (BERGENHOLTZ; RICUCCI, 2010).

No caso do traumatismo dental, tem a capacidade de inibir o suprimento vasculonervoso para a polpa, necrosando-a. Essa necrose, morte tecidual, faz com que bactérias invadam a região, resultando em infecção e processo inflamatório local (BERGENHOLTZ; RICUCCI, 2010).

O cisto periapical é de uma incidência muito alta, contudo segundo alguns autores, se analisado mais profundamente, ele pode ser dividido em duas categorias: os periapicais baía e os periapicais verdadeiros. Os verdadeiros, se levado em conta essa classificação, tem uma prevalência muito menor, cerca de 15%. (NEVILLE et al., 2009)

O cisto periapical baía tem um epitélio de revestimento incompleto por causa da sua extensão apical do dente para o interior do lúmen do cisto. O cisto verdadeiro é ao contrário, tem seu revestimento por completo, semelhante a um saco, contudo separado do ápice do dente (NEVILLE et al., 2009).

Na sua grande maioria, os cistos periapicais crescem de forma lenta, pois ocorre uma tentativa de equilibrar a pressão osmótica. O cisto é composto por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso, revestido por epitélio com lúmen que contém líquido e resto celulares. Assim, a medida que o epitélio se descama em direção ao interior do lúmen aumenta o conteúdo proteico, que é quando ocorre a entrada de fluido no lúmen, e a tentativa de equilibrar a pressão (NEVILLE et al., 2009).

## **2.2 Características clínicas do cisto periapical**

Apesar da incidência de cárie ser mais frequente nos primeiros dez anos de vida, o cisto periapical tem prevalência entre a terceira e a sexta década de vida. A maior prevalência é no sexo masculino, mais frequente na maxila e na região anterior da mesma. Como na maioria das vezes ele é assintomático, é descoberto por acidente através de radiografias. Ele não produz expansão óssea e o dente precisa ter necrose pulpar (REGEZI; SCIUBBA, 1991).

Na maioria das vezes o cisto é assintomático, contudo se houver uma exacerbação inflamatória aguda pode se tornar sintomático. Como também nesse caso o paciente pode notar mobilidade e deslocamento dos dentes adjacentes (NEVILLE et al., 2009).

Os pacientes brancos são afetados duas vezes mais que os pacientes negros (SHEAR, 1999).

A prevalência é mais alta na maxila (60%) do que na mandíbula (40%), como também a região anterior dos maxilares é altamente acometida pelos cistos, cerca de 37%. Há inúmeras razões para os incisivos serem os mais afetados, contudo a maior

delas é que eles, por estarem mais anteriormente, são os primeiros a serem atingidos em caso de traumatismo, o qual inúmeras vezes leva à morte pulpar (SHEAR, 1999).

O cisto apresenta tumefação óssea. No início é de consistência dura, contudo, com a evolução do caso e o aumento de tamanho do mesmo, o osso adjacente começa a afinar até exibir uma tumefação, e em seguida tem a flutuação, que, na maxila pode ser por vestibular ou palatina; na mandíbula, acomete mais na região vestibular. Eventualmente uma fístula pode comunicar a cavidade do cisto com a mucosa bucal (SHEAR, 1999).

O deslocamento dos dentes vizinhos, apesar de ser assintomático, pode ser a primeira manifestação do cisto clinicamente, o qual é bastante agressivo (LEONARDO; LEAL, 1998; FREITAS; ROSA; SOUZA, 2000).

Para ocasionar uma expansão da cortical óssea, o cisto precisa atingir grandes dimensões, contudo com tumefação dura e incolor. Quando essa cortical se rompe, a tumefação muda, se torna mole à palpação, mas com uma resiliência típica de consistência cística ou flutuante, mudando a coloração da mucosa bucal para azulada, contudo a mucosa que recobre o cisto tem sua coloração e consistência normais (LEONARDO; LEAL, 1998).

Quando o cisto se manifesta exteriormente, acontece via superfície vestibular ou palatina da maxila, depende de qual dente ele provém, como também pode crescer em direção ao seio maxilar preenchendo-o, radiograficamente é muito semelhante a uma sinusite. Na mandíbula é mais em direção a vestibular sua exteriorização (LEONARDO; LEAL, 1998).

### **2.3 Características radiográficas**

Primeira observação é em relação a lâmina dentária, a qual terá perda ao longo da raiz adjacente, como também haverá uma imagem radiolúcida arredondada que circunda o ápice do dente acometido. Quando há um grande crescimento a imagem pode estar achatada, pois está em contato com os dentes adjacentes. Temos também reabsorção radicular (NEVILLE et al., 2009).

Ele geralmente é circular ou ovoide, com margem radiopaca estreita contínua com a lâmina dura do dente envolvido, quando houver uma grande extensão do cisto essa característica pode desaparecer. O diâmetro médio do cisto varia de 5mm ou menos até vários centímetros, contudo em sua grande maioria tem menos de 1,5 cm,

em cistos muito antigos observa-se reabsorção radicular do dente, como também, mais raro ainda dos dentes vizinhos (REGESI; SCIUBBA, 1991).

A área radiolúcida tem sempre o mesmo contorno, contudo quando entra em contato com outros dentes, essa imagem é sempre indicativa de reação óssea (DAMANTE et al., 2009).

Radiograficamente é observado o deslocamento dental (ARAUJO et al., 2016). O cisto periapical é de origem endodôntica e, radiograficamente, é indistinguível do Granuloma Periapical, com exceção quando forem lesões muito grandes. Nos dois casos temos imagem bem circunscrita, unilocular, arredondas e ovais, dentes com necrose pulpar e ruptura da lâmina dura (RAMOS-PEREZ et al., 2014).

Shear (1999) apresenta um estudo onde foram analisados histologicamente 396 lesões periapicais com 5mm de diâmetro. No pré-operatório, foi classificado como cisto ou granuloma, contudo, após análise, teve-se o resultado de que, do total, 232 eram granulomas e 164 eram cistos. Nas lesões com 10 a 14 mm foram vistas nos dois diagnósticos. Quando começaram a medir 15 mm ou mais, somente 1/3 eram granulomas. Por meio deste estudo, percebe-se que é muito complicado analisar somente radiograficamente lesões periapicais, e que também à medida que as lesões vão aumentando de tamanho, vemos um maior número de cistos. Nos cistos infectados ou de crescimento rápido a linha radiopaca pode não estar presente (SHEAR, 1999).

Os exames radiográficos são usados como auxiliares ao diagnóstico, ajudando a dar uma direção ao cirurgião dentista e a encaminhar um correto tratamento (DUNFEE et al., 2006). Para analisar o sucesso ou não do tratamento, as radiografias são de suma importância, com tomadas periódicas e com preservação da lesão (DIWAN et al., 2015).

## 2.4 Características histopatológicas

O cisto é formado por epitélio escamoso estratificado (forado), geralmente é hiperplásico com anéis e arcadas de proliferação, sobre um tecido conjuntivo bem vascularizado, essa espessura varia de 20 ou mais camadas (REGESI; SCIUBBA, 1991).

Ele pode apresentar exocitose, espongirose ou hiperplasia. Células mucosas ou epitélio semelhante ao respiratório também pode ser observado nos cistos de mandíbula, pois ele pode ser revestido por epitélio colunar pseudoestratificado originado do revestimento sinusal adjacente (NEVILLE et al.,2009).

No Lúmen do cisto podemos encontrar fluído e restos celulares. O revestimento epitelial pode ter calcificações lineares ou em forma de arco, também conhecidas como corpúsculos de Rushton. No lúmen, na cápsula ou em ambos podemos encontrar muitas vezes calcificações distróficas, cristais de colesterol com células gigantes multinucleadas, hemácias e áreas de pigmentação por hemossiderina (NEVILLE et al.,2009).

Um grande número de transmigração de células inflamatórias ocorre através do epitélio, achando assim um grande número de leucócitos polimorfonucleares e menores números de linfócitos envolvidos no processo. Em direção ao epitélio, encontramos polimorfonucleares e mais profundamente no tecido conjuntivo, os linfócitos (REGESI; SCIUBBA, 1991).

O tecido conjuntivo fibroso denso é encontrado na cápsula do cisto, contendo infiltrado inflamatório com linfócitos variáveis, permeados por neutrófilos, plasmócitos, histiócitos e mais raramente mastócitos e eosinófilos (NEVILLE et al., 2009).

## 2.5 Formas de tratamento

Os tratamentos possíveis para cistos nos ossos gnáticos são endodôntico seguido de cirurgia por enucleação, marsupialização ou uma combinação de ambas (ELLIS III, 2015).

O tratamento do Cisto Periapical consiste na remoção ou não do dente causador, ou seja, exodontia ou endodontia do dente. Depende muito da extensão do cisto, pois há alguns autores que dizem que grandes lesões não podem ser tratadas endodonticamente (NEVILLE et al.,2009).

Esses autores estão receosos porque já houve uma margem bem alta de erros quando o tratamento do cisto foi de maneira endodôntica, contudo as novas tecnologias estão vindo para diminuir esse índice. Elas levaram a uma melhor compreensão da anatomia dos canais radiculares, aumentando a taxa de sucesso e de respostas biológicas favoráveis. Nos exemplos de inovação, temos: utilização de instrumentação automatizada, irrigação e melhores materiais para selagem do sistema de canais radiculares, como também utilização de técnicas microscópicas (VELAZQUE et al., 2014).

Tem-se também a possibilidade de marsupialização, em casos de lesões muito grandes, onde ocorrerá uma descompressão da cavidade cística. Assim haverá uma enucleação mais econômica com a extração do dente desvitalizado (REGESI; SCIUBBA, 1991).

Antes de qualquer técnica é importante fazer uma biópsia da lesão, via punção e aspiração para encaminhar para a citologia esfoliativa, assim conhecemos a patologia com a qual estamos lidando. Quando houver grandes lesões faz-se biópsia incisional (parcial) ou excisional (total) (REGESI; SCIUBBA, 1991).

Nos casos onde não temos a regressão da lesão com tratamentos endodônticos convencionais optamos por associá-la à técnica de apicectomia: faz-se a retirada da porção mais apical da raiz do dente e do tecido mole associado a esse ápice, e, em seguida, a obturação retrógrada (DANTAS et al., 2014).

O material utilizado precisa seguir inúmeros princípios, pois, caso contrário, teremos seu insucesso: precisa oferecer condições biológicas para a cicatrização, conservação e selamento hermético do dente, aprisionar efetivamente qualquer irritante existente no interior do sistema de canais, evitando, assim, sua interferência no ligamento periodontal e promovendo um reparo cementogênico do ápice radicular. O material com propriedades adequadas de maior escolha hoje é o Trióxido Mineral (MTA), por ele promover regeneração tecidual, formando osso no local e formação cementária sobre a ressecção radicular e a obturação, como também ter uma melhor adaptação nas paredes do preparo (DANTAS et al., 2014).

No caso de extração associamos a mesma com curetagem pós exodontia do elemento dentário desvitalizado junto, curetando o epitélio na zona da patologia (REGESI; SCIUBBA, 1991).

A enucleação é a retirada total da lesão sem sua ruptura, isso só é possível porque a cavidade cística tem um tecido conjuntivo fibroso entre o componente

epitelial e a parede óssea, formando, assim, um plano de clivagem que separa cisto da cavidade (ELLIS III, 2015).

Alguns autores dizem que na técnica de enucleação há a formação de um enorme coágulo de sangue na cavidade, tendo uma organização incompleta, assim favorecendo uma infecção. Além de tudo isso, ela pode levar a fratura dos maxilares, pois tem uma regeneração óssea incompleta, e, ao mudar o contorno dos maxilares, pode ainda lesar estruturas adjacentes. Contudo, alguns estudos mostraram que, se bem feito, pode ser benéfica: o fechamento primário pode funcionar, independentemente do tamanho da lesão, se realizado com um retalho adequado (SHEAR, 1999).

A enucleação precisa ser realizada com muita cautela, pois, para não haver a ruptura da cápsula, reduz-se a possibilidade de recidiva, retirando-a em peça única. Assim, sua indicação é para cistos que somente possam ser retirados de forma única e sem rompimento, removendo-o de forma segura (ELLIS III, 2015).

Sua principal vantagem é a possibilidade de realização do exame patológico, além de ser uma biopsia excisional inicial, serve também como tratamento da lesão. Após a cicatrização a cavidade nunca mais incomoda, pois o retalho está cicatrizado (ELLIS III, 2015).

Suas desvantagens estão fortemente ligadas com as vantagens da marsupialização, onde a indicação de uma é a desvantagem da outra. Dentre as desvantagens temos: o tecido normal pode ser comprometido, a mandíbula pode fraturar, dentes que o profissional deseja poupar podem ser removidos (ELLIS III, 2015).

A enucleação em comparação à marsupialização só não é indicada quando é uma lesão de grande extensão, pois tem-se um risco muito grande de fratura do osso, podendo prejudicar algum órgão durante a execução (DIWAN et al., 2015).

O tratamento cirúrgico também está indicado quando o canal, radiograficamente não aparece, indício de canal calcificado ou obstruído, situação que impossibilita o uso de material obturador no canal (TORRES-LAGARES et al., 2011).

Comparando o tratamento cirúrgico com o não-cirúrgico, há alguns pontos a analisar, entre eles, os problemas que podem estar associados com a primeira opção, quais sejam: possibilidade de danificar vasos sanguíneos que irrigam os dentes adjacentes à lesão, danificar nervos que inervam o local, lesionar forame mentoniano, artérias, cavidade nasal, seio maxilar. Caso ocorra alguma destas intercorrências, o

paciente pode ficar com defeitos anatômicos, cicatrizes, dor pós-operatória ou desconforto (VALOIS; COSTA-JÚNIOR, 2005).

Cada cisto tem uma avaliação individual, pois cada um tem suas características para posterior escolha do tratamento (ELLIS III, 2015).

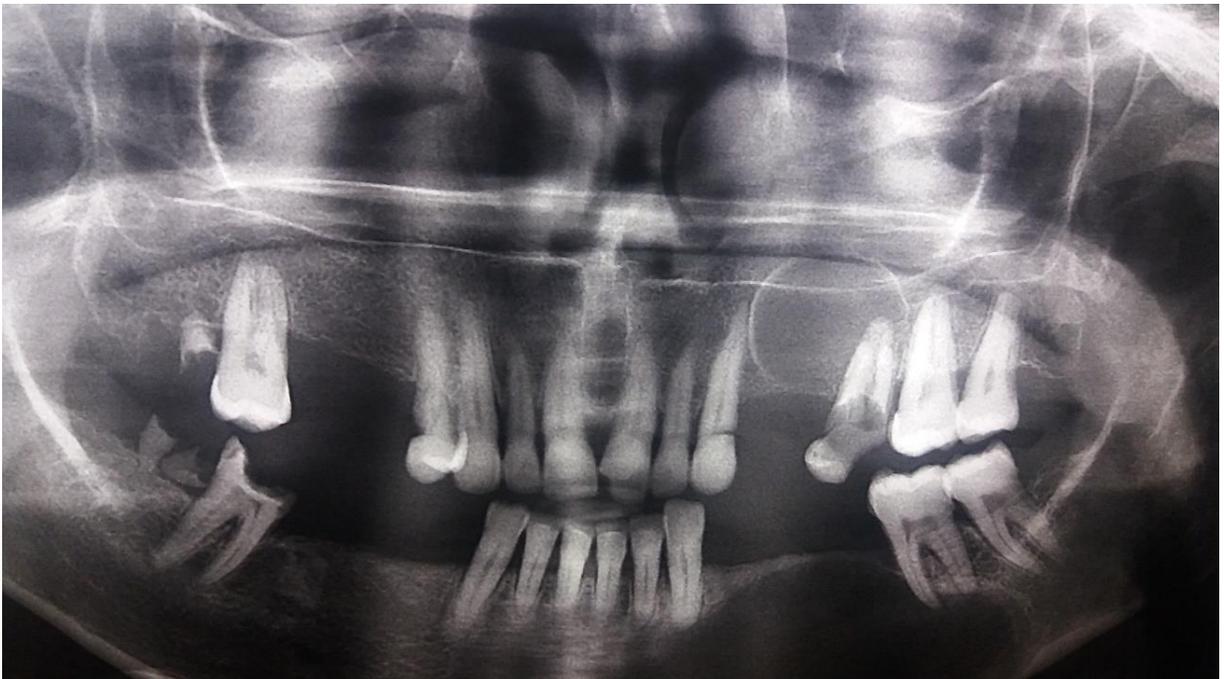
### 3 RELATO DE CASO

#### 3.1 Diagnóstico

A paciente deste estudo de caso é do sexo feminino, leucoderma, 57 anos, e procurou a clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com uma indicação para remoção de cistos nos maxilares. No Raio X panorâmico, ficou evidente a presença de dois cistos, um na maxila e um na mandíbula. O inferior, situado no corpo da mandíbula do lado esquerdo sem sinal do dente causador; o outro, uma área radiolúcida extensa, circunscrita, de forma arredondada, contornada por um halo esclerótico envolvendo o ápice radicular do dente 26, com cárie coronária sem tratamento endodôntico, sugerindo ser uma lesão de origem inflamatória. Foi receitado o uso de Toragesic® 10 mg, uma caixa, um comprimido uma hora antes do procedimento.

Não obstante, áreas edêntulas, cárie e restos radiculares foram também observados na Figura 1 e na Figura 2.

**Figura 1 - Imagem radiográfica, radiografia panorâmica**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

**Figura 2 - Imagem radiográfica aproximada**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

### **3.2 Tratamento**

O tratamento consistiu na remoção das lesões císticas e envio para análise histológica, sendo que o objeto de estudo desse trabalho foi a lesão localizada na maxila.

Tendo em vista o diagnóstico, o qual foi comprovado após exame histopatológico, o tratamento proposto foi a retirada da lesão juntamente com o elemento dentário pela técnica de enucleação. Posteriormente, é necessário um acompanhamento radiográfico periódico para avaliarmos o processo de neoformação óssea no local.

Primeiro passo no dia da cirurgia, foi a verificação dos sinais vitais, como: saturação de oxigênio, frequência do batimento cardíaco e Pressão Arterial, os quais respectivamente tiveram como resultado 98%, 83 bpm e 130/ 70 mmHg. Dados importantes para manter a saúde do paciente.

No pré-operatório imediato, preparação do paciente, como norma do Curso de Odontologia, começamos com o preparo do campo cirúrgico, com equipamento para proteção dos calçados (pró pés), touca, seguido da lavagem das mãos com escova de escova de clorexidina 2% e colocação dos aventais, luvas estéreis, assim como o óculos de proteção e máscara. A disposição dos materiais na mesa cirúrgica, como

na Figura 3, foi realizada a assepsia extrabucal do paciente com solução de Clorexidina 2,0% e colocado o campo fenestrado estéril sobre o rosto. O refletor e os locais onde houve manipulação foram devidamente protegidos com papel alumínio estéril. A montagem da mesa e organização da cirurgia foi realizada por um cirurgião e um auxiliar, que auxiliou no momento da operação.

**Figura 3 - Disposição dos materiais na mesa cirúrgica**



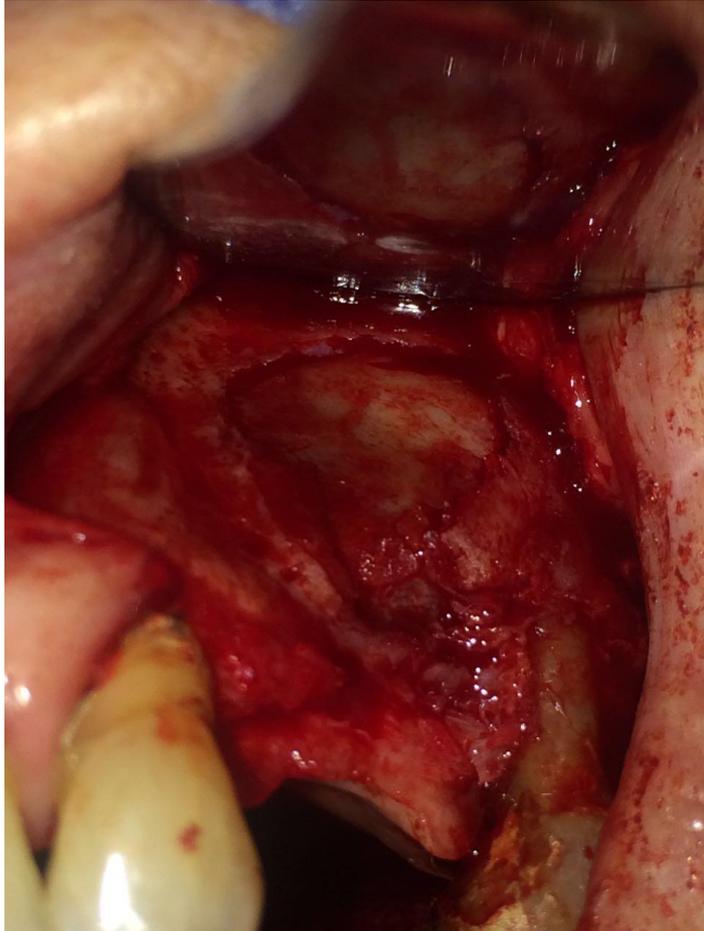
Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

A técnica anestésica consistiu na anestesia troncular do Nervo Alveolar Superior Posterior, Nervo Alveolar Superior Médio e Nervo Palatino Maior, com lidocaína a 2 % e vaso constritor 1:100 000.

Devido a precária higiene bucal, foi necessário uma profilaxia periodontal para remoção de cálculos e placa bacteriana sobre os dentes. O tratamento cirúrgico propriamente dito iniciou-se com uma incisão com bisturi lâmina número quinze (15) sobre o rebordo alveolar entre os dentes 23 e 27, e duas incisões relaxantes (retalho) na região do dente 23 e 27, formando, assim, um retalho quadrangular de espessura total com base maior que seu ápice.

O descolamento do retalho se deu, com um descolador de Molt delicado e sindesmótomo e, também, com um afastador de minesota com o qual manteve-se o retalho defletido deixando o campo cirúrgico limpo e com maior visibilidade (Figura 4).

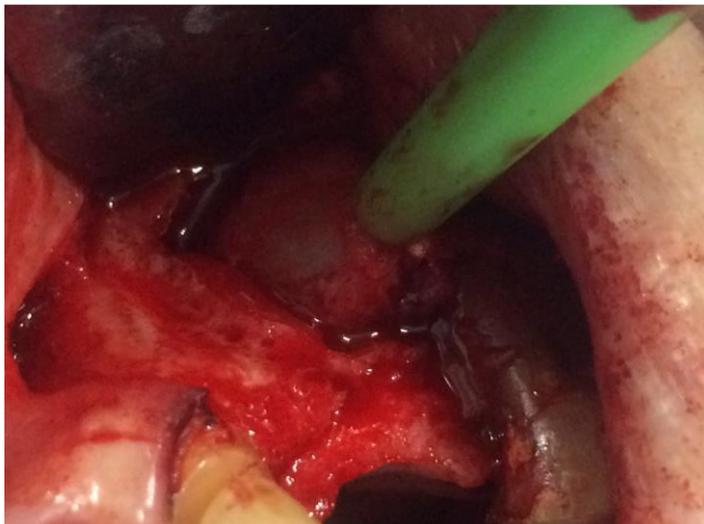
**Figura 4 - Visibilidade da região após descolamento**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

Com a grande extensão e expansão da lesão, ficou evidente a reabsorção da tabua óssea vestibular da maxila e a visualização da cápsula da mesma (Figura 5).

**Figura 5 - Aspecto durante o processo de enucleação**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

A retirada da lesão deu-se pela técnica de Enucleação, que consiste na curetagem e, neste caso, a extração do dente causador conforme Figura 6.

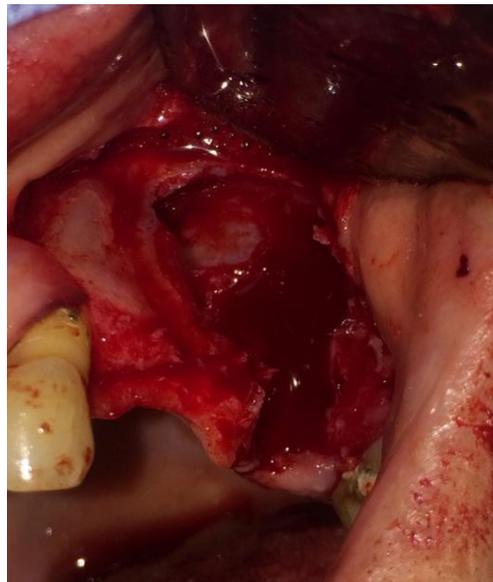
**Figura 6 - Lesão retirada juntamente com o Dente 26**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

A assepsia da área cirúrgica foi realizada com irrigação abundante de soro fisiológico com seringa e agulhas de Luer. No local, ficou uma cavidade (Figura 7), onde ocorrerá a neoformação óssea.

**Figura 7 - Cavidade no local da lesão**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

O fragmento retirado, juntamente com o elemento dentário foi colocado em um recipiente, embebido por completo na solução de formol 10,0%. O recipiente foi enviado com a devida identificação do paciente, para o laboratório de patologia da UNISC, onde foi feita sua análise histopatológica.

Para finalizar o ato cirúrgico, o retalho foi posicionado e suturado com sutura simples com pontos isolados com fio de sutura agulhado 4(0), porta-agulha e pinça de Adson dente de rato (Figura 8).

**Figura 8 - Aspecto clínico após sutura**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

A prescrição do pós operatório se deu da seguinte forma: Tylex® 30 mg, 1 caixa, tomar um comprimido à cada seis horas.

No dia seguinte, pós-operatório imediato, a paciente foi avaliada, e constatou-se leve edema e dor moderada.

A remoção da sutura foi realizada 7 dias após a cirurgia, quando constatou-se um bom reparo cirúrgico conforme Figura 9.

**Figura 9 - Aspecto clínico após remoção da sutura**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico clínico inicial de cisto periapical (Figura 10).

**Figura 10 - Laudo Histopatológico**

**UNISC**  
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA  
CURSO DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA  
LABORATÓRIO DE HISTOLOGIA E PATOLOGIA

Laudo de Exame Anatomopatológico

Exame nº: 0872/16  
Prontuário nº: 78075

Identificação do Paciente:

Nome: **Leci Lopes** Data: **04/07/16**

Descrição do Material:

Localização: Ápice do dente 26.

Material encaminhado por: Extensão em Cirurgia BMF – José Luis Piazza - Curso de Odontologia – UNISC.

Macroscopia:

Um fragmento de tecido mole associado a um dente. Dissociado, o fragmento apresenta formato côncavo, coloração branco avermelhado e superfície lisa. Mede 15 X 15 X 10 milímetros. Ao corte apresenta interior oco, preenchido por material de coloração parda avermelhada, com aspecto gelatinoso.

Observação: O dente foi armazenado. BLOCOS I - 2 peças. D. R. D.

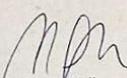
Microscopia:

O corte exhibe cavidade cística virtual revestida por epitélio pavimentoso não queratinizado com presença de células mucossecretoras. A cápsula é fibrosa e densa.

Diagnóstico:

**Cisto periapical.**

Patologista Responsável:

  
Michèle Gassel Kellermann, CD  
CRO-RS 15307

Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

### 3.3 Acompanhamento

As próximas consultas foram para acompanhamento da neoformação óssea no local onde foi retirada a lesão e o dente 26. Foi feito acompanhamento radiográfico e clínico, realizado na clínica de Odontologia da UNISC.

O primeiro retorno da paciente foi em 2 meses. Fizemos somente exame clínico e solicitamos um novo exame radiográfico (Figura 11).

**Figura 11 - Aspecto clínico 2 meses após cirurgia**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

O segundo retorno da paciente ocorreu em 5 meses, juntamente com o novo exame radiográfico (Figuras 12 e 13).

**Figura 12 - Aspecto clínico após 5 meses da cirurgia**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

**Figura 13 - Exame radiográfico após 5 meses da cirurgia**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2016).

O próximo retorno da paciente foi em 1 ano após remoção do cisto, com um novo exame radiográfico (Figura 14).

**Figura 14 - Exame radiográfico após 1 ano da cirurgia**



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC (2017).

Avaliando o aspecto clínico, combinado com os exames radiográficos complementares realizados para preservação do caso, foi possível sugerir que o paciente estava curado da afecção até o momento. Contudo, o tecido ósseo ainda estava em processo de cicatrização.

## 4 DISCUSSÃO

Os cistos odontogênicos são derivados de remanescentes epiteliais que proliferam em função de um processo inflamatório. Dentre estes, o cisto periapical deriva de um granuloma na região do ápice dentário (NEVILLE et al., 2009).

O caso relatado evidencia-se em função da abordagem cirúrgica proposta, a qual envolve enucleação e exodontia do elemento dentário. A literatura descreve como tratamento esses procedimentos de forma separada. Para a melhor escolha, analisa-se a extensão da lesão, pois, segundo Neville et al. (2009), grandes lesões não podem ser tratadas endodonticamente. Quando é optado por esse tratamento, é necessário analisar a condição que o elemento dentário se encontra, pois se ele está muito destruído e sem função, não é útil mantê-lo. A marsupialização, segundo Regezi e Sciubba (1991), deve ser realizada em grandes lesões ósseas e/ou lesões em áreas nobres. Sem contar com o aspecto colaborativo do paciente. A enucleação, segundo Ellis III (2015), é indicada para cistos que somente possam ser retirados de forma única e sem rompimento, removendo-o de forma segura.

O exame radiográfico, foi um fator não muito conclusivo, pois segundo Ramos-Perez et al. (2014), o cisto periapical é de origem endodôntica e, radiograficamente, é indistinguível do Granuloma Periapical. Nos dois casos temos imagens bem definidas, uniloculares, arredondadas e ovais, o dente está sempre necrosado e tem ruptura da lâmina dura. A única exceção é quando forem lesões muito grandes.

No caso deste trabalho como citou o autor a cima, a lesão se apresentava bem arredondada, unilocular, bem definida e muito grande. Por esse motivo para confirmar a suspeita foi enviado o material para análise histopatológica, apesar do aspecto radiográfico tipo cístico.

Assim, o exame histopatológico foi definitivo para o diagnóstico diferencial do caso. Já citou Neville et al. (2009) o tecido conjuntivo fibroso denso é encontrado na cápsula do cisto, contendo infiltrado inflamatório. Características encontradas no exame do caso. Ao comparar-se o presente caso com a literatura, concluiu-se que as características do cisto periapical do dente 26 são semelhantes aos casos já citados.

O cisto periapical tem predileção pelo sexo masculino, principalmente em maxila, na região anterior, entre a terceira e a quinta década de vida (REGEZI; SCIUBBA, 1991). De acordo com Dunfee et al. (2006), a prevalência é maior entre a quarta e sexta década de vida. O relato de caso deste trabalho apresenta quase todas as

características documentadas pelos autores acima: quinta década de vida, localizava-se na maxila, contudo, era na região posterior e a paciente é do sexo feminino.

Tendo em vista o trabalho como um todo, foi muito satisfatório o resultado final, contudo, um aspecto poderia ter sido feito diferente, manter o elemento dentário, pois quanto menos perdas dentárias a paciente tiver, melhor. Mas analisando a paciente por um todo, a condição bucal e a motivação da paciente, muito provavelmente, ela não conseguiria manter o dente e nem a região saudável.

Diante das possibilidades de tratamento para lesões de cistos periapicais, considera-se que o tratamento escolhido foi o melhor em função das condições gerais da paciente. Assim, ao realizar o tratamento cirúrgico de enucleação da lesão mais a exodontia do dente 26 apresentou-se eficaz frente à proposta de trabalho.

## 5 CONCLUSÃO

Após conclusão do caso, fica evidente a importância do diagnóstico adequado para a escolha do melhor tratamento. Pois o cisto periapical é uma lesão muito comum, encontrada com modesta frequência no meio odontológico.

Para o diagnóstico correto deve-se levar em consideração, bons exames clínicos, radiográficos, tomográficos, possibilitando traçar um bom plano de tratamento, deixando o paciente e o profissional mais confortáveis e confiantes.

Já para o tratamento, deve-se considerar que as vezes a melhor proposta na literatura não é o ideal para todos os pacientes. Deve-se considerar, a condição clínica do caso, a motivação da paciente, e ter uma visão a longo prazo para o caso.

O profissional de saúde deve ter conhecimento de qual é o melhor tratamento para o caso, conhecer suas variações, suas características, sua peculiaridade, assim, saberá qual é a melhor solução.

Tendo em vista os objetivos propostos pelo trabalho, pode-se concluir que foram atingidos, pois através da cirurgia de enucleação seguida de exodontia do elemento 26, foi possível alcançar a cura da paciente portadora dessa lesão até o momento, o que foi constatado via exame radiográfico panorâmico, realizado com certa frequência, portando grandes lesões ósseas podem ser tratadas por esta técnica.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, J. P. et al. The relevance of clinical and radiographic features of jaw lesions: a prospective study. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-9, 2016.
- BERGENHOLTZ, G.; RICUCCI, R. Lesões de Origem Endodôntica. In: LINDHE, J.; LANG, N. P.; KARRING, T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.
- BRAVE, D. et al. Radicular cyst of anterior Maxilla. *International Journal of Dental Clinics*, India, v. 3, n. 2, p. 16-17, Apr./June 2010.
- DAMANTE, J. H. et al. Interpretação radiográfica. In: ALVARES, L. C.; TAVANO, O. *Curso de Radiologia em Odontologia*. 5. ed. São Paulo, Santos, 2009.
- DANTAS, R. M. X. et al. Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Camaragibe, v. 14, n. 3, p. 21-26, jul./set. 2014.
- DIWAN, A. et al. Multidisciplinary approach in management of a large cystic lesion in anterior maxilla - a case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, India, v. 9, n. 5, p. 41-43, May 2015.
- DUNFEE, B. L. et al. Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandible. *RadioGraphics*, Pennsylvania, v. 26, n. 6, p. 1751-68, Nov./Dec. 2006.
- ELLIS III, Edward. Tratamento cirúrgico das lesões patológicas orais. In: HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 6. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2015.
- FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA-UNICAMP. Cistos odontogênicos. In: \_\_\_\_\_. *DB-301 Patologia Geral*. 2015. Disponível em: <[http://w2.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301\\_un3\\_Aula29-30Cistos\\_desenvolvimento.pdf](http://w2.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301_un3_Aula29-30Cistos_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.
- FREITAS, A.; ROSA, J. E.; SOUZA, I. F. *Radiologia Odontológica*. 5. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. *Endodontia: tratamento de canais radiculares*. 3. ed. São Paulo: Panamericana, 1998.
- LOUREDO, B. V. R. et al. Estudo epidemiológico de lesões odontogênicas provenientes do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 126-132, abr./jun. 2017.

NAIR, P. N. Ramachandran. Patobiologia da periodontite apical primária. In: COHEN, S; HARGREAVES, K. M. *Caminhos da Polpa*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2009.

RAMOS-PEREZ, F. M. M. et al. Mixed periapical lesion: an atypical radicular cyst with extensive calcifications. *Brazilian Dental Journal*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 5, p. 447-450, 2014.

REGEZI, J. H.; SCIUBBA, J. J. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

RIBEIRO JUNIOR, P. D. et al. Abordagens cirúrgicas do cisto periodontal apical. Considerações sobre qual técnica utilizar. *Saluvita*, Bauru, v. 23, n. 2, p. 303-316, 2004.

SHEAR, Mervyn. *Cistos da região bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento*. 3. ed. São Paulo: Santos, 1999.

TORRES-LAGARES, D. et al. Treatment of a large maxillary cyst with marsupialization, decompression, surgical endodontic therapy and enucleation. *Journal of the Canadian Dental Association*, Toronto, v. 77, p. 87-89, June 2011.

VALOIS, C. R. A.; COSTA-JÚNIOR, E. D. Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy - case report. *Brazilian Dental Journal*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 254-258, Sept./Dec. 2005.

VELAZQUE, L. et al. Enucleación de quiste periapical simultáneo a la obturación del sistema de conductos radiculares. *Revista Cubana de Estomatología*, Ciudad de La Habana, v. 51, n. 2, p. 179-186, abr./jun. 2014.

**ANEXO A – Autorização do coordenador do Curso de Odontologia da UNISC**

Santa Cruz do Sul, 11 de maio de 2017.

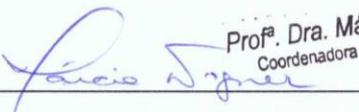
Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "Tratamento de Cisto Inflamatório de Origem Pulpar através da Técnica de Enucleação: Estudo de Caso.", desenvolvido pela acadêmica Camila Gonzatti do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do professor José Luiz Piazza, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da UNISC.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Helena Wagner  
Coordenadora do Curso de Odontologia

Márcia Helena Wagner

Coordenadora do Curso de Odontologia da UNISC

## **ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **CISTO INFLAMATÓRIO DE ORIGEM PULPAR ATRAVÉS DA TÉCNICA DE ENUCLEAÇÃO – RELATO DE CASO**

Este trabalho de conclusão de curso terá por objetivo acompanhar a retirada de um Cisto Inflamatório de Origem Pulpar através de Enucleação do dente 26. Caso clínico realizado no Curso de Extensão em Cirurgia Dento-Alveolar. Já que a Universidade não dispõe de uma disciplina que contemple acompanhar os pacientes após execução de procedimentos será feito durante o ano no horários disponíveis do Aluno, sendo este acompanhamento extremamente necessário para se verificar formação de osso.

Com a retirada da lesão e neoformação óssea consegue-se manter melhor a saúde bucal preservando funções. Este acompanhamento é vantajoso tanto para o paciente como para o acadêmico que consegue perceber o processo de cicatrização óssea.

Os custos dos procedimentos serão arcados pelos pacientes.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Professor responsável por este Procedimento é Jose Luiz Piazza. A responsável por realizar os procedimentos clínicos é a acadêmica Camila

Gonzatti. Para esclarecimento de dúvidas essas poderão ser respondidas pelo telefone 3717-1115.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário do procedimento ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717 7680.

- Data 16 / 03 / 2017

\* Leu Lopes  
Assinatura do Paciente ou Voluntário

[Assinatura]  
Assinatura da acadêmica

\* [Assinatura]  
Assinatura do Pesquisador Responsável