

CURSO DE ODONTOLOGIA

Augusto Majolo De Gasperi

TRATAMENTO DE CISTOS INFLAMATÓRIOS – ESTUDO DE CASOS

Santa Cruz do Sul
2015

Augusto Majolo De Gasperi

TRATAMENTO DE CISTOS INFLAMATÓRIOS – ESTUDO DE CASOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Piazza

Santa Cruz do Sul
2015

Augusto Majolo De Gasperi

TRATAMENTO DE CISTOS INFLAMATÓRIOS – ESTUDO DE CASOS

Este trabalho de conclusão de curso foi submetido à banca de avaliação da disciplina de conclusão de curso do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Dr. José Luiz Piazza

Professor Orientador – UNISC

Dr^a. Magda de Souza Reis

Professora Examinadora – UNISC

Dr^a. Michele Gassen Kellermann

Professora Examinadora – UNISC

Santa Cruz do Sul

2015

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a minha família, por estarem sempre ao meu lado nos momentos de dificuldade e por terem me dado a oportunidade de estudar odontologia durante esses cinco anos. Pelo amor e carinho para comigo em todo e qualquer momento, pela dedicação e empenho para que nunca me faltasse nada. Graças a vocês tenho educação, respeito, sonhos e oportunidades, graças a vocês tenho tudo que preciso. Obrigado por tudo.

Aos meus colegas, e mais do que isso, meus grandes amigos, que estiveram comigo durante todo o curso de graduação. Obrigado por terem me cuidado, estado comigo nos momentos difíceis, me erguido quando precisei de ajuda e por todo carinho e companheirismo. Torço muito pelo sucesso de todos vocês e espero que a nossa amizade perdure por toda a vida.

Aos meus amigos de infância, que, apesar da distância, jamais deixaram a nossa amizade se apagar. Mesmo após muito tempo sem mantermos contato, nossos laços de amizade sempre se mantiveram fortes e vivos como nunca. Vocês são muito especiais para mim, obrigado por fazerem parte da minha vida.

Ao meu professor orientador, José Luiz Piazza, por ser essa pessoa incrível, respeitosa, humilde e generosa. Obrigado pelos ensinamentos, pela paciência e por todo apoio que me destes durante esses longos anos. Obrigado por ser um exemplo de pessoa, um exemplo de profissional e por ter me guiado nessa caminhada. Obrigado por tudo.

A todos os professores do curso de odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, pela dedicação e atenção para com os seus alunos. Agradeço pelo conhecimento e experiências compartilhadas por vocês, pois assim consegui crescer como pessoa e como futuro profissional na área da odontologia.

RESUMO

Os cistos odontogênicos inflamatórios são as afecções mais frequentemente observadas nos ossos maxilares, sendo originados pela necrose pulpar, ocasionada por cárie dentária ou pelo traumatismo dentário. Tem prevalência pelo sexo masculino, ocorrendo principalmente na maxila, em região anterior. Através da anamnese, exame físico e exame radiográfico, é possível prever o diagnóstico deste tipo de patologia, mas apenas o exame laboratorial histopatológico pode confirmá-lo. O presente trabalho expõe dois estudos de caso, mostrando o tratamento e a preservação de grandes cistos radiculares em região anterior de maxila. Em ambos os casos os pacientes eram do gênero masculino, entre a quarta e quinta década de vida. Os mesmos compareceram à Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com queixa referente ao dente 22. Após exame radiográfico, foi verificado uma grande imagem radiolúcida na região dos dentes 21, 22 e 23. No exame clínico foi possível observar a presença de necrose pulpar do elemento 22, sendo a possível causa da lesão intraóssea. O objetivo deste trabalho foi proporcionar, como método de tratamento, uma intervenção multidisciplinar envolvendo endodontia e cirurgia perante os dois casos. Para resolução do caso realizou-se o tratamento endodôntico dos dentes com necrose pulpar, sendo em seguida realizado cirurgia apical para remoção total da lesão. Após o tratamento cirúrgico, foi realizado a preservação dos casos através de exames clínicos e radiográficos para avaliar a regressão da lesão intraóssea. Os resultados apresentados neste trabalho mostram que o tratamento endodôntico seguido de cirurgia apical é efetivo no tratamento de grandes cistos radiculares. Esta interação multidisciplinar proporciona uma avaliação mais criteriosa do caso, determinando o tratamento mais seguro e confortável para o paciente e para o profissional.

Palavras-chave: Cisto Radicular. Cisto Periapical. Maxilar Superior. Apicectomia.

ABSTRACT

Odontogenic inflammatory cysts are conditions most frequently observed on jaw bones, originated by pulpal necrosis, caused by dental cavity or by dental trauma. It has prevalence for males, occurring mainly in the Maxilla, at the anterior region. Through anamnesis, physical examination and radiographic examination, it is possible to predict the diagnosis of this type of pathology, but only the histopathology laboratory tests can confirm it. This article presents two case studies, showing the treatment and follow-up of large radicular cysts on the anterior maxilla. In both cases the patients were male, between their fourth and fifth decade of life. They attended the Clinic of Dentistry at University of Santa Cruz do Sul (UNISC) with complaints concerning the tooth 22. After a radiographic examination, a large radiolucent image in the region of teeth 21, 22 and 23 appeared. During clinical examination it was possible to observe the presence of necrotic pulp at subject 22, being the possible cause of the intra-osseous lesion. The objective of this research was to provide, as a method of treatment, a multidisciplinary intervention involving endodontics and surgery for both cases. In order to solve the case, an endodontic treatment was carried out on the teeth with pulp necrosis, and then an apical surgery was performed for total removal of the lesion. After the surgical procedure, observations were made by clinical and radiographic examinations to evaluate the regression of the intra-osseous lesion. The results presented in this article show that endodontic treatment followed by apical surgery is effective in the treatment of large radicular cysts. This multidisciplinary interaction provides a more detailed assessment of the case, determining the treatment safer and more comfortable for the patient and the professional.

Keywords: Radicular Cyst. Periapical Cyst. Maxilla. Apicoectomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Aspecto clínico Inicial. Vista frontal da boca do paciente	30
Figura 2 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22 e 23	31
Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial	31
Figura 4 – Tomografia Cone-Bean, corte sagital	32
Figura 5 – Tomografia Cone-Bean, corte coronal	32
Figura 6 – Tomografia Cone-Bean, corte axial	33
Figura 7 – Radiografia Periapical para avaliar a qualidade da obturação	35
Figura 8 – Sindesmotomia para ter-se acesso a área da lesão	36
Figura 9 – Descolamento da lesão de seus limites ósseos	36
Figura 10 – Aspecto da cavidade óssea após remoção por completo da lesão	37
Figura 11 – Lesão em recipiente, devidamente identificada	37
Figura 12 – Aspecto clínico após realização de sutura	38
Figura 13 – Aspecto do pós-operatório do paciente, após remoção de sutura	39
Figura 14 – Aspecto da restauração pós-endodontia do dente 22 finalizada	40
Figura 15 – Fotomicrografia exibindo Epitélio escamoso estratificado não queratinizado (1), Cápsula Fibrosa (2) e Cristais de colesterol (3). Coloração de H&E (médio aumento).	42
Figura 16 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22 e 23, mostrando certa cicatrização óssea	43
Figura 17 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22, mostrando significativa cicatrização óssea	43
Figura 18 – Radiografia Panorâmica mostrando aspecto ósseo após 41 semanas da cirurgia apical	44
Figura 19 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22 e 23, apresentando grande neoformação óssea	44
Figura 20 – Aspecto clínico após 41 semanas da cirurgia apical. Vista por vestibular	45
Figura 21 - Aspecto clínico após 41 semanas da cirurgia apical. Vista por palatina	45
Figura 22 – Radiografia Panorâmica. Pode-se notar o tratamento endodôntico não ideal do dente 22	47
Figura 23 – Vista frontal inicial da arcada superior do paciente	48

Figura 24 – Radiografia Panorâmica Inicial do paciente	48
Figura 25 – Radiografias periapicais iniciais da região anterior da maxila	49
Figura 26 – Tomografia Cone-Bean, corte panorâmico	49
Figura 27 – Tomografia Cone-Bean, corte axial	50
Figura 28 – Tomografia Cone-Bean, corte sagital	50
Figura 29 – Aspecto clínico do acesso a lesão óssea	54
Figura 30 – Aspecto clínico da estrutura óssea após a remoção da lesão	54
Figura 31 – Aspecto clínico após confecção da sutura	55
Figura 32 – Aspecto clínico após a remoção de sutura	56
Figura 33 - Fotomicrografia exibindo Epitélio colunar ciliado com presença de células muco-secretoras (1). Capsula fibrosa com presença de infiltrado inflamatório (2). Coloração de H&E (médio aumento).	57
Figura 34 - Fotomicrografia exibindo Epitélio escamoso estratificado não queratinizado com presença de material calcificado basofílico (1). Cápsula Fibrosa (2). Coloração de H&E (médio aumento).	57
Figura 35– Radiografia periapical demonstrando certa cicatrização óssea	58
Figura 36 – Radiografia panorâmica mostrando cicatrização óssea na região antes afetada pelo cisto radicular	59
Figura 37 – Radiografias periapicais da região dos dentes 11, 21, 22 e 23, apresentando evidente neoformação óssea	59
Figura 38 – Aspecto clínico da mucosa oral da região anterior da maxila	60
Figura 39 – Aspecto clínico da mucosa oral da região anterior do palato duro	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO	13
2.1	Definição e origem cística.....	13
2.2	Características clínicas do cisto radicular	16
2.3	Características radiográficas do cisto radicular	18
2.4	Características histopatológicas.....	20
2.5	Formas de tratamentos	21
2.6	Coleta do material patogênico.....	26
2.7	Possibilidade de recidiva	27
2.8	Cicatrização e recuperação pós-cirúrgica.....	28
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	Delineamento da pesquisa.....	29
3.2	Seleção do material bibliográfico.....	29
4	RELATO DOS CASOS.....	30
4.1	Relato de Caso I.....	30
4.1.1	Diagnóstico	30
4.1.2	Plano de Tratamento	33
4.1.3	Acompanhamento.....	42
4.2	Relato de caso II	46
4.2.1	Diagnóstico	46
4.2.2	Plano de tratamento	51
4.2.3	Acompanhamento.....	58
5	DISCUSSÃO	62
6	CONCLUSÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	67
	ANEXO A – Autorização do coordenador do Curso de Odontologia.....	70
	ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	71
	ANEXO C – Carta de apresentação do projeto de pesquisa.....	77
	ANEXO D – Ficha de biópsia do paciente referente ao relato de caso I.....	78
	ANEXO E – Laudo Anatomopatológico referente ao relato de caso I	79

ANEXO F – Laudo Radiográfico referente a proervação do relato de caso I...	80
ANEXO G – Pedido de liberação médica referente ao paciente do relato de caso II.....	81
ANEXO H – Carta de recomendação do médico cardiologista referente ao paciente do relato de caso II.....	82
ANEXO I – Laudo Anatomopatológico referente ao relato de caso II.....	83
ANEXO J – Laudo Radiográfico referente a proervação do relato de caso II ..	84

1 INTRODUÇÃO

Atualmente sabe-se da grande prevalência de cistos odontogênicos periapicais inflamatórios se comparado aos outros tipos de cistos de origem odontogênica, tal afirmativa é corroborada por vários autores (MENINGAUD et al., 2006).

Um estudo realizado pela Pierre et Marie Curie University, Paris, França, em 2006, avaliou 695 casos de cistos odontogênicos tanto em mandíbula, quanto em maxila. De todas as amostras, 53,5% foram diagnosticados como sendo cistos odontogênicos inflamatórios apicais (MENINGAUD et al., 2006).

Segundo um estudo feito no Centro de Patologia da Hamadan University of Medical Sciences, localizado no Irã, foram avaliados 413 pacientes nativos que apresentavam lesões intraorais e intraósseas, no período entre 1996 e 2008. Destes pacientes, 70 foram diagnosticados com cistos de origem odontogênica, 11 com tumor odontogênico e 332 com outras lesões (BAGHAEI et al., 2014).

A recente pesquisa demonstrou que o cisto odontogênico mais prevalente, dentre os 70 casos diagnosticados com cisto de origem odontogênica, foi o Cisto dentígero, atingindo 19 (27,2%) das amostras. A segunda lesão mais prevalente foi o Cisto periapical, representando 13 (18,6%) das amostras avaliadas. A pesquisa também concluiu que os cistos de origem odontogênica apresentaram prevalência pelo gênero masculino (55,9%), e a grande maioria dos casos encontrados (61,0%) ocorreram na faixa etária entre a segunda e a quarta década de vida (BAGHAEI et al., 2014).

No estudo realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, foram reunidos diagnósticos histopatológicos realizados entre janeiro de 1993 e maio de 2009. Foram apuradas 158 amostras diagnosticadas, através de exames histopatológicos, como cistos de origem odontogênica. Um total de 108 (68%) destas patologias foram classificadas como cisto radicular periapical. Deste total, 65 (60%) das amostras foram observadas em homens e 43 (40%) observadas em mulheres. Quanto a localização das lesões, 67% das mesmas ocorreram na maxila e apenas 23% ocorreram na mandíbula (COSTA, 2009).

Em um estudo realizado no Brasil, o cisto radicular inflamatório mostrou-se o mais comum dentre os cistos de origem odontogênica, sendo diagnosticado em 61,4% dos casos. As mulheres foram mais acometidas que os homens, atingindo

62,0% das amostras. A terceira década de vida é o momento em que o cisto radicular inflamatório teve maior prevalência. Em 63,05% dos casos a maxila foi acometida, enquanto que em apenas 36,95% dos casos a mandíbula foi acometida (SOUZA et al., 2011).

Cistos periapicais inflamatórios englobam os cistos odontogênicos mais comuns observados em cavidades orais (SAMPAIO; PRADO, 2004; DUNFEE et al., 2006; ALVARES; TAVANO, 2009; USALAN et al., 2009; ULOOPI et al., 2015), vistos frequentemente em exames radiográficos, sendo, na maioria dos casos, um processo posterior ao granuloma periapical (ALVARES; TAVANO, 2009).

Segundo Neville et al. (2009), a formação de cistos é bastante usual, acometendo 7% a 54% das imagens com características radiolúcidas na região do ápice dentário.

Ao ser feita a avaliação de uma lesão periapical através da análise do exame clínico juntamente com exames radiográficos complementares, caso as características da mesma apontarem para uma lesão periapical de caráter odontogênica inflamatória, pode-se realizar um tratamento endodôntico conservador ou até a extração do elemento dentário que é suspeito de ser o foco de origem da infecção (NEVILLE et al., 2009).

Caso essa lesão ultrapasse 2,0cm de diâmetro pode-se indicar a cirurgia periapical para a resolução do caso. Esse método de tratamento também é bem indicado em casos onde não é possível realizar o tratamento endodôntico convencional no dente que é o foco infeccioso. No entanto, muitos profissionais obtiveram bons resultados frente a lesões periapicais extensas com até 2,0cm de diâmetro, realizando apenas o tratamento endodôntico. Apesar de ser uma lesão muito comum nos ossos maxilares, existe certa controvérsia quanto ao tipo de tratamento mais indicado de acordo com o tamanho da patologia (NEVILLE et al., 2009).

Quando se está frente a lesões periapicais de grande volume, existe uma variedade de tratamentos que o profissional pode escolher para a cura da mesma. O tratamento pode envolver apenas uma área da odontologia, ou pode ser de caráter multidisciplinar. Cabe ao profissional decidir qual a melhor método de tratamento para o seu caso (ELLIS, 2009).

A justificativa para confecção de trabalhos como este deve-se a união de informações relacionadas ao cisto periapical inflamatório, envolvendo considerações de várias áreas da odontologia como cirurgia, endodontia, estomatologia e radiologia, justificam a confecção do mesmo (NETO; DANESI; UNFER, 2004).

Sabendo que há vários métodos de tratamento para extensas lesões císticas de origem odontogênica, questiona-se: A combinação do tratamento endodôntico com o tratamento cirúrgico é eficaz para a cura de grandes lesões periapicais?

Tendo em vista a variedade de tratamentos possíveis frente a lesões císticas de grande volume, este trabalho visa demonstrar a resolução de casos clínicos de grandes lesões císticas apicais de origem inflamatória, tratadas através de endodontia e cirurgia apical, respectivamente. Para os dois estudos de caso desse trabalho, o objetivo do mesmo foi tratar de maneira multidisciplinar os dois pacientes e realizar exames clínicos e radiográficos para acompanhar a recuperação óssea da região afetada como método preservativo.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 Definição e origem cística

Pode-se definir a lesão cística como um saco que possui como revestimento um epitélio, contendo em seu interior um material pastoso (SAMPAIO; PRADO, 2004; ELLIS, 2009).

Segundo Regezi e Sciubba (1991), cisto nada mais é do que uma cavidade de origem patológica com revestimento epitelial em sua periferia. No centro desta pode ser encontrado uma espécie de líquido com células mortas.

Os cistos de origem odontogênica podem ser classificados, de acordo com a sua etiologia, em cistos odontogênicos inflamatórios ou de desenvolvimento (LIRA et al., 2010).

Cistos periapicais classificados como de origem inflamatória tem como característica principal a morte do tecido pulpar de um elemento dentário, normalmente causado pela evolução de um processo carioso (SAMPAIO; PRADO, 2004; DUNFEE et al., 2006; USALAN et al., 2009; BRAVE et al., 2011).

Esse tipo de cisto inflamatório forma-se, comumente, no ápice da raiz de elementos dentários, mas pode originar-se na mesial ou distal das mesmas caso exista necrose de um canal radicular acessório da raiz (SAMPAIO; PRADO, 2004; STUART; MICHAEL, 2009).

Segundo Bergenholtz e Ricucci (2010), a polpa dentária é protegida por um tecido duro dividido, basicamente, em duas partes: esmalte e dentina. Esses tecidos protegem a polpa das injúrias externas que possam prejudicá-la. Porém, alguns fatores podem resultar em necrose do tecido pulpar.

Eles são, principalmente, os processos infecciosos, como a cárie dentária, e os processos não-infecciosos, como o traumatismo dentário acidental (NAIR, 2007; BERGENHOLTZ; RICUCCI, 2010).

A cárie dentária leva a uma infecção bacteriana direta ao tecido pulpar, resultando em necrose e na inflamação dos tecidos periodontais. Tal pode evoluir para uma lesão cística, que resulta na destruição do osso alveolar (BERGENHOLTZ; RICUCCI, 2010).

O traumatismo dentário é capaz de inibir o suprimento vâsculo-nervoso para o tecido pulpar, ocasionando na necrose do mesmo. Essa morte tecidual permite que bactérias invadam a região, resultando em infecção e processo inflamatório local (BERGENHOLTZ; RICUCCI, 2010).

A evolução desse processo de necrose da polpa pode ser bastante lento, levando a uma inflamação no ápice radicular, resultando na patologia cística inflamatória (DUNFEE et al., 2006; BRAVE et al., 2011; KETHINENI et al., 2013).

O processo inflamatório estimula a multiplicação de células epiteliais que forma a estrutura de revestimento característico dessa patologia (REGEZI; SCIUBBA, 1991; ELLIS, 2009; NEVILLE et al., 2009; STUART; MICHAEL, 2009).

Segundo ELLIS (2009), a morte pulpar leva a formação de um granuloma periapical, iniciando o processo inflamatório que estimula células epiteliais a proliferarem.

As células do tipo epitelial que sofrem esse estímulo são principalmente os restos epiteliais de Malassez (REGEZI; SCIUBBA, 1991; SAMPAIO; PRADO, 2004; NEVILLE et al., 2009; STUART; MICHAEL, 2009), porém células do epitélio crevicular e células do revestimento sinusal também mostram uma reação de proliferação graças ao processo inflamatório (NEVILLE et al., 2009).

De acordo com Regezi e Sciubba (1991), o granuloma periapical leva como característica um tecido granulomatoso, localizado no ápice dentário, entre osso e a raiz do dente, onde há uma inflamação de caráter crônico. Este processo é o principal fator que estimula a proliferação das células epiteliais. Ao mesmo tempo que a inflamação está atuante, ocorre a formação do revestimento epitelial que caracteriza o cisto periodontal apical.

Para Sampaio e Prado (2004), Cisto Radicular é a nomenclatura mais adequada para este tipo de patologia, pois a mesma pode ocorrer não apenas no periápice da raiz, mas também em superfícies laterais da raiz. Definições como Cisto periapical e cisto periodontal apical remetem a lesão apenas no ápice da raiz, sendo nomenclaturas menos adequadas.

Esse cisto pode ser dividido em dois grandes grupos. Os cistos ditos como verdadeiros são aqueles onde o revestimento epitelial é contínuo em toda lesão, sem falhas. Cistos do tipo baía apresentam seu revestimento epitelial com solução de continuidade, como, por exemplo, casos onde raízes de dentes são encontradas

no interior da lesão cística. Em termos de tratamento, os dois tipos não possuem diferença (NAIR, 2007; NEVILLE et al., 2009).

O que determina o crescimento do cisto é a diferença de pressão osmótica entre o interior da lesão e o meio externo. Os restos celulares encontrados no interior da cavidade cística causam um aumento na pressão osmótica, resultando em um desequilíbrio com o meio externo. Isso induz a entrada de fluido para o interior da luz do cisto através do revestimento epitelial e tecido conjuntivo, ambos atuando como uma membrana semipermeável (REGEZI; SCIUBBA, 1991).

O crescimento é centrifugo (de dentro para fora), sendo acentuado pela reabsorção do osso circundante a lesão, graças a atividade de osteoclastos. A reabsorção é estimulada mediante alguns fatores, como o fator de reabsorção óssea e também pelas prostaglandinas. Estas são produzidas pelas próprias células inflamatórias que tentam combater a lesão (REGEZI; SCIUBBA, 1991).

Segundo Nair (2007), células que estão envolvidas na patologia liberam substâncias que estimulam a proliferação dos restos epiteliais de Malassez, formando uma cavidade revestida por epitélio. O crescimento desse tipo de cisto ocorre graças as ilhas de células epiteliais no interior da lesão. Essas células não têm onde buscar nutrientes para se manterem vivas, e acabam necrosando, liberando substâncias que atraem neutrófilos e granulócitos.

O estágio final do crescimento cístico é considerado um mistério ainda, porém acredita-se que o fenômeno não ocorra graças a diferença de pressão osmótica entre o meio interno e externo da lesão. Graças a morte de neutrófilos dentro do lúmen da lesão, ocorre a liberação de prostaglandinas. As mesmas podem migrar para o exterior da lesão e interagir com a interleucina 1 beta (IL-1 beta), produzidas por linfócitos T e macrófagos presentes na região extra-epitelial. A interação entre as prostaglandinas e a IL-1 beta estimulam osteoclastos, que reabsorvem a estrutura óssea na periferia da lesão (NAIR, 2007).

Os Cistos Periapicais em Bolsa (antigamente designados de Cistos em Baía) se desenvolvem graças ao acúmulo de neutrófilos e granulócitos no periápice radicular, diante uma resposta inflamatória para conter a infecção via canal. Ao redor do ápice da raiz ocorre a formação de um colarinho epitelial. Esse colarinho sela o ápice radicular e o canal radicular do resto do organismo. Células de defesa inflamatórias são atraídas para o interior do canal através da quimiotaxia provocada

pelos microrganismos. O crescimento do cisto se dá pelo acúmulo de restos celulares e produtos de bactérias liberadas no interior do lúmen da patologia (NAIR, 2007). Cistos periapicais tem a capacidade de crescimento em torno de 5mm de diâmetro por ano (KETHINENI et al., 2013).

É possível determinar outro tipo de classificação para as lesões císticas. Caso a origem da lesão seja graças ao epitélio odontogênico, temos um cisto odontogênico. Porém, se a origem cística for graças ao epitélio oral que, por alguma razão, ficou preso no período da embriogênese, temos um cisto fissurado (ELLIS, 2009). EXCLUIR???????

Ainda, de acordo com Regezi e Sciubba (1991), existe outra nomenclatura. Aquela lesão cística que possui toda cavidade revestida por epitélio, deve-se definir como cisto verdadeiro. Já aquelas lesões císticas que não seguem essa característica são designadas como pseudocistos, possuindo um revestimento epitelial incompleto.

2.2 Características clínicas do cisto radicular

O cisto radicular, periodontal apical ou periapical é considerado o tipo de cisto mais comum visto em maxila e mandíbula. Essa patologia tem predileção pelo sexo masculino, principalmente entre a 3ª e 6ª década de vida (REGEZI; SCIUBBA, 1991; STUART; MICHAEL, 2009).

O local mais comum de ser encontrado é na região anterior da maxila, acometendo de canino a canino (REGEZI; SCIUBBA, 1991; VARINAUSKAS; GERVICKAS; KAVOLIUNIENE, 2006; STUART; MICHAEL, 2009). A sua evolução normalmente ocorre no sentido da tabua vestibular (REGEZI; SCIUBBA, 1991; STUART; MICHAEL, 2009;).

Segundo Sampaio e Prado (2004), na maxila o abaulamento da lesão pode ocorrer por vestibular ou por palatina. Na mandíbula são raros os casos em que o aumento de volume ocorreu pela lingual.

De acordo com Sampaio e Prado (2004), Dunfee (2006), este tipo de cisto atinge principalmente a faixa etária entre a 4ª e a 6ª década de vida, tendo predileção pelo sexo masculino e ocorrendo mais frequentemente em maxila do que em mandíbula.

Mesmo sendo mais comum a perda da vitalidade pulpar em crianças na 1ª década de vida por motivo de lesões cariosas, a patologia cística ainda tem predileção por adultos (REGEZI; SCIUBBA, 1991).

O cisto periapical inflamatório possui um desenvolvimento silencioso, sem sintomatologia, na maioria dos casos. Como consequência, a lesão é descoberta através de achados radiográficos, através de exames de rotina (REGEZI; SCIUBBA, 1991; ELLIS, 2009; NEVILLE et al., 2009; STUART; MICHAEL, 2009).

Porém, caso a patologia atinja grandes proporções, nota-se áreas tumefadas e o paciente pode relatar sensibilidade local. Além disso, o paciente também pode relatar mudança de posição de dentes, já que o cisto é capaz de deslocar estruturas dentárias adjacentes. Para o teste de sensibilidade pulpar, tanto térmico quanto elétrico, a resposta do dente de origem é negativa (NEVILLE et al., 2009).

Caso surgir uma infecção secundária perante ao cisto periapical, o paciente pode relatar sintomatologia dolorosa (SAMPAIO; PRADO, 2004; STUART; MICHAEL, 2009).

As patologias de origem endodônticas, como cistos radiculares inflamatórios, não possuem apenas a capacidade de destruir tecidos na região apical da raiz, mas tem o poder de expandir as margens da lesão para a região lateral de raízes, envolvendo as mesmas, e podendo causar o envolvimento de furca em dentes que possuem mais de uma raiz (BERGENHOLTZ; RICUCCI, 2010).

Em determinados casos é possível que essa lesão endodôntica infecciosa, de caráter crônico, drene para a cavidade oral através de uma comunicação, sendo esta denominada como trato sinusal. Este tem sua origem na fonte da lesão, percorrendo a estrutura óssea até atingir o meio bucal através de um estoma (superfície aberta) localizado na gengiva inserida, mucosa alveolar, sulco gengival ou através de furcas (BERMAN; HARTWELL, 2007).

O termo fístula comumente é utilizado de maneira incorreta, pois remete a um caminho com revestimento epitelial capaz de comunicar dois órgãos internos. Mas o que ocorre, na maioria das comunicações entre o foco da lesão com o meio bucal, é a formação de caminho revestido por tecido granulomatoso, e não por epitélio (BERMAN; HARTWELL, 2007).

Caso a infecção periapical apresente uma fístula, o quadro do paciente não é doloroso. Porém os pacientes relatam uma sensação dolorosa nos momentos que

antecedem a drenagem da lesão. A fístula pode ser um meio alternativo para localizar o dente que é o foco infeccioso. Através do rastreamento de fístula, utilizando um cone de guta-percha, seguido de exame radiográfico, é possível localizar o dente que está causando a lesão (BERMAN; HARTWELL, 2007).

Lesões apicais inflamatórias, assim como cistos radiculares, podem drenar um material purulento para a cavidade oral através do ligamento periodontal do dente em questão. Esse processo fistuloso promove a destruição do ligamento periodontal, assim como do osso alveolar associado ao mesmo. Clinicamente é possível observar uma bolsa periodontal muito profunda, que atinge o ápice radicular do dente, caracterizando uma lesão endodôntico-periodontal (NOVAK, 2007).

É possível realizar um exame através da palpação na região onde existe a lesão, para avaliar a destruição óssea já causada. Caso seja percebido uma flutuação durante o exame, a cortical óssea da região do maxilar examinado foi rompida. Porém, se na palpação for observado uma resistência óssea, ainda existe a presença de cortical óssea (ELLIS, 2009).

2.3 Características radiográficas do cisto radicular

Radiograficamente na margem do cisto radicular, a lâmina dura ao redor do dente se mostra descontínua graças a lesão radiolúcida de forma arredondada e unilocular, podendo ser encontrada em região apical ou lateral de uma raiz (REGEZI; SCIUBBA, 1991; SAMPAIO; PRADO, 2004; ELLIS, 2009; NEVILLE et al., 2009; STUART; MICHAEL, 2009).

Com o crescimento da lesão e a aproximação da mesma em relação aos dentes vizinhos, a imagem radiolúcida mostra-se achatada e a reabsorção de raízes pode ser comum (NEVILLE et al., 2009).

Cistos periapicais podem variar seu tamanho de cinco milímetros até centímetros, podendo atingir até 1,5cm. Lesões císticas que estão em crescimento por um período de tempo muito longo, podem ocasionar reabsorção radicular de dentes adjacentes a elas (REGEZI; SCIUBBA, 1991).

De acordo com Stuart e Michael (2009), apesar de cistos periapicais de grande volume poderem deslocar e até reabsorver raízes dos dentes vizinhos, raramente ocorre a reabsorção da raiz do elemento dentário que originou a patologia. Contudo,

segundo Ellis (2009), o cisto radicular não é capaz de causar reabsorções radiculares

Em situações onde haja uma infecção secundária perante a lesão cística, o halo radiopaco que circunda a imagem radiolúcida, observado em exames radiográficos de cistos radiculares, pode tornar-se descontínuo ou mais esclerótico. No interior do cisto podem haver calcificações distróficas, dependendo do período de desenvolvimento da patologia (STUART; MICHAEL, 2009).

Como essa patologia não apresenta sintomatologia significativa durante seu desenvolvimento, seu crescimento lento e gradativo não é notado pelo paciente, podendo atingir grandes proporções. Esse aspecto mostra a importância do uso de exames radiográficos periódicos na odontologia (MARTINS FILHO et al., 2009).

É importante ressaltar que a imagem radiográfica de cistos e granulomas periapicais possuem características muito semelhantes. Sabendo disso, exames radiográficos não podem distinguir entre uma lesão e outra, mesmo sendo mais comum os cistos periapicais apresentarem imagens maiores se comparado aos granulomas periapicais (REGEZI; SCIUBBA, 1991; NEVILLE et al., 2009; STUART; MICHAEL, 2009).

Segundo Stuart e Michael (2009), imagens em que o halo radiopaco é bem definido e a lesão ultrapasse 2cm de diâmetro, o diagnóstico sugestivo é de cisto radicular inflamatório ao invés de granuloma periapical.

Para Sampaio e Prado (2004), muitos autores acreditam ser impossível distinguir a patologia entre cisto radicular e granuloma periapical. No entanto, muitos trabalhos demonstram que o tamanho da lesão pode ajudar a definir mais precisamente o diagnóstico. Quando a imagem radiolúcida apresentar menos de 8mm de diâmetro, de 70% a 86% dos casos é diagnosticado como granuloma periapical. Lesões com mais de 10mm de diâmetro tem 70% de chance de ser um cisto radicular.

Os exames radiográficos são utilizados como técnicas auxiliares no diagnóstico, ou seja, imagens radiográficas ajudam a direcionar o Cirurgião-dentista para o correto diagnóstico, sendo a definição deste de suma importância para o ideal tratamento da patologia (DUNFEE et al., 2006).

Além disso, exames radiográficos podem ser realizados periodicamente para auxiliar no controle da preservação da lesão, ou seja, permitem que o profissional possa avaliar o sucesso, ou insucesso, do tratamento (DIWAN et al.,2015).

2.4 Características histopatológicas

Ao analisar o cisto radicular de maneira microscópica, é possível classificar o epitélio de revestimento como sendo estratificado escamoso, podendo apresentar espongirose (REGEZI; SCIUBBA, 1991; NEVILLE et al., 2009).

Esse epitélio pode estar hiperplásico e apresentar exocitose. Partes desse tecido epitelial podem ser diferentes ao longo da lesão. Em certas regiões é possível observar epitélio do tipo colunar pseudoestratificado ciliado (NEVILLE et al.,2009).

Muito se associou a aparição desse epitélio a cistos periapicais da maxila, quando próximos do seio maxilar. Isso porque ele pode ter sido originado graças ao revestimento sinusal próximo a lesão. Porém, é sabido que o epitélio colunar pseudoestratificado ciliado também pode ser encontrado em cistos periapicais na mandíbula (NEVILLE et al., 2009).

Segundo Regezi e Sciubba (1991), a espessura do tecido epitelial mostra-se variável de acordo com regiões do cisto. Certas porções do revestimento epitelial podem ser bastante delgadas, enquanto outras apresentam até vinte camadas celulares.

A porção interna do cisto é preenchida por um líquido cístico em conjunto com restos de células. O revestimento epitelial pode apresentar corpúsculos de Rushton e o lúmen do cisto, juntamente com a sua cápsula, podem conter cristais de colesterol, células gigantes multinucleadas e hemossiderina (REGEZI; SCIUBBA, 1991; NEVILLE et al., 2009).

Adjacente ao revestimento epitelial existe a cápsula da lesão cística, que nada mais é do que um tecido conjuntivo fibroso denso, podendo conter em seu interior infiltrado inflamatório, sendo observado principalmente linfócitos, plasmócitos, neutrófilos e histiócitos (REGEZI; SCIUBBA, 1991; NEVILLE et al., 2009). Corpos hialinos podem estar situados na cápsula cística de maneira dispersa, sendo uma presença comum quando há uma inflamação crônica dentro do osso. (NEVILLE et al., 2009).

2.5 Formas de tratamentos

A princípio, o cisto periapical de origem inflamatória pode ser tratado com a extração do elemento dentário de origem, ou com a endodontia do mesmo. Existe uma certa controversa quanto a definição do tipo de tratamento frente ao tamanho da lesão (NEVILLE et al., 2009).

Certos autores defendem a ideia de que o tratamento endodôntico é suficiente para a resolução do caso. Mas a maioria dos autores acreditam no tratamento cirúrgico após o tratamento endodôntico. Contudo, caso o dente não possua condições de ser mantido em boca, o tratamento recomendado é a extração do elemento e remoção cirúrgica do cisto periapical. O prognóstico do tratamento de cistos radiculares é excelente (SAMPAIO; PRADO, 2004).

Alguns clínicos acreditam não ser possível tratar cistos de grande volume apenas endodonticamente. No entanto, profissionais mostraram ser possível tratar lesões extensas com a endodontia convencional que possuíam até 2,0cm de diâmetro (NEVILLE et al., 2009).

Quando a for lesão tratada endodonticamente e não apresentar regressão em exame radiográfico, deve-se primeiro indicar o retratamento endodôntico antes de outras intervenções. É importante ressaltar que, no caso de lesões císticas, um acompanhamento radiográfico necessita ser executado durante dois anos após o tratamento para avaliar a cicatrização óssea (NEVILLE et al., 2009).

De acordo com Regezi e Sciubba (1991), deve-se extrair o dente que originou a lesão e em seguida realizar curetagem para eliminar o epitélio do cisto localizado apicalmente. Outro método para curar a lesão envolve tratar endodonticamente o dente com necrose pulpar, e em seguida realizar a apicectomia.

Já os cistos de grandes proporções necessitam de marsupialização ou enucleação para resolução do caso. Ambas podem ser realizadas para cura do mesmo tipo de lesão. A marsupialização permite a redução da lesão, facilitando a execução da enucleação. Posteriormente a esses procedimentos, pode ser necessário realizar a extração do dente que levou a formação cística. A escolha do

método de tratamento varia de acordo com o profissional, sendo ele eleito por conforto, experiência e confiança do cirurgião-dentista (REGEZI; SCIUBBA, 1991; ELLIS, 2009).

Para Neville et al. (2009), quando existe a possibilidade de manter o dente de origem através de restaurações, lesões extensas podem ser tratadas combinando o tratamento endodôntico com a marsupialização e biópsia. Caso a lesão ultrapassar 2,0cm de diâmetro, a intervenção cirúrgica apical é indicada.

Segundo Kethineni et al. (2013), a escolha entre essas duas opções cirúrgicas de tratamento varia de acordo com o tamanho, localização da lesão, bem como a proximidade de estruturas importantes.

Enucleação é uma proposta de tratamento cirúrgica onde é feito a total remoção da lesão, realizada, idealmente, sem a ruptura do revestimento epitelial do cisto. Caso a lesão seja removida em fragmentos, existe uma chance maior de ocorrer recidiva. A presença de tecido conjuntivo fibroso entre o revestimento epitelial cístico e o osso é o que permite a separação da lesão em relação a este (ELLIS, 2009).

Quando a membrana cística se apresenta firme, fibrosa, é possível remover a lesão sem que a mesma seja fragmentada, caracterizando uma enucleação por dissecação. Quando a lesão é removida em partes, seja porque o epitélio cístico era muito fino ou muito friável, o ato cirúrgico é definido como enucleação por curetagem (SAMPAIO, PRADO; 2004).

O principal objetivo terapêutico da remoção de um cisto por completo é eliminar qualquer vestígio da estrutura patológica, evitando assim uma possível recidiva. O segundo objetivo é permitir e garantir a recuperação do defeito que a lesão produziu, ou seja, permitir a reabilitação funcional do paciente. A enucleação possui indicação para a remoção de qualquer tipo de cisto, desde que sua aplicação não leve a iatrogenias que não compensem o tratamento. Contudo, a vantagem deste método é que o próprio tratamento é a biópsia excisional da lesão. Após a cicatrização do procedimento, o paciente não sente mais incômodo (ELLIS, 2009).

É importante realizar o quanto antes o tratamento cirúrgico da patologia, pois cistos radiculares podem deslocar dentes adjacentes a lesão e ainda causar reabsorção radicular do dente associado. Além disso, a lesão cística ainda

enfraquece a estrutura óssea, tornando a mesma mais suscetível a fraturas (VARINAUSKAS; GERVICKAS; KAVOLIUNIENE, 2006).

Como lesões deste tipo podem crescer silenciosamente, atingindo grandes proporções, envolvendo muitas estruturas importantes e ocasionando a destruição óssea, o correto diagnóstico deve ser levado com seriedade, pois apenas assim a melhor opção de tratamento será proposta ao paciente (SELVAMANI; DONOGHUE; BASANDI, 2012).

A incisão realizada na enucleação deve formar um retalho muco-periósteo com o tamanho de acordo com o tamanho da própria lesão. É o volume da lesão que dita a extensão do acesso a ser realizado. Para esse tipo de procedimento, o retalho sempre deve ser de espessura total. O ideal é que a margem do acesso fique distante de 4 à 5mm das margens da lesão, sob osso sadio (ELLIS, 2009).

Quando o cisto não rompe a cortical óssea, faz-se necessário realizar uma janela óssea para termos acesso à lesão. Essa janela é confeccionada com uma broca esférica, sendo ampliada de acordo com o tamanho do cisto. Caso a lesão já tenha rompido a cortical, porém de forma amena, deve-se ampliar essa abertura com uma broca esférica. A remoção do tecido cístico é realizada com curetas de vários tamanhos. Quando toda a cápsula cística estiver separada do osso circunvizinho, o cisto pode ser removido por completo. Essa separação é realizada com maior rapidez e praticidade quando o cisto está intacto, com pressão intracística (ELLIS, 2009).

É de suma importância ter cautela ao enuclear cistos de grandes proporções, pois nos seus arredores existem estruturas neurovasculares importantes, que foram deslocadas à medida que a lesão crescia em tamanho. Essas estruturas precisam ser manuseadas o mínimo possível e com muita delicadeza (ELLIS, 2009).

Quando o cisto periapical envolver raízes dentárias, a curetagem necessita ser muito vigorosa para eliminar qualquer tecido remanescente que possa levar à uma futura recidiva. Essa curetagem pode levar a perda de vitalidade dos dentes expostos ao campo cirúrgico, sendo necessário realizar, posteriormente, a endodontia dos mesmos. Após a remoção da afecção, a cavidade óssea deve ser observada, com o objetivo de remover restos de tecido patológico com instrumentos do tipo curetas. Em seguida é feita irrigação abundante com soro fisiológico para

limpeza da estrutura óssea. Ao final do procedimento cirúrgico, o reposicionamento do retalho seguido da sutura é realizado (ELLIS, 2009).

O tratamento enucleativo de grandes lesões císticas permite a remoção total da lesão em apenas um ato cirúrgico, mas pode levar a remoção excessiva de estrutura óssea e comprometer dentes vitais. Frente a essa situação, a marsupialização pode ser o tratamento de primeira escolha, pois diminui a morbidade do ato cirúrgico por ser um procedimento mais conservador (ULOOPI et al, 2015).

A Marsupialização, descompressão ou operação de Partsh refere-se a um tratamento que visa remover uma janela óssea juntamente com a parede cística que foi exposta. O restante do cisto é mantido em continuidade com as estruturas adjacentes. Essa técnica descomprime o cisto, permitindo cicatrização óssea e a consequente redução da lesão (SAMPAIO; PRADO, 2004; ULOOPI et al, 2015).

A marsupialização pode ser realizada como um procedimento único para o tratamento da lesão, ou pode ser um passo preliminar para posterior enucleação da mesma (SAMPAIO; PRADO, 2004).

É uma técnica indicada quando a patologia for próxima a estruturas neurovasculares que podem ser traumatizadas pela enucleação. Também em casos onde o acesso a lesão é muito dificultado para se realizar enucleação, e em situações onde o paciente apresente problemas de saúde, esteja debilitado (ELLIS, 2009).

O tratamento mais comumente realizado frente aos cistos periapicais é a extração do elemento dentário ou tratamento endodôntico conservador do mesmo. Como este tipo de lesão pode variar de 5mm até 1,5cm, quando a patologia atinge grandes proporções, outros métodos de tratamentos devem ser utilizados. Uma alternativa seria a realização de tratamentos endodônticos dos dentes que apresentam envolvimento com a lesão, seguida de biopsia da lesão e posterior descompressão (VASCONCELOS et al., 2012).

Para realizar a descompressão da lesão coloca-se um dreno na região do cisto, que permite a diminuição gradativa e significativa da lesão. Contudo, essa técnica serve como um método de auxílio para facilitar a posterior enucleação da patologia. A descompressão permite que a cirurgia enucleativa possa ser realizada mais rapidamente e seja menos traumática, facilitando a cicatrização óssea ou fibrosa (VASCONCELOS et al., 2012).

Segundo Ellis (2009), Uloopi et al. (2015), a vantagem de um procedimento como esse é o conservadorismo, portanto mais seguro por não lesar estrutura adjacentes importantes. É um método de tratamento mais simples, rápido e prático em relação a sua execução, quando comparado com a enucleação. Porém, a marsupialização não permite enviar a porção mais profunda da lesão para realizar diagnóstico laboratorial. A única região da lesão enviada para diagnóstico é aquela exposta pela remoção da janela óssea, e, por ser muito superficial, não é parâmetro para determinar o potencial maligno da lesão (ELLIS, 2009).

Como este método de tratamento requer tempo mais longo para resolução da lesão, pode vir a causar certo incomodo para o paciente (ELLIS, 2009; KETHINENI et al., 2013).

Outro tratamento proposto é a marsupialização seguida pela enucleação. É uma técnica utilizada em lesões císticas de grande volume. A marsupialização permite que o cisto seja descomprimido e diminua de tamanho, facilitando e tornando mais segura a enucleação (SAMPAIO; PRADO, 2004).

A marsupialização ainda promove o espessamento do epitélio de revestimento do cisto, o que torna sua remoção pela enucleação facilitada (ELLIS, 2009).

Contudo, tratando-se de um cisto periapical de grande tamanho, é ideal a interação multidisciplinar de cirurgiões-dentistas para determinar, criteriosamente, o tratamento mais indicado para o paciente (ARAÚJO et al., 2013).

Para Diwan et al. (2015), a conduta para o sucesso na cura de grandes cistos inflamatórios envolve um tratamento multidisciplinar, que acometa procedimento endodôntico e tratamento cirúrgico.

Os cirurgiões-dentistas necessitam ter conhecimento clínico e radiográfico dessa patologia, para que consigam construir um correto tratamento ao paciente o mais rápido possível, evitando a progressão da lesão (USALAN et al., 2009).

Saber identificar quaisquer alterações patológicas na cavidade oral é essencial na formação e na prática do cirurgião-dentista. O aspecto mais importante é localizar e saber diagnosticar as alterações da normalidade, e, caso o próprio não saiba tratar, encaminhar para um profissional mais capacitado (SALIM, 2004).

2.6 Coleta do material patogênico

Biopsia nada mais é do que a remoção do tecido patológico com o objetivo de encaminhá-lo para exame microscópico. Toda e qualquer patologia intraóssea deve ser encaminhada para biópsia (ELLIS; ALEXANDER, 2009).

Em casos de lesões intraósseas radiolúcidas, como os cistos periapicais inflamatórios, o mais indicado é realizar sempre uma biópsia aspirativa para tomar conhecimento do conteúdo presente no interior da lesão, para então, posteriormente, realizar o ato cirúrgico. Caso exista a suspeita da lesão intraóssea ser de caráter maligno, ou de grande volume, é indicado realizar biópsia incisional. Porém se a lesão tiver características clínicas de benignidade, podendo ser removida completamente sem mutilar o paciente, é indicado a realização de biópsia excisional (SALIM, 2004).

É necessário colocar o tecido patogênico em uma solução de formol à 10% dentro de um recipiente, com um volume líquido 20 vezes maior do que o volume da própria lesão, assim que a mesma for removida, antes mesmo de dar continuidade ao ato cirúrgico. O tecido patológico precisa estar completamente imerso na solução. Esse recipiente precisa ser rotulado e identificado, juntamente com a ficha de dados do paciente. Nela deve-se descrever a lesão e a história do paciente. Informações erradas irão induzir à um diagnóstico errado dado pelo patologista (SALIM, 2004; ELLIS; ALEXANDER, 2009).

A biópsia da lesão, sucedida de seu encaminhamento para exame laboratorial é de suma importância, pois este tem capacidade de descartar a possibilidade da patologia ser um outro processo patológico mais grave (NEVILLE et al., 2009; MARTINS FILHO et al., 2009).

Existem casos muito raros onde foram observados ameloblastomas e carcinomas de células escamosas evoluírem a partir de um cisto periapical. Apesar de serem casos raros, é uma possibilidade que não pode ser descartada. Isso demonstra a importância da realização de exame histopatológico para confirmação de diagnóstico (NEVILLE et al., 2009).

É recomendado agendar a próxima consulta do paciente em torno de dez dias ou duas semanas após o ato cirúrgico, para avaliar a região da cirurgia e revelar ao paciente o diagnóstico da patologia. Contudo, se o diagnóstico do patologista não

condizer com o que foi visto clinicamente pelo profissional, o laudo histopatológico pode estar errado. Pelo fato de desconfiança diante do diagnóstico dado pelo laboratório, deve-se enviar uma segunda amostra para ser realizado novo exame histopatológico. A ideia de que o patologista pode concluir um diagnóstico errado não pode ser descartada (ELLIS; ALEXANDER, 2009).

É necessário haver um conhecimento equilibrado entre as particularidades clínicas, radiográficas e histopatológicas da lesão, para informar corretamente ao laboratório sobre as características observadas da patologia durante o procedimento cirúrgico. Outro aspecto importante é a forte relação interdisciplinar entre o profissional clínico e o patologista, o que facilita, a este, definir o diagnóstico de forma mais prática e precisa (SELVAMANI; DONOGHUE; BASANDI, 2012).

2.7 Possibilidade de recidiva

Caso o tratamento do cisto radicular inflamatório seja realizado de forma correta, o mesmo praticamente não apresenta chances de haver recidiva (NEVILLE et al., 2009; ELLIS, 2009).

É possível observar, em determinados casos, uma cicatrização óssea juntamente com formação de um tecido fibroso, principalmente em lesões de grande volume, onde a cortical óssea foi rompida. Contudo, esse tecido fibroso não necessita de tratamento ou nova intervenção cirúrgica (NEVILLE et al., 2009).

Diante da grande extensão que o cisto pode atingir, sua reincidência na maxila se torna maior, pois a patologia pode aproximar-se da membrana de revestimento do seio maxilar e da cavidade nasal. Dando continuidade ao raciocínio, essa proximidade dificulta o ato cirúrgico, pois a separação do tecido epitelial cístico de tecidos moles sadios é bastante delicada, o que pode justificar a maior chance de recidiva da afecção (ARAÚJO et al., 2013).

No momento do tratamento cirúrgico do cisto periapical inflamatório, caso partes do epitélio da lesão não sejam completamente removidos, as chances de se formar um cisto periapical residual é alta. Ele é formado quando a curetagem da lesão é inexistente, ou falha, após a extração dentária do elemento que originou a lesão. Possivelmente esse tipo de cisto pode regredir e curar sem intervenção

profissional caso não exista mais um estímulo inflamatório na região (NEVILLE et al., 2009).

Para Regezi e Sciubba (1991), lesões não removidas corretamente culminam com o desenvolvimento de um cisto residual, capaz de enfraquecer a estrutura óssea frente ao seu crescimento de forma lenta, podendo necessitar de intervenção cirúrgica para seu tratamento.

2.8 Cicatrização e recuperação pós-cirúrgica

Em casos de enucleação, a cavidade deixada pelo cisto será preenchida por sangue, que, ao formar um coágulo, levará a cicatrização da lesão. É indicado realizar radiografias para avaliar a recuperação do tecido ósseo entre seis e doze meses após o ato cirúrgico (ELLIS, 2009).

Em algumas situações, após a sutura, é percebido deiscência do tecido mole. Nessas situações remove-se as suturas para que o tecido cicatrize por segunda intenção. Para evitar infecções secundárias e para manter a cavidade o mais limpo possível, uma gaze é condensada na cavidade, sendo a mesma embebida em solução antibiótica. A gaze é substituída por uma menor, também embebida em solução antibiótica, a cada 2 ou 3 dias. Esse método é repetido até que a cicatrização não necessite mais da gaze embebida em antibiótico, onde o epitélio da mucosa oral estará cicatrizado por completo e a cavidade intraóssea continuará cicatrizando lentamente (ELLIS, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento da pesquisa

O presente trabalho é do tipo estudo de caso. As atividades para o desenvolvimento do mesmo foram executadas em pacientes da Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sendo que os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando suas participações nesta pesquisa (ANEXO B).

3.2 Seleção do material bibliográfico

Os artigos utilizados como referencial bibliográfico para o desenvolvimento desse trabalho foram pesquisados e encontrados nas seguintes bases de dados: Portal de Periódicos CAPES, Pubmed e SciELO. Os livros usados, também como referencial bibliográfico, foram encontrados no acervo da biblioteca da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC e no acervo do pesquisador.

Para pesquisar os artigos nas bases de dados já citadas, as palavras-chave foram utilizadas no idioma inglês, sendo elas: Radicular Cyst, Odontogenic Cyst, Periapical Cyst, Enucleation, Descompression, Case of Odontogenic Cyst, Cyst of the Jaws, Granuloma, nonvital tooth.

O período de pesquisa do referencial bibliográfico ocorreu entre 12 de março de 2015 à 20 de outubro de 2015.

4 RELATO DOS CASOS

4.1 Relato de Caso I

4.1.1 Diagnóstico

Paciente do gênero masculino, 40 anos de idade, procurou a Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), tendo como queixa principal um incômodo no dente 22, que persistia há alguns anos. As primeiras consultas realizadas foram com outro acadêmico do curso de odontologia da UNISC, que, após realizar exames clínico (FIGURA 1) e radiográficos (FIGURAS 2 e 3), descreveu a necessidade de tratamento endodôntico do dente 22. O acadêmico realizou todo o preparo químico-cirúrgico do canal radicular do dente, porém a obturação não pôde ser finalizada devido a drenagem via canal de material líquido amarelo citrino de forma constante, advinda de uma grande lesão periapical na região apical do dente.

Figura 1 – Aspecto clínico Inicial. Vista frontal da boca do paciente



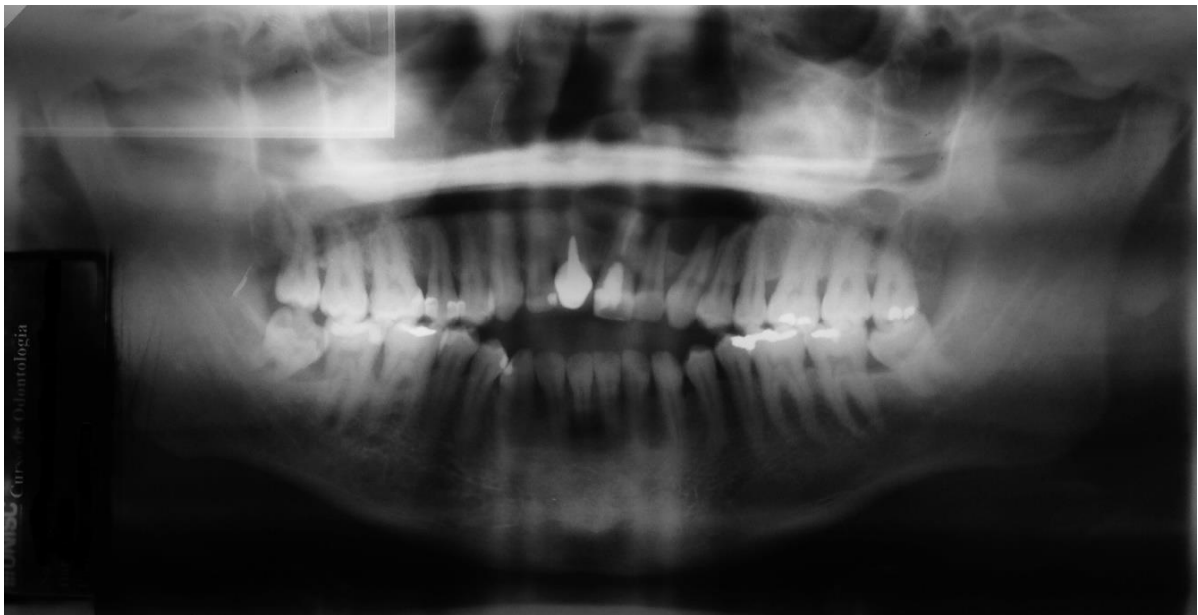
Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 2 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22 e 23



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

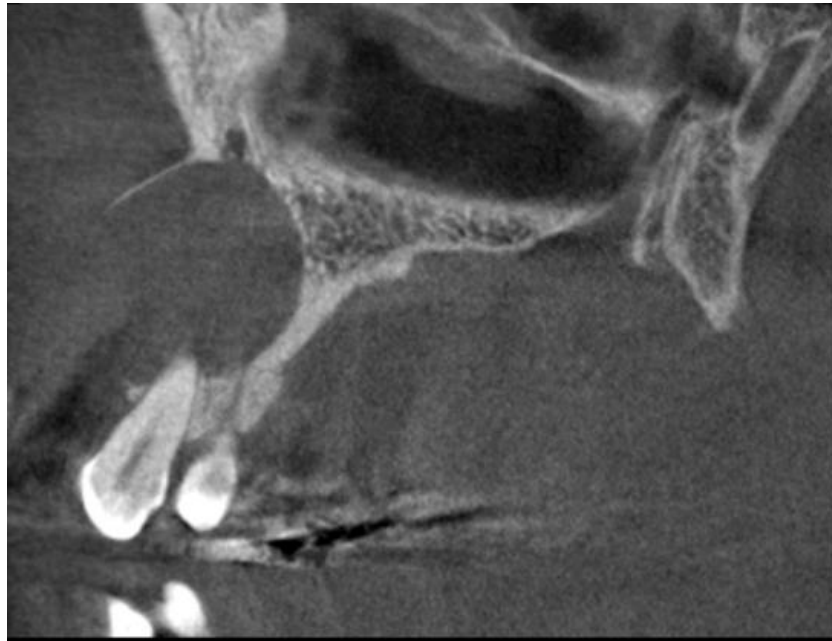
Figura 3 – Radiografia Panorâmica Inicial



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

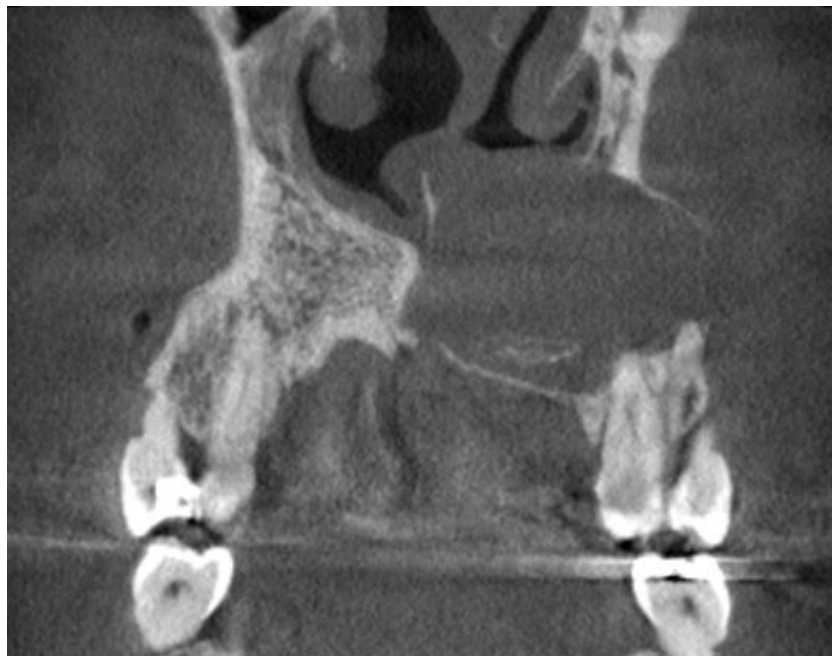
Sabendo da existência da lesão na região anterior da maxila do lado esquerdo, foi requisitado ao paciente uma tomografia cone-beam para melhor visualização da extensão da patologia (FIGURAS 4, 5 e 6). Com esse exame complementar em mãos, juntamente com a avaliação clínica do paciente, foi possível sugerir o provável diagnóstico da lesão e definir o plano de tratamento.

Figura 4 – Tomografia Cone-Bean, corte sagital



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 5 – Tomografia Cone-Bean, corte coronal



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 6 – Tomografia Cone-Beam, corte axial



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

A provável afecção seria um cisto periapical inflamatório odontogênico de extenso tamanho, tendo o dente 22 como principal causador da enfermidade, abrangendo a região das raízes dos dentes 21, 22 e 23.

4.1.2 Plano de Tratamento

Tendo em vista a suspeita de diagnóstico da lesão, o tratamento proposto foi a obturação do canal do dente 22, seguido de imediato a cirurgia apical para a remoção completa da lesão cística. Posteriormente foi realizado o acompanhamento radiográfico periódico para averiguar a recuperação óssea no local da lesão, assim como exames físicos para avaliar a cavidade bucal do paciente.

Respeitando os parâmetros da biossegurança, para a realização de todas as consultas citadas a seguir, o pesquisador fez uso de jaleco, óculos de proteção, gorro, luvas de látex de procedimentos (Super Max®, Curitiba) e máscara (Fava®, São Paulo).

Na 1ª consulta foi realizado a antissepsia bucal com solução de clorexidina 0,12% e anestesia local com o anestésico injetável Alphacaine® (DFL – Rio de Janeiro, RJ) na região do elemento 22. O isolamento absoluto desde dente foi executado com arco de Ostby, lençol de borracha (Madeitex – São José dos Campos, SP) e grampo nº 212 (Ivory® Heraeus Kulzer South America Ltda. – São Paulo, SP). Em seguida o canal radicular foi acessado após a remoção do Coltosol® (VIGODENT S/A – Rio de Janeiro, RJ), sendo, em seguida, removido a medicação intracanal Calen® (S.S. White – Rio de Janeiro, RJ). A remoção deste e a desinfecção do canal foram feitas com limas endodônticas tipo K (Dentsply – Suíça), de 21mm, em conjunto com a irrigação de Hipoclorito de Sódio 1,0% (Asfer Indústria química Ltda. – São Caetano do Sul, SP) e Solução de EDTA 16% (Farmácia Escola UNISC – Santa cruz do Sul – RS).

Em seguida foi realizada a obturação do canal utilizando cones de guta percha principal e acessórios, cimento endodôntico Endofill® (Dentsply – Petrópolis, RJ), lamparina, espaçador bi-digital e calcadores de Paiva. O cone principal ultrapassou o batente apical de maneira intencional, com o objetivo de garantir que a lesão não drenasse via canal radicular durante a obturação, podendo levar ao insucesso da endodontia.

Após o selamento do canal, a etapa seguinte foi a realização da limpeza das paredes internas da coroa dentária com Brocas de Gates Glidden (Dentsply, Suíça), algodão esterilizado e álcool comum, para remover excessos de guta percha da coroa dentária.

Ao final do tratamento endodôntico foi feito uma restauração provisória com cimento de ionômero de vidro VIDRION-R® (S.S. White – Rio de Janeiro, RJ), sendo realizado posteriormente uma radiografia periapical com filme dentário Insight™ (Carestream Dental – Estados Unidos) para avaliar a qualidade da obturação (FIGURA 7).

Figura 7 – Radiografia Periapical para avaliar a qualidade da obturação



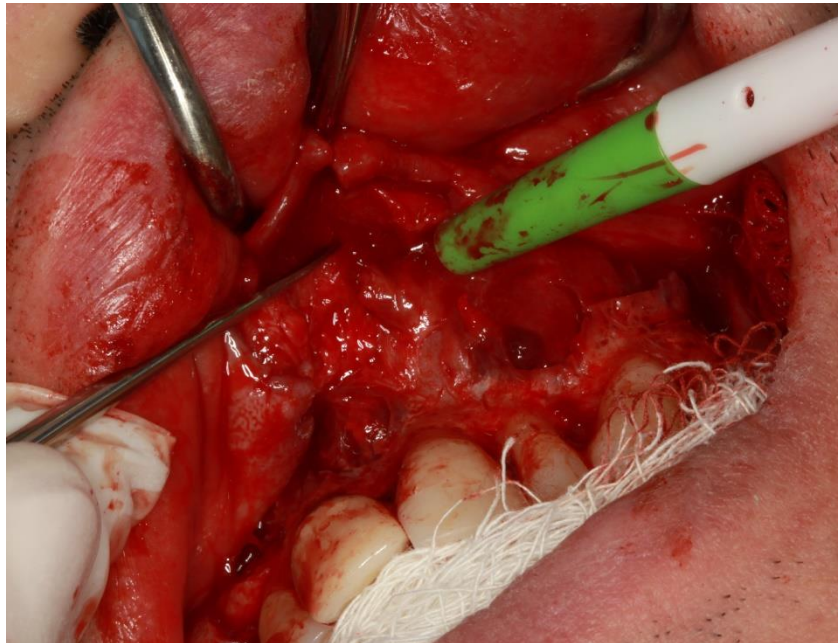
Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

Após a realização do exame radiográfico, em função da extensão da lesão periapical observada, houve suspeita do comprometimento do dente 23 frente a afecção. Conseqüentemente, foi realizado teste de sensibilidade térmico e testes de percussão para avaliar se o dente apresentava vitalidade pulpar. O dente não respondeu positivamente, havendo a necessidade de realizar a endodontia do mesmo em uma próxima sessão.

Em seguida o paciente foi preparado para o procedimento cirúrgico, momento em que a lesão periapical foi enucleada. Foi realizado a antissepsia extra bucal com solução de clorexidina 2,0% e em seguida o paciente foi anestesiado com anestésico injetável Alphacaine® (DFL – Rio de Janeiro, RJ) nas áreas necessárias para intervenção cirúrgica. Após, foram feitas incisões com cabo de bisturi e lâmina de bisturi número quinze descartável (Advantive® - Vila Hauer, PR) para facilitar a sindesmotomia do tecido mole.

O descolamento desse tecido foi realizado com descoladores Molt delicados, espátula de cera nº7 cirúrgica e sindesmótomo para ter-se acesso a lesão (FIGURA 8). Também foi ampliado a janela óssea da lesão com Brocas Carbide nº6 e nº8 (KG Sorensen – Cotia, SP) para melhorar o acesso e facilitar a remoção da patologia.

Figura 8 – Sindesmotomia para ter-se acesso a área da lesão



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Com a exposição da lesão intraóssea ao campo cirúrgico, a patologia pôde ser descolada dos seus limites ósseos (FIGURA 9), permitindo a remoção por completo da mesma com Curetas Lucas nº85, Pinça Allys e Pinça mosquito hemostática curva (FIGURA 10). Após a enucleação da lesão foi possível realizar a apicectomia do dente 22 utilizando a Broca cirúrgica Zekrya FG Maillefer (Dentsply – Suíça).

Figura 9 – Descolamento da lesão de seus limites ósseos



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 10 – Aspecto da cavidade óssea após remoção por completo da lesão



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

A lesão foi colocada em um recipiente, embebida por completo em solução de formol 10,0%. O recipiente foi devidamente identificado (FIGURA 11), assim como a ficha de biópsia do paciente (ANEXO D), sendo os dois enviados ao laboratório de patologia da UNISC para confirmação do diagnóstico. O excesso de material endodôntico, utilizado para obturação do dente 22, foi removido através da utilização de curetas. A cavidade óssea foi irrigada com soro fisiológico para limpeza da mesma.

Figura 11 – Lesão em recipiente, devidamente identificada



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Por fim foi realizado a sutura utilizando o fio de sutura agulhado Procare™ (Medico [Huajan] Co. Ltd. – China), porta-agulha e pinça de Adson dente de rato (FIGURA 12). Ao final do procedimento foi dado recomendações pós-operatórias para o paciente.

Figura 12 – Aspecto clínico após realização de sutura



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

A conduta terapêutica medicamentosa, nesse caso, envolveu o uso de analgésico e anti-inflamatório via oral. Foi receitado ao paciente, como medicação anti-inflamatória, Nimesulida 100mg, com as instruções do mesmo tomar um comprimido a cada doze horas, até terminar a caixa. O outro medicamento receitado foi o analgésico Lisador, com intervalo de seis horas para cada comprimido, enquanto houvesse dor.

Na 2ª consulta foi realizada avaliação pós-operatória do paciente, assim como a remoção de sutura utilizando Pinça clínica, tesoura odontológica, Sonda nº5 e espelho clínico. A cicatrização da mucosa do paciente estava satisfatória, porém foi observado lesões ulceradas graças a atrição dos pontos da sutura com a mucosa do paciente (FIGURA 13). O paciente não relatou nenhuma dor, ou incômodo, durante esse período pós-operatório.

Figura 13 – Aspecto do pós-operatório do paciente, após remoção de sutura



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Na 3ª consulta foi realizado isolamento relativo com rolos de algodão esterilizados e sugador descartável Sug-Plast® (DFL – Rio de Janeiro, RJ), com objetivo de se executar a restauração definitiva pós-endodontia do dente 22. Esta se deu início a partir do rebaixamento do cimento de ionômero de vidro restaurador já descrito, por conseguinte sendo realizado o condicionamento ácido da superfície dentária com ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Dentalville – Joinville, SC) por 15 segundos, lavando e secando a estrutura a ser restaurada, para então ser aplicado o sistema adesivo Adapter Single Bond™ (3M ESPE – Samurê, SP).

Por fim, a restauração do dente 22 com resina composta A3 e OA3 Charisma® (Heraeus Kulzer South America Ltda. –São Paulo, SP) foi realizada. Ao final foram dados acabamento e polimento na restauração com pontas Enhance (Dentsply®, Rio de Janeiro) e discos Sof-lex® (3M ESPE – Samurê, São Paulo) (FIGURA 14).

Figura 14 – Aspecto da restauração pós-endodontia do dente 22 finalizada



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Na 4ª consulta foi dado início ao tratamento endodôntico do elemento 23. Foi realizado a antissepsia bucal com solução de clorexidina 0,12% e anestesia local com o anestésico injetável Alphacaine® (DFL – Rio de Janeiro, RJ) na região apical do dente 23. O isolamento absoluto do mesmo foi realizado com arco de Ostby, lençol de borracha (Madeitex – São José dos Campos, SP) e grampo nº 212 (Ivory® Heraeus Kulzer South America Ltda. – São Paulo, SP). Em seguida foi realizado o acesso ao canal radicular, utilizando ponta diamantada 1012 (KG Sorensen – Cotia, SP) e brocas de Gates Glidden (Dentsply – Suíça). O preparo químico-cirúrgico do canal foi realizado com limas endodônticas tipo K (Dentsply – Suíça), de 25mm, juntamente com irrigação de Hipoclorito de Sódio 1,0% (Asfer Indústria química Ltda. – São Caetano do Sul, SP). Após o completo preparo químico-cirúrgico do canal, foi utilizado Calen® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ) como medicação intracanal, e o dente foi selado provisoriamente com algodão esterilizado e Coltosol® (VIGODENT S/A – Rio de Janeiro, RJ), para que o tratamento endodôntico fosse finalizado na próxima sessão.

Na 5ª consulta foi realizado a obturação do canal radicular do dente 23. Após anestesia local e isolamento absoluto, realizados da mesma maneira como na consulta anterior, o canal radicular foi acessado após a remoção do Coltosol®

(VIGODENT S/A – Rio de Janeiro, RJ), do algodão esterilizado e do Calen® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ). Em seguida foi dado início a obturação do canal radicular, utilizando cones de guta percha principal e cones acessórios, cimento endodôntico Endofill® (Dentsply – Petrópolis, RJ), lamparina, espaçador bi-digital e Calcadores de Paiva. Logo após a condensação vertical do material obturador, foi realizado a limpeza das paredes internas da coroa dentária com Brocas de Gates Glidden (Dentsply, Suíça), algodão esterilizado e álcool comum.

Ao final do tratamento endodôntico se realizou uma restauração provisória com cimento de ionômero de vidro VIDRION-R® (S.S. White – Rio de Janeiro, RJ).

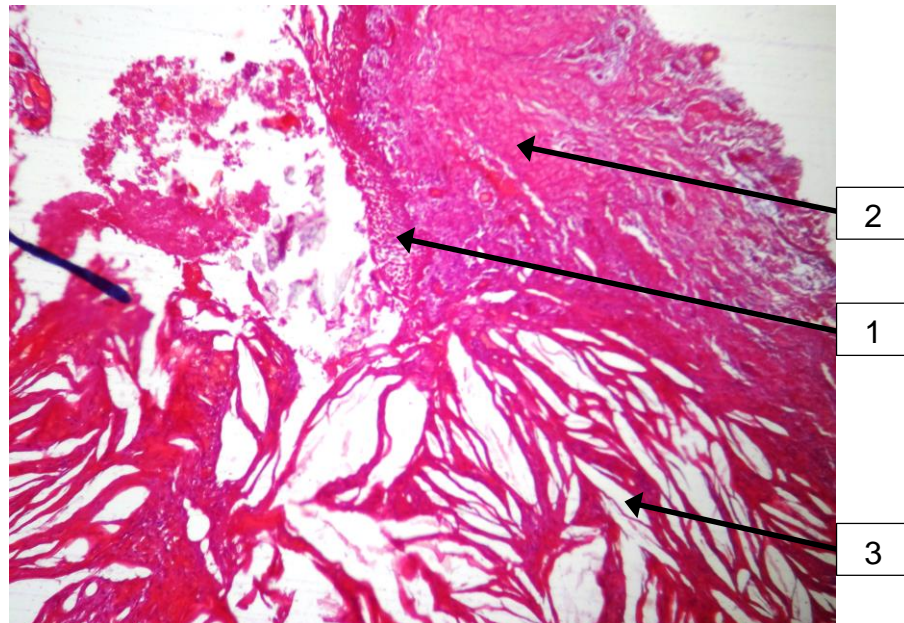
Na 6ª consulta foi realizado a restauração definitiva pós-endodontia do elemento 23. Este foi isolado relativamente com rolos de algodão esterilizados e sugador descartável Sug-Plast® (DFL – Rio de Janeiro, RJ). Em seguida foi realizado o rebaixamento do cimento de ionômero de vidro restaurador já descrito. Logo após se o realizou condicionamento ácido no elemento dentário com ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Dentalville – Joinville, SC) por 15 segundos, lavando e secando a estrutura a ser restaurada, para que em seguida fosse aplicado o sistema adesivo Adapter Single Bond™ (3M ESPE – Samurê, SP).

Após aplicação do sistema adesivo, o dente 23 foi restaurado com resina composta A3 e OA3 Charisma® (Heraeus Kulzer South America Ltda. –São Paulo, SP). Por fim foram dados acabamento e polimento à restauração com pontas Enhance (Dentsply®, Rio de Janeiro) e discos Sof-lex® (3M ESPE – Samurê, São Paulo).

O laudo de exame anatomopatológico, referente a afecção removida do paciente e enviada anteriormente ao laboratório de histologia e patologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), confirmou o diagnóstico da lesão como sendo Cisto Periapical (ANEXO E).

A fotomicrografia (médio aumento) da lâmina histológica, com coloração Hematoxilina-eosina (H&E), exibiu uma cavidade cística virtual parcialmente revestida por epitélio escamoso estratificado não queratinizado. A cápsula era fibrosa densa com presença de infiltrado inflamatório e cristais de colesterol (FIGURA 15).

Figura 15 – Fotomicrografia exibindo Epitélio escamoso estratificado não queratinizado (1), Cápsula Fibrosa (2) e Cristais de colesterol (3). Coloração de H&E (médio aumento).



Fonte: Acervo do laboratório de histologia e patologia da UNISC.

4.1.3 Acompanhamento

As consultas seguintes foram agendadas para acompanhamento radiográfico e para realização de exames clínicos. As radiografias periapicais foram realizadas com filme dentário Insight™ (Carestream Dental – Estados Unidos) na Clínica de Odontologia da UNISC, para avaliação da recuperação óssea e se havia indícios do não desaparecimento da patologia.

A primeira radiografia de acompanhamento foi realizada em torno de 10 semanas após cirurgia (FIGURA 16). A imagem radiográfica já mostra certa cicatrização óssea na região dos dentes 21,22 e 23.

Figura 16 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22 e 23, mostrando certa cicatrização óssea



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

A segunda radiografia periapical foi realizada aproximadamente 16 semanas após o procedimento cirúrgico. A imagem apresenta significativa cicatrização óssea da região antes afetada pelo cisto periapical inflamatório (FIGURA 17).

Figura 17 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22, mostrando significativa cicatrização óssea

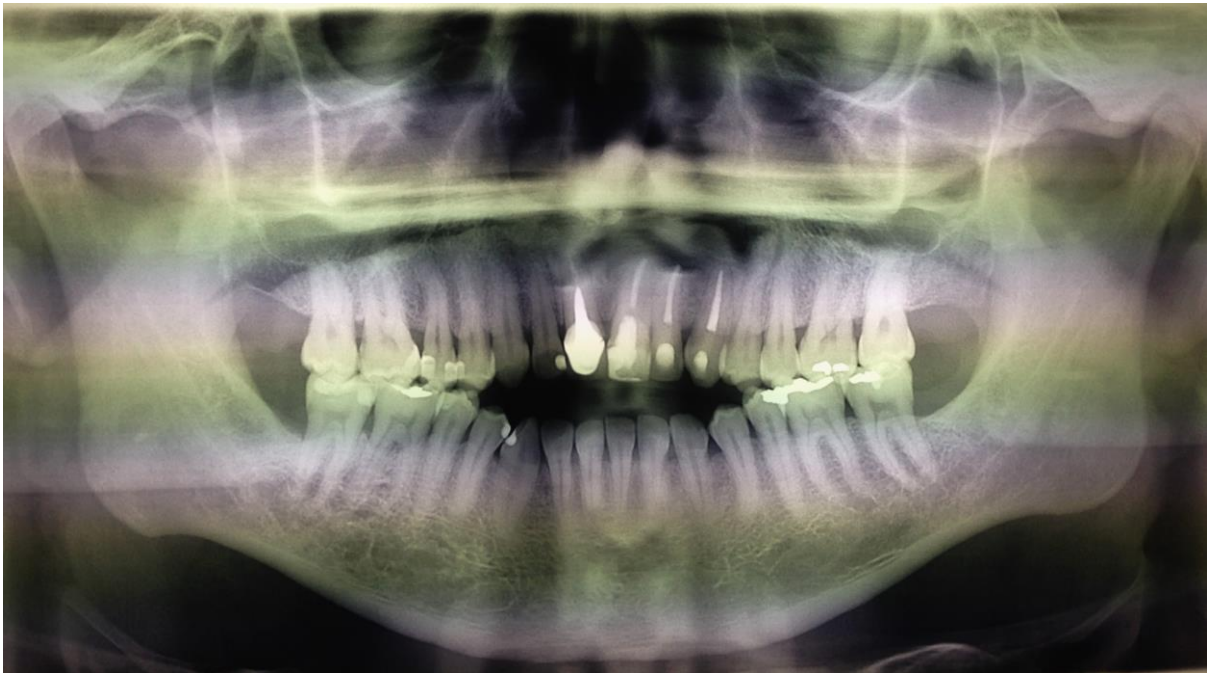


Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

Após 41 semanas da realização da cirurgia apical, foram analisados os exames radiográficos periapicais e panorâmico trazidos pelo paciente. Nesses exames foi possível observar a cicatrização da lesão através de uma neoformação óssea bastante considerável na região dos dentes 21, 22 e 23 (FIGURAS 18 e 19). O laudo

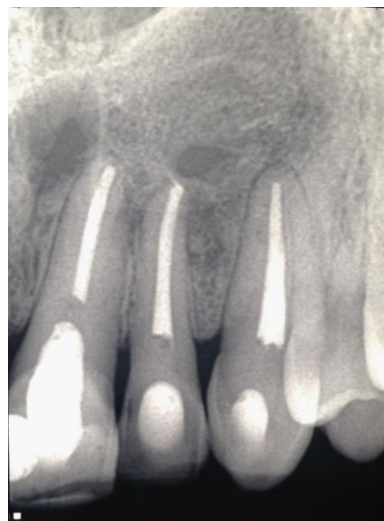
radiográfico do paciente também sugeriu que havia cicatrização óssea, após procedimento cirúrgico, na região dos dentes 21, 22 e 23 (ANEXO F).

Figura 18 – Radiografia Panorâmica mostrando aspecto ósseo após 41 semanas da cirurgia apical



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

Figura 19 – Radiografia periapical da região dos dentes 21, 22 e 23, apresentando grande neoformação óssea



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

No exame físico, a mucosa oral da região anterior de maxila e a mucosa anterior do palato duro apresentavam-se saudáveis, sem quaisquer sinais e sintomas (FIGURAS 20 e 21).

Figura 20 – Aspecto clínico após 41 semanas da cirurgia apical. Vista por vestibular



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 21 - Aspecto clínico após 41 semanas da cirurgia apical. Vista por palatina



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

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 está em processo de cicatrização.

4.2 Relato de caso II

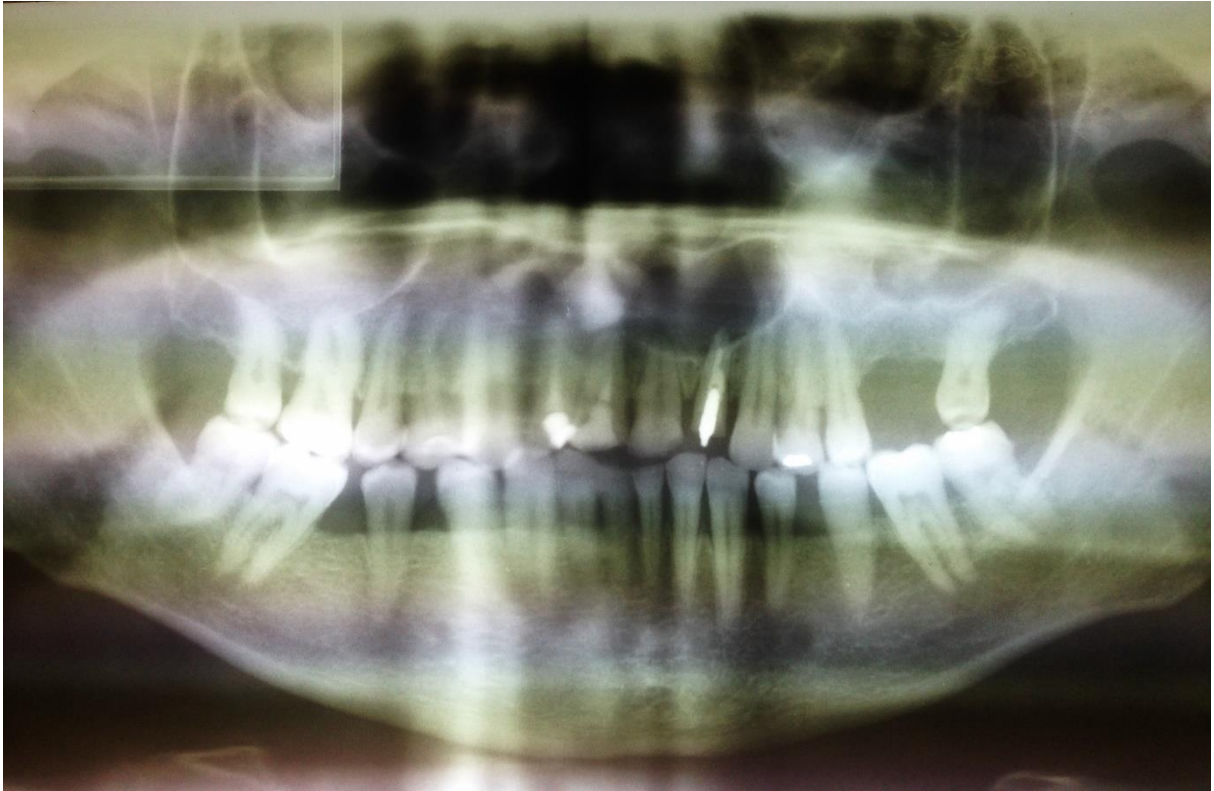
4.2.1 Diagnóstico

Paciente do gênero masculino, 51 anos de idade, cardiopata, compareceu a Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), tendo como queixa principal o tratamento endodôntico não finalizado do elemento dentário 22, que possivelmente estaria causando drenagem purulenta através de uma fistula intraoral. Analisando o prontuário do paciente, somado com a realização de uma nova anamnese, exames clínicos e radiográficos, foi possível construir a história odontológica do mesmo.

O paciente havia iniciado, anteriormente, o tratamento endodôntico do dente 22, porém não foi possível concluí-lo devido a drenagem via canal de uma grande lesão periapical, impossibilitando a secagem do canal radicular para obturação. Através de exames radiográficos, foi possível visualizar essa lesão intraóssea, localizada na região dos dentes 21, 22 e 23. A lesão ainda apresentava drenagem via fístula intraoral esporadicamente, sendo visível a cicatriz da exteriorização do caminho fistuloso na mucosa oral, logo acima do dente 22.

Segundo relato do paciente, o elemento 22 teve sua coroa destruída por um processo cariioso. Como a coroa estava muito destruída, com pouco remanescente dentário, foi realizado a endodontia do dente para que o mesmo pudesse receber um núcleo metálico e uma prótese fixa metalocerâmica. Pouco tempo depois da instalação da prótese, surgiu o processo fistuloso na mucosa oral logo acima do dente 22. Analisando as imagens radiográficas do paciente, foi possível visualizar que a endodontia do dente 22 não era ideal, pois não se estendia por todo conduto radicular. Todo esse processo ocorreu entre os anos 1998 e 2000 (FIGURA 22).

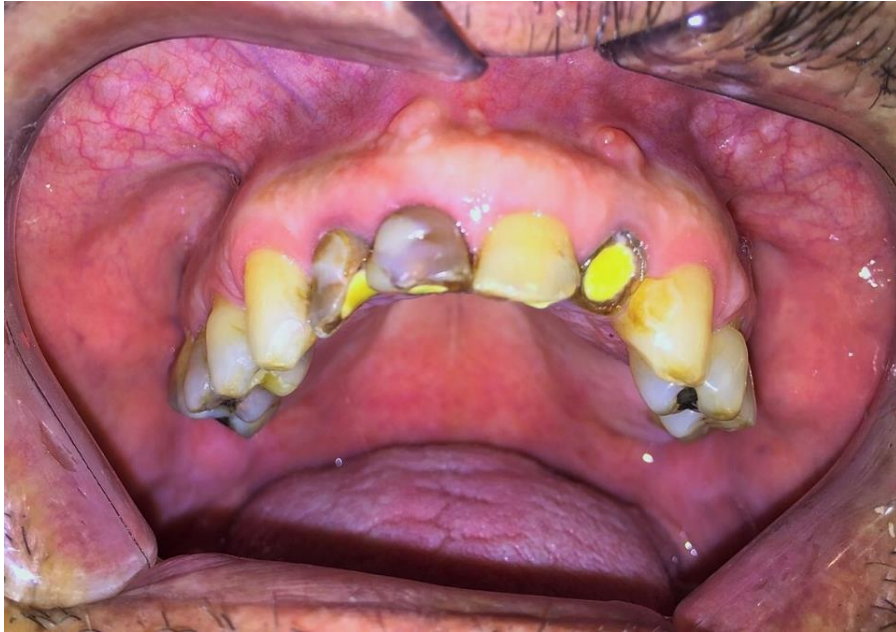
Figura 22 – Radiografia Panorâmica. Pode-se notar o tratamento endodôntico não ideal do dente 22



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

Analisando todos os exames realizados inicialmente no paciente, tanto exame clínico quanto radiografias panorâmica e periapicais (FIGURAS 23, 24 e 25), o provável diagnóstico da patologia pôde ser determinado.

Figura 23 – Vista frontal inicial da arcada superior do paciente



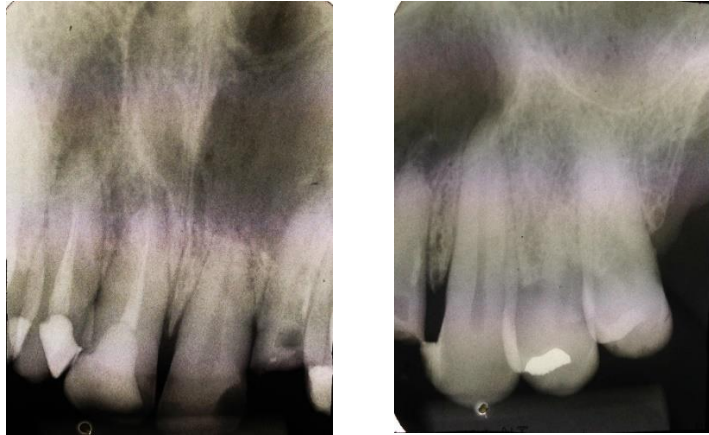
Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 24 – Radiografia Panorâmica Inicial do paciente



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

Figura 25 – Radiografias periapicais iniciais da região anterior da maxila

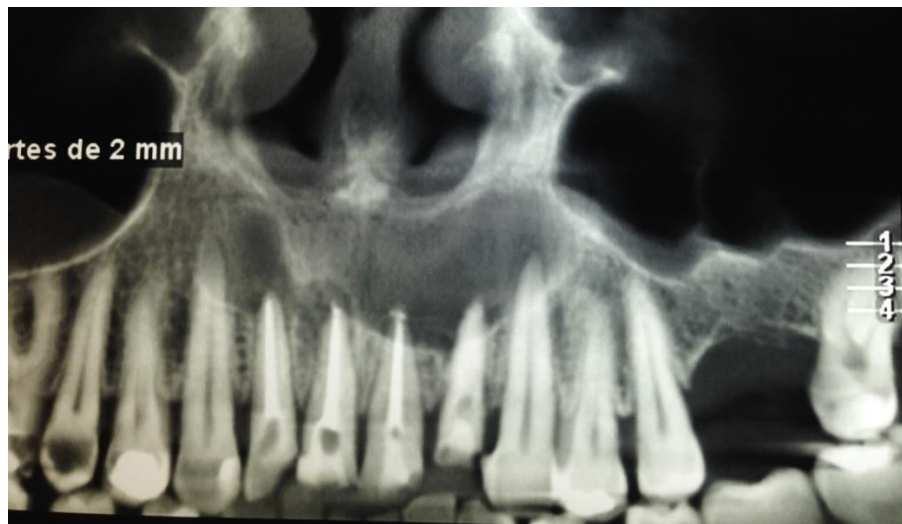


Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

A lesão possivelmente era um cisto periapical de origem inflamatória localizado no lado esquerdo da maxila, causado, possivelmente, por uma infecção e necrose do tecido pulpar do elemento dentário 22, que recebeu tratamento endodôntico próximo aos anos 2000, porém o mesmo não foi realizado corretamente. O processo inflamatório tornou-se crônico, ocasionando o exacerbado aumento de tamanho da afecção.

Em função da grande abrangência da patologia, foi requisitado uma tomografia cone-beam para melhor visualização da mesma, facilitando o planejamento para resolução do caso (FIGURA 26, 27 e 28).

Figura 26 – Tomografia Cone-Bean, corte panorâmico



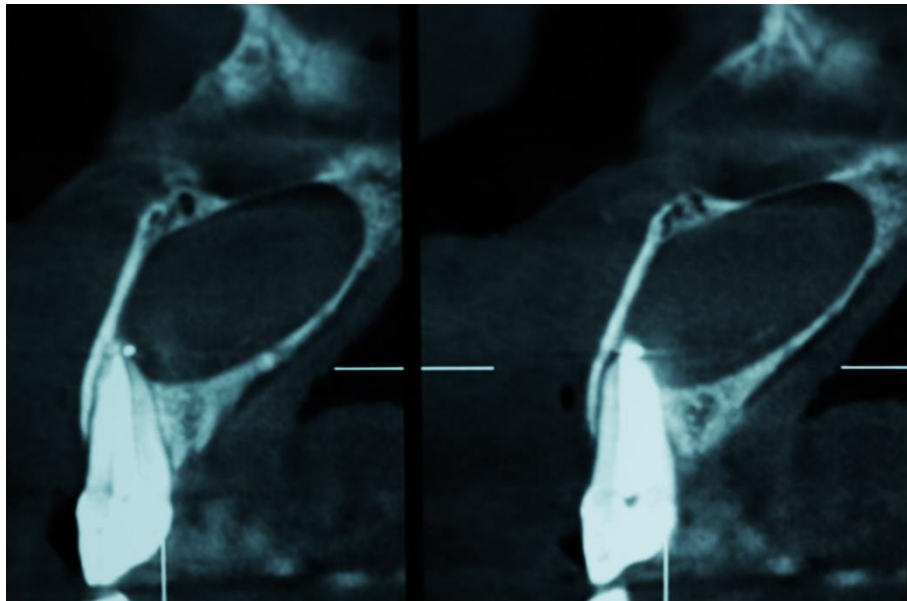
Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

Figura 27 – Tomografia Cone-Bean, corte axial



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

Figura 28 – Tomografia Cone-Bean, corte sagital



Fonte: Acervo do curso de Odontologia da UNISC.

O dente 21 já possuía tratamento endodôntico satisfatório, e o dente 23 apresentou sensibilidade positiva frente ao teste de sensibilidade ao frio, não sendo necessário intervir endodonticamente.

Outro aspecto que pôde ser observado foram os dentes 11 e 12, que também apresentavam lesão periapical. Segundo o prontuário do paciente, esses dentes apresentavam endodontias insatisfatórias e sintomatologia dolorosa. Frente a essa situação, os dentes já haviam sido retratados endodonticamente na própria Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

O paciente faz uso de Ácido acetilsalicílico, Sinvastatina e Succinato de metoprolol como medicação diária, por ter sido submetido a uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Desta forma, foi enviado um pedido de liberação médica para o cardiologista do paciente, frente a determinados procedimentos invasivos que seriam necessários para o tratamento da afecção intraóssea, requisitando também recomendações quanto ao anestésico local que poderia ser utilizado e se havia necessidade de suspender alguma medicação do paciente (ANEXO G). O médico do cardiologista mandou uma carta (ANEXO H) com recomendações e cuidados ao se realizar procedimentos cirúrgicos neste paciente.

4.2.2 Plano de tratamento

Tendo o conhecimento da situação patológica bucal do paciente, foi possível determinar o plano de tratamento para resolução do caso. A proposta do tratamento foi tratar de forma endodôntica convencional os dentes que possuíam necrose pulpar, e remover a lesão cística através de cirurgia apical.

Neste relato de caso os parâmetros da biossegurança seguem os mesmos, onde o pesquisador também fez uso de jaleco, óculos de proteção, gorro, luvas de látex de procedimentos (Super Max®, Curitiba) e máscara (Fava®, São Paulo) em todas as consultas a seguir.

Na 1ª consulta foram realizadas restaurações pós-endodônticas dos elementos dentários 11 e 21, utilizando resinas foto polimerizáveis, já que os mesmos possuíam restaurações provisórias realizadas com cimento de ionômero de vidro VIDRION-R® (S.S. White – Rio de Janeiro, RJ). O tratamento endodôntico dos elementos 11 e 21 estavam satisfatórios, não sendo necessário nova intervenção endodôntica.

Foi realizado antissepsia bucal com solução de clorexidina 0,12%, isolamento relativo da região anterior da maxila com rolos de algodão esterilizados e sugador

descartável Sug-Plast® (DFL – Rio de Janeiro, RJ). Em seguida, foi realizado o rebaixamento do VIDRION-R® (S.S. White – Rio de Janeiro, RJ) presente nas faces palatinas dos dentes 11 e 21. A seguir foi feito o condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% Acid Gel® (Dentalville – Joinville, SC) por 15 segundos, lavando e secando as cavidades. Com as cavidades condicionadas, foi realizada a aplicação do sistema adesivo Adapter Single Bond™ (3M ESPE – Samurê, SP).

O próximo passo foi realizar a restauração dos elementos 11 e 21 com resina composta A3,5 e OA4 Charisma® (Heraeus Kulzer South America Ltda. – São Paulo, SP). O acabamento e polimento das restaurações foi obtido com pontas Enhance (Dentsply®, Rio de Janeiro) e discos Sof-lex® (3M ESPE – Samurê, São Paulo).

Na 2ª consulta foi realizada a obturação do elemento 22, já que seu canal radicular já possuía o preparo químico-cirúrgico completo. Antes da consulta o paciente fez uso de quatro comprimidos de Amoxicilina 500mg (totalizando 2g do medicamento), 1 hora antes do procedimento que estava por vir, como forma de profilaxia anti-microbiana. A recomendação desse procedimento profilático foi dada pelo médico cardiologista particular do paciente, já que este passou por uma cirurgia de revascularização do miocárdio em março de 2014.

O paciente fez antisepsia bucal com solução de clorexidina 0,12%, para posteriormente receber anestesia local com o anestésico injetável Alphacaine® (DFL – Rio de Janeiro, RJ) na região próxima ao dente a ser tratado. Para isolar o dente 22 de maneira absoluta, foi utilizado arco de Ostby, grampo nº 211 (Ivory® Heraeus Kulzer South America Ltda. – São Paulo, SP) e lençol de borracha (Madeitex – São José dos Campos, SP). Após remoção do cimento de ionômero de vidro restaurador, foi possível ter acesso ao canal radicular do elemento dentário, o que permitiu a remoção da medicação intracanal Calen® (S.S. White – Rio de Janeiro, RJ).

Fazendo uso da solução de Hipoclorito de Sódio 1,0% (Asfer Indústria química Ltda. – São Caetano do Sul, SP), limas endodônticas tipo K (Dentsply – Suíça) de 21mm e Solução de EDTA 16% (Farmácia Escola UNISC – Santa Cruz do Sul, RS), a desinfecção do canal foi realizada.

Assim como no relato de caso citado anteriormente, a obturação do canal radicular foi feita através de cones de guta percha, cones acessórios, cimento endodôntico Endofill® (Dentsply – Petrópolis, RJ), lamparina, espaçador bi-digital e

calcadores de Paiva. O cone principal ultrapassou o batente apical, saindo da luz do canal radicular, evitando assim a drenagem purulenta via canal da lesão cística periapical. A limpeza das paredes internas da coroa dentária foi realizada com sonda exploradora nº5, rolos de algodão esterilizados e álcool comum.

Em seguida foi feita a restauração provisória com cimento de ionômero de vidro VIDRION-R® (S.S. White – Rio de Janeiro, RJ), e, por fim, foi realizado exame radiográfico com filme dentário Insight™ (Carestream Dental – Estados Unidos) para averiguar se a obturação foi bem executada.

Como o paciente possui histórico de cardiopatias, tendo como medicação diária o Ácido acetilsalicílico, Sinvastatina e Succinato de metoprolol, foi requisitado, por escrito, a liberação médica para a realização do ato cirúrgico. Com a aprovação por escrito do médico cardiologista do paciente, foi dada continuidade ao tratamento proposto.

Na 3ª consulta foi realizada a cirurgia apical para enucleação do cisto inflamatório. Foi feito antissepsia bucal com solução de clorexidina 0,12%, antissepsia extra bucal com solução de clorexidina 2,0% e anestesia da região desejada com o anestésico injetável Alphacaine® (DFL – Rio de Janeiro, RJ). Foram realizadas incisões com cabo de bisturi e lâmina de bisturi número quinze descartável (Advantive® - Vila Hauer, PR), para facilitar a sindesmotomia. Esta foi realizada com descoladores de Molt delicado, sindesmótomo e espátula de cera nº7 cirúrgica, produzindo um retalho mucoperiosteal de espessura total. Dessa maneira possibilitou-se o acesso ao osso, estrutura que foi parcialmente desgastada com Brocas Carbide nº6 e nº8 (KG Sorensen – Cotia, SP) para confecção de uma janela óssea, permitindo acesso diretamente a lesão cística (FIGURAS 29 e 30). Nesta ocasião se observou a grande loja cística e única, envolvendo os ápices dos dentes 12, 11, 21, 22 e 23. O cisto foi removido da loja óssea através da utilização de Curetas Lucas nº85, Pinça Allys e Pinça mosquito hemostática curva.

Figura 29 – Aspecto clínico do acesso a lesão óssea



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 30 – Aspecto clínico da estrutura óssea após a remoção da lesão



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Em um recipiente devidamente identificado a lesão foi embebida por completo em solução de formol 10,0%, com o objetivo de ser enviada ao laboratório de patologia da UNISC para confirmação de diagnóstico. O material endodôntico que extravasou, durante a obturação do canal do dente 22, foi removido com curetas e Brocas Carbide nº6 e nº8 (KG Sorensen – Cotia, SP). Em seguida foi realizado a apicectomia do dente 22 com a Broca cirúrgica Zekrya FG Maillefer (Dentsply – Suíça). A cavidade óssea deixada pela patologia recebeu irrigação com soro fisiológico com objetivo de remover qualquer resquício deixado pela lesão periapical.

O retalho mucoperiosteal rebatido foi reposicionado para realização da sutura, procedimento efetivado com o fio de sutura agulhado Procure™ (Medico [Huajan] Co. Ltd. – China), porta-agulha e pinça de Adson dente de rato (FIGURA 31). No final do procedimento foi dado recomendações pós-operatórias para o paciente.

Figura 31 – Aspecto clínico após confecção da sutura



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza

A conduta terapêutica medicamentosa pós-operatória envolveu a utilização de antibiótico, analgésico e anti-inflamatório, sendo todos via oral. Foi receitado ao paciente quinze comprimidos de Amoxicilina 875mg, devendo tomar um comprimido a cada doze horas. O analgésico prescrito ao paciente foi Lisador, devendo tomar um comprimido a cada seis horas, enquanto tivesse dor. O anti-inflamatório

receitado foi Nimesulida 100mg, devendo o paciente tomar um comprimido a cada doze horas.

Na 4ª consulta foi realizada avaliação pós-operatória do paciente, assim como a remoção da sutura, utilizando Pinça clínica, tesoura odontológica, Sonda nº5 e espelho clínico. O aspecto da mucosa oral anterior da maxila estava saudável, apresentando excelente cicatrização pós-cirúrgica (FIGURA 32).

Figura 32 – Aspecto clínico após a remoção de sutura

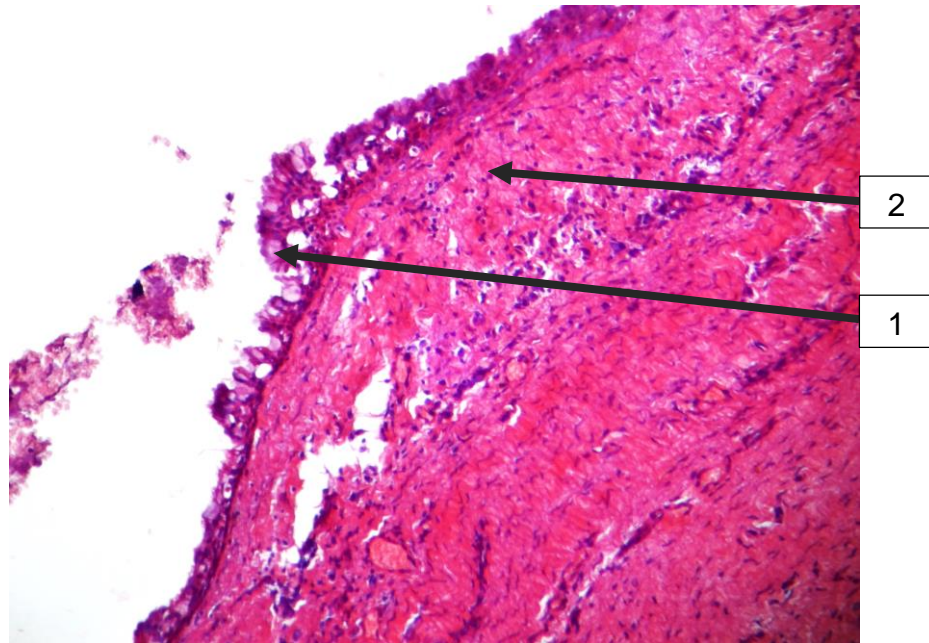


Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

O laudo do exame anatomopatológico referente a lesão removida do paciente e enviada anteriormente ao laboratório de histologia e patologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, confirmou o diagnóstico de Cisto Radicular Inflamatório (ANEXO I).

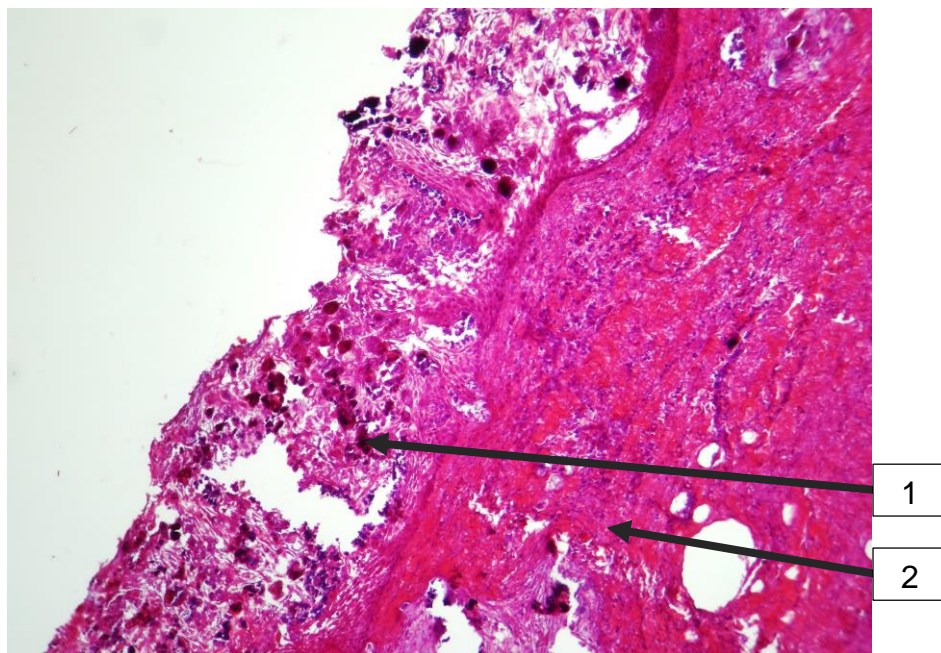
As fotomicrografias (médio aumento) das lâminas histológicas com coloração Hematoxilina-eosina (H&E) exibiram uma cavidade cística virtual revestida por epitélio escamoso estratificado não queratinizado e por epitélio colunar ciliado com presença de células muco-secretoras. Também foi possível observar a presença de infiltrado inflamatório crônico na cápsula fibrosa (FIGURAS 33 e 34).

Figura 33 - Fotomicrografia exibindo Epitélio colunar ciliado com presença de células muco-secretoras (1). Capsula fibrosa com presença de infiltrado inflamatório (2). Coloração de H&E (médio aumento).



Fonte: Acervo do laboratório de histologia e patologia da UNISC.

Figura 34 - Fotomicrografia exibindo Epitélio escamoso estratificado não queratinizado com presença de material calcificado basofílico (1). Cápsula Fibrosa (2). Coloração de H&E (médio aumento).



Fonte: Acervo do laboratório de histologia e patologia da UNISC.

4.2.3 Acompanhamento

As consultas seguintes foram agendadas para acompanhamento radiográfico e para realização de exames clínicos. Para os exames radiográficos foram utilizadas radiografias panorâmicas e periapicais. As radiografias periapicais foram realizadas com o filme dentário Insight™ (Carestream Dental – Estados Unidos) na Clínica de Odontologia da UNISC.

A primeira radiografia de proervação foi realizada em torno de 10 semanas após cirurgia. A imagem radiográfica já apresenta certa cicatrização óssea. Pode-se notar esfumaçamento da região radiolúcida (FIGURA 35).

Figura 35– Radiografia periapical demonstrando certa cicatrização óssea



Fonte: Acervo da clínica de Odontologia da UNISC.

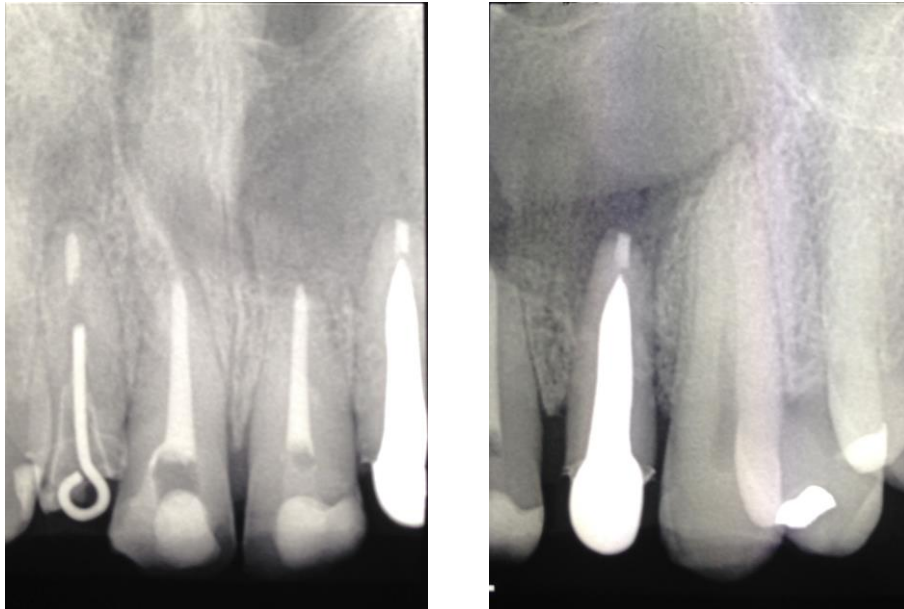
Após 16 semanas do ato cirúrgico, o paciente trouxe novos exames radiográficos, panorâmico e periapical, para que pudessem ser analisados. Nesses exames radiográficos é possível verificar a cicatrização da lesão cística frente a uma neoformação óssea evidente na região dos dentes 11, 21, 22 e 23 (FIGURAS 36 e 37). O laudo radiográfico também confirmou a existência de neoformação óssea, em região onde havia a lesão cística periapical (ANEXO J).

Figura 36 – Radiografia panorâmica mostrando cicatrização óssea na região antes afetada pelo cisto radicular



Fonte: Acervo da clínica de Odontologia da UNISC.

Figura 37 – Radiografias periapicais da região dos dentes 11, 21, 22 e 23, apresentando evidente neoformação óssea



Fonte: Acervo da clínica de Odontologia da UNISC.

No exame físico realizado na mesma sessão, a mucosa oral da região anterior do palato duro e região anterior da maxila apresentavam-se normais, sem qualquer alteração (FIGURAS 38 e 39).

Figura 38 – Aspecto clínico da mucosa oral da região anterior da maxila



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Figura 39 – Aspecto clínico da mucosa oral da região anterior do palato duro



Fonte: Acervo Prof. Dr. José Luiz Piazza.

Diante da avaliação do aspecto clínico intraoral, complementando com os exames radiográficos panorâmico e periapicais observados durante a proservação do caso, notou-se que o tratamento realizado foi efetivo para cura do Cisto periapical inflamatório até o momento.

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho realizou um estudo referente ao cisto odontogênico periapical inflamatório, abordando desde a sua prevalência, características clínicas e radiográficas, como as possíveis formas de tratamento para cura da patologia. Desta maneira, o trabalho também expôs dois casos clínicos onde os pacientes possuíam cistos periapicais odontogênicos inflamatórios. Sendo assim, nos dois relatos de caso, foram realizados tratamentos endodônticos dos dentes sépticos, seguido de cirurgia apical.

O cisto radicular apresenta predileção pelo sexo masculino, ocorrendo principalmente na maxila, em região de canino à canino (REGEZI; SCIUBBA, 1991; DUNFEE, 2006; STUART; MICHAEL, 2009; COSTA, 2009). De acordo com o estudo de Souza et al. (2011), a prevalência do cisto periapical inflamatório é maior em maxila do que em mandíbula, porém essa afecção tem predileção pelo sexo feminino.

Os dois relatos de caso deste trabalho apresentaram as características documentadas pelos autores acima, pois eram pacientes do sexo masculino, com lesões císticas possivelmente originadas graças a necrose pulpar do elemento 22, conseqüentemente acometendo a região anterior do maxilar superior.

Segundo Regezi e Sciubba (1991), Stuart e Michael (2009), o cisto radicular acomete os homens entre a terceira e a sexta década de vida. De acordo com os estudos de Baghaei et al. (2014), a mesma patologia também apresenta predileção pelo gênero masculino, porém ocorre na faixa etária entre a segunda e a quarta década de vida.

Como foi documentado nos dois estudos de caso, ambos os pacientes se enquadram na faixa etária citada pelos autores. O paciente do primeiro relato de caso pode ser enquadrado na quarta década de vida, e o paciente do segundo relato de caso se encaixa na faixa etária da quinta década de vida.

Conforme Regezi e Sciubba (1991), Stuart e Michael (2009), o crescimento do cisto radicular ocorre normalmente no sentido da tabua vestibular. No maxilar superior o abaulamento resultante da lesão pode ocorrer por vestibular ou por palatina (SAMPAIO; PRADO, 2004).

Segundo Ellis (2009), através da utilização do exame de palpação é possível perceber se há pontos de flutuação na região acometida pelo cisto radicular, indicando que houve o rompimento da cortical que está sendo avaliada.

No primeiro estudo de caso foi possível perceber uma pequena área de flutuação na região da tábua vestibular, próxima ao dente 22. A confirmação de suspeita do rompimento da tábua vestibular deu-se após os exames tomográficos, onde é possível visualizar a destruição da cortical vestibular. Já no paciente do segundo estudo de caso não foi possível perceber pontos de flutuação durante a palpação da tábua vestibular próxima ao elemento 22.

Segundo Martins Filho et al. (2009) o cisto radicular não apresenta sintomatologia significativa, em consequência disso os pacientes não percebem o crescimento lento e gradativo da patologia. Para Berman e Hartwell (2007), casos em que exista drenagem via fístula o paciente não relata sintomatologia. Porém, momentos antes da drenagem o paciente pode relatar incômodo ou dor na região afetada.

Nos dois estudos de casos os pacientes não relataram sintomatologia dolorosa significativa, apenas um certo incomodo que ocorria esporadicamente na região do elemento 22. O paciente do segundo estudo de caso relatou que sentia dor apenas momentos antes da drenagem via fístula tornar-se ativa.

De acordo com Bergenholtz e Ricucci (2010), Nair (2007), os principais fatores que levam ao desenvolvimento de cistos periapicais inflamatórios são o traumatismo dentário e os processos cariosos. Bergenholtz e Ricucci (2010) afirmam que o processo carioso causa infecção pulpar e a necrose da mesma, consequentemente ocasionando em uma lesão periapical granulomatosa, que pode evoluir para o cisto periapical inflamatório. O processo carioso possivelmente foi o fator causal dos dois casos apresentados neste trabalho, devido ao histórico odontológico relatado pelo paciente, juntamente com os exames clínicos realizados.

Segundo Dunfee et al. (2006), Brave et al. (2011), Kethineni et al. (2013), o processo de evolução da necrose pulpar até o desenvolvimento do cisto periapical inflamatório é bastante lento. O crescimento cístico se dá em torno de 5mm de diâmetro por ano (KETHINENI et al., 2013).

Esta afirmação poderia explicar o crescimento dos dois cistos encontrados na maxila, apresentados neste trabalho. Nos dois casos as lesões tiveram anos de

desenvolvimento, o que possivelmente resultou em cistos de grandes proporções quando foram diagnosticados.

Conforme Dunfee et al. (2006), Diwan et al. (2015) os exames radiográficos são métodos que auxiliam na construção do diagnóstico, sendo este de suma importância para a definição de um correto plano de tratamento. Ainda, os exames radiográficos são utilizados como método de controle para a preservação da lesão, para avaliar se o tratamento proposto foi efetivo ou não.

Nos casos documentados neste trabalho os exames radiográficos tiveram um papel importante durante a resolução dos mesmos. As radiografias periapicais, panorâmicas e as tomografias cone-beam auxiliaram na definição do diagnóstico clínico, assim como para avaliar a extensão da lesão e permitir um melhor planejamento cirúrgico. Além disso, foram realizados exames radiográficos como método de preservação dos dois casos, sendo cruciais na avaliação da efetividade do tratamento proposto.

Segundo Neville et al. (2009), existem formas distintas de tratamento para este tipo de lesão, desde a extração do elemento dentária até a endodontia. Porém, os cistos de grande volume possivelmente necessitem de intervenção cirúrgica para sua cura. A forma de tratamento em casos de grandes cistos apresenta controvérsias, pois alguns profissionais mostram ser capaz tratar lesões extensas com apenas tratamento endodôntico, outros já dizem ser necessária a intervenção cirúrgica.

Neste trabalho, o que pudemos presenciar foi a cura da lesão de uma forma rápida com a combinação do tratamento endodôntico e cirúrgico.

Para Regezi e Sciubba (1991), Ellis (2009), grandes cistos devem ser tratados através de marsupialização ou enucleação. A escolha entre as mesmas é uma questão de decisão profissional, pois ambas podem ser eleitas para tratar uma mesma lesão. Em alguns casos é possível combiná-las, realizando a marsupialização seguida da enucleação.

De acordo com Kethineni et al. (2013), a escolha entre a utilização da marsupialização ou da enucleação, para o tratamento de cistos de grande volume, varia de acordo com a localização e tamanho da lesão, bem como a proximidade a estruturas importantes.

Apesar da marsupialização ser uma técnica comprovada e a opinião dos autores serem baseadas em resultados científicos, a mesma não foi empregada nos casos do presente trabalho, portanto, não foi o alvo de estudo.

Araújo et al. (2013), afirma que a discussão multidisciplinar entre os cirurgiões-dentistas é de suma importância para se estabelecer o tratamento que mais trará benefícios ao paciente. Sabendo disso, os casos expostos neste trabalho foram apresentados e discutidos com profissionais especializados em tratamento endodôntico e com profissionais especializados em cirurgia buco-maxilo-facial, para determinar o tratamento mais benéfico aos pacientes.

Segundo Diwan et al. (2015), a melhor conduta para o sucesso de tratamentos de cistos inflamatórios periapicais de grande volume é a interação entre os tratamentos endodôntico e cirúrgico. Para os casos clínicos apresentados neste trabalho, foi decidido aplicar essa metodologia de tratamento. O tratamento endodôntico seguido de cirurgia apical para enucleação da lesão cística foi optada para realizar a cura das lesões císticas.

Diante da discussão gerada de acordo com o método de tratamento mais benéfico a ser proposto aos dois pacientes, a escolha de realizar um tratamento através de procedimentos endodônticos precedido de cirurgia apical apresentou-se eficaz frente a proposta do trabalho.

6 CONCLUSÕES FINAIS

O cisto inflamatório periapical é uma patologia muito comum, sendo diagnosticada frequentemente nos consultórios odontológicos. Com um trabalho multidisciplinar os profissionais podem debater, frente ao caso em questão, quais são as melhores opções de tratamento que proporcionem conforto e segurança tanto para o profissional, quanto para o paciente.

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento sobre os vários métodos de tratamento, para que o mesmo possa escolher a técnica que mais lhe convém, aquela onde ele se sinta mais confiante durante a execução do procedimento.

Através de detalhados exames clínicos e radiográficos é possível traçar um plano de tratamento que combine técnicas endodônticas e cirúrgicas, visando a cura e maior conforto para o paciente. Além disso, os exames clínicos e radiográficos devem ser realizados periodicamente para a preservação do caso. O cirurgião-dentista precisa acompanhar, e avaliar, se o tratamento proposto por ele obteve sucesso ou insucesso.

Diante dos objetivos propostos pelo trabalho, pode-se concluir que os mesmos foram atingidos, pois através de tratamentos endodônticos seguido de procedimento cirúrgico, foi possível alcançar a cura dos dois pacientes portadores dessa afecção até o momento, como observado nos exames de preservação dos casos.

REFERÊNCIAS

ALVARES, L.C.; TAVANO O. Cistos dos Maxilares. In: _____. *Curso de Radiologia em Odontologia*. 5. ed. São Paulo. Livraria Santos, 2009. p. 206-217.

ARAÚJO, F.A.C. et al. Tratamento de Extenso Cisto Inflamatório em Maxila – Relato de Caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 13, n. 2, p. 81-86, 2013.

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 S/A. 2010. p. 482-503.

BERMAN L.H., HARTWELL G.R. Diagnóstico. In: COHEN S., HARGREAVES K.M. *Caminhos da Polpa*. 9. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2007. p. 02-39.

BAGHAEI, F. et al. A Clinicopathological Study of Odontogenic Cysts and Tumors in Hamadan, Iran. *Journal of Shiraz University Medical Sciences*, v. 15, n. 4, p. 167-172, 2014.

BRAVE, D. et al. Radicular cyst of anterior Maxilla. *International Journal of Dental Clinics*, v. 3, n. 2, p. 16-17, 2011.

COSTA, P.S. *Estudo da Incidência de Cistos Odontogénicos Histopatologicamente Diferenciados Numa População Portuguesa*. 2009. 167 f. Dissertação (Candidatura ao grau de Mestre Apresentada à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto) – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Portugal, 2009.

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*, vol.9, n. 5, p. 41-43, 2015.

DUNFEE, B.L. et al. Radiologic and Pathologic Characteristics of Benign and Malignant Lesions of the Mandible. *Journal Radiographics*, v. 26, n. 6, p. 1751-68, 2006.

ELLIS III, E. Tratamento Cirúrgico das Lesões Patológicas da Boca. In: HUPP, J.R., ELLIS III, E., TUCKER M.R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 5. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009. p. 443-462.

ELLIS III, E., ALEXANDER, R.E. Princípios de Diagnóstico Diferencial e de Biópsia. In: HUPP, J.R., ELLIS III, E., TUCKER M.R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 5. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009. p. 417-442.

KETHINENI, B. et al. Right Attitude, Right decision and Timely Planning in Surgical Pedodontics – Scoop Out or Expose It. *Journal of International Oral Health*, v. 5, n. 2, p. 44-48, 2013.

- LIRA, A. A. B. et al. Residual Radicular Cyst – Case report. *Oral Sciences*. v.2, p.33-36., 2010
- MARTINS FILHO, P.R.S. et al. Cisto Radicular na Maxila Relato de Caso Clínico Cirúrgico. *Revista Academia Tiradentes de odontologia*, v. 10, n. 4, p. 881-889, 2009.
- MENINGAUD, J.P. et al. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *Journal of Oral Science*, v. 48, n. 2, p. 59-62, 2006.
- NAIR, P.N.R. Patobiologia da Periodontite Apical Primária. In: COHEN, S; HARGREAVES, K.M. *Caminhos da Polpa*. 9.ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2007. p. 541-579.
- NETO, M.M; DANESI, C.C; UNFER, D.T. Contribuição ao estudo do Cisto Radicular - Revisão da literatura. *Revista do centro de ciências da Saúde*, v. 30, n.1-2, p. 90-99, 2004.
- NEVILLE, B.W. et al. Doenças da Polpa e do Periápice. In: _____. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009. p.119-152.
- NOVAK, J.N. Classificação das Doenças e Condições que Afetam o Periodonto. In: CARRANZA, F.A. et al. *Periodontia Clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2007. p. 100-109.
- REGEZI, J.A; SCIUBBA J.J. Cistos da Boca. In: _____. *Patologia Bucal – Correlações Clinicopatológicas*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A., 1991. p. 220-247.
- SALIM, M. Princípios de Diagnóstico Diferencial e Biópsia. In: PRADO, R; SALIM, M. *Cirurgia Bucomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A., 2004. p. 303-319.
- SAMPAIO, R.K; PRADO, R. Cirurgia dos Cistos Odontogênicos. In: PRADO, R; SALIM, M. *Cirurgia Bucomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A., 2004. p. 365-407.
- SELVAMANI, M; DONOGHUE, M; BASANDI, P.S. Analysis Of 153 Cases Of Odontogenic Cysts in a South Indian Sample Population: A Retrospective Study Over a Decade. *Brazilian Oral Research*, v. 26, n. 4, p. 330-334, 2012.
- STUART C.W., MICHAEL J.P. Cysts and Cystlike Lesions of the Jaws. In: _____. *Oral Radiology: Principles And Interpretation*. 6. ed. Missouri. Mosby, Inc., 2009. p. 343-365.
- SOUZA, L.B. et al. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 15, n. 4, p.583-590, 2010.

ULOOPI K.S, et al. Conservative Management Of Large Radicular Cysts Associated With Non-vital Primary Teeth: A case series And Literature Review. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, v. 33, p. 53-56, 2015.

USALAN, G. et al. Radicular Cyst: Analysis Of Twenty Large Lesion. *SÜ Dişhek Fak Derg*, v. 18, p. 184-188, 2009.

VARINAUSKAS, V; GERVICKAS, A; KAVOLIUNIENE, O. Analysis Of Odontogenic Cysts Of The Jaws. *Medicina (Kaunas)*, v. 42, n. 3, p. 201-207, 2006.

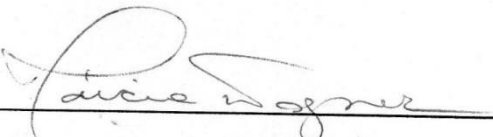
VASCONCELOS, R.G. et al. Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções – Relato de Caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 3, p. 467-474, 2012.

ANEXO A – Autorização do coordenador do Curso de Odontologia**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

Santa Cruz do Sul, 02 de Junho de 2015.

Eu, Prof^a. Dr^a Márcia Helena Wagner, coordenador do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, declaro ter conhecimento do Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso “Tratamento de Cistos Inflamatórios – Estudo de casos” que será desenvolvido, sob orientação do Prof. Dr. José Luiz Piazza, pelo acadêmico Augusto Majolo De Gasperi do curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Atenciosamente,



Prof^a. Dr^a. Márcia Helena Wagner

Coordenador do Curso de Odontologia da UNISC.

Dra. Márcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia

ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRATAMENTO DE CISTOS INFLAMATÓRIOS – ESTUDO DE CASOS

Lesões como cisto inflamatório localizados na ponta das raízes dos dentes tem a capacidade de destruir o osso ao redor dessas raízes, além de movimentar dentes e tornar o osso mais suscetível a fraturas. O cisto também pode produzir um líquido amarelo e de cheiro ruim, que aparece dentro da boca na região onde está a lesão, causando gosto ruim.

Sabendo disso, o estudo seguinte tem como objetivo tratar essa doença, através de intervenção cirúrgica cuja lesão é removida por completo, através do procedimento chamado enucleação. Além disso será realizado tratamentos de canal dos dentes que causaram a lesão.

O inchaço que acontecerá depois da cirurgia é uma reação normal do próprio corpo, graças ao processo cirúrgico. Este desconforto do inchaço cessará em poucos dias. Para diminuir o mesmo, o paciente receberá orientações pós-operatórias e será medicado com analgésicos e anti-inflamatórios.

Existe o risco do cisto voltar a aparecer no mesmo lugar do anterior, mesmo após a realização da cirurgia e a endodontia.

A cicatrização da região que foi operada será visível na primeira semana. O buraco deixado pelo cisto dentro do osso terá uma cicatrização bastante lenta. Este buraco será, aos poucos, preenchido por osso novamente. O fechamento do buraco, somente será observada nas radiografias periódicas de controle até 1 ano após o ato cirúrgico.

Com o tratamento da lesão, o paciente terá a recuperação do osso que foi destruído, diminuindo o risco de fraturar o mesmo por alguma pancada que venha a acontecer no futuro. O líquido amarelo com cheiro ruim que surge dentro da boca, na região onde se encontra o cisto, não irá mais aparecer. E as defesas do

organismo ficarão mais fortes para combater outras doenças que possam ocorrer futuramente.

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.

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 Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é o Prof. Dr. José Luiz Piazza (Fone 51-99954175), sendo o mesmo orientador do aluno Augusto Majolo De Gasperi.

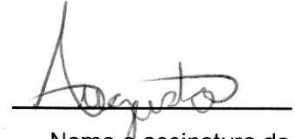
O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Data 3/6/15



Nome e assinatura do
paciente ou voluntário

Nome e assinatura do
responsável legal,
quando for o caso



Nome e assinatura do
responsável pela
obtenção do presente
consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRATAMENTO DE CISTOS INFLAMATÓRIOS – ESTUDO DE CASOS

Lesões como cisto inflamatório localizados na ponta das raízes dos dentes tem a capacidade de destruir o osso ao redor dessas raízes, além de movimentar dentes e tornar o osso mais suscetível a fraturas. O cisto também pode produzir um líquido amarelo e de cheiro ruim, que aparece dentro da boca na região onde está a lesão, causando gosto ruim.

Sabendo disso, o estudo seguinte tem como objetivo tratar essa doença, através de intervenção cirúrgica cuja lesão é removida por completo, através do procedimento chamado enucleação. Além disso será realizado tratamentos de canal dos dentes que causaram a lesão.

O inchaço que acontecerá depois da cirurgia é uma reação normal do próprio corpo, graças ao processo cirúrgico. Este desconforto do inchaço cessará em poucos dias. Para diminuir o mesmo, o paciente receberá orientações pós-operatórias e será medicado com analgésicos e anti-inflamatórios.

Existe o risco do cisto voltar a aparecer no mesmo lugar do anterior, mesmo após a realização da cirurgia e a endodontia..

A cicatrização da região que foi operada será visível na primeira semana. O buraco deixado pelo cisto dentro do osso terá uma cicatrização bastante lenta. Este buraco será, aos poucos, preenchido por osso novamente. O fechamento do buraco, somente será observada nas radiografias periódicas de controle até 1 ano após o ato cirúrgico.

Com o tratamento da lesão, o paciente terá a recuperação do osso que foi destruído, diminuindo o risco de fraturar o mesmo por alguma pancada que venha a acontecer no futuro. O líquido amarelo com cheiro ruim que surge dentro da boca, na região onde se encontra o cisto, não irá mais aparecer. E as defesas do

organismo ficarão mais fortes para combater outras doenças que possam ocorrer futuramente.

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.

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 Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é o Prof. Dr. José Luiz Piazza (Fone 51-99954175), sendo o mesmo orientador do aluno Augusto Majolo De Gasperi.

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

Data 31/06/15

Alexandro H Pedreira

Nome e assinatura do
paciente ou voluntário

Nome e assinatura do
responsável legal,
quando for o caso

Augusto

Nome e assinatura do
responsável pela
obtenção do presente
consentimento

ANEXO C – Carta de apresentação do projeto de pesquisa

Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa

Santa Cruz do Sul, 03 de junho de 2015

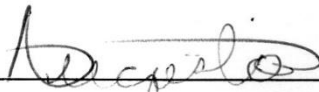
Este Projeto de pesquisa intitulado “TRATAMENTO DE CISTOS INFLAMATÓRIOS – ESTUDO DE CASOS” foi realizado pelo aluno Augusto Majolo De Gasperi, sob orientação do Professor José Luiz Piazza, como requisito da disciplina de Seminário de trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Declaramos estar cientes do conteúdo deste projeto de pesquisa aqui apresentado.

Atenciosamente,



Professor Orientador



Aluno Orientado

ANEXO D – Ficha de biópsia do paciente referente ao relato de caso I

UNISC
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
Curso de Odontologia
Laboratório de Histologia e Patologia

Exame nº: [redacted]
Prontuário nº: [redacted]

FICHA DE BIÓPSIA

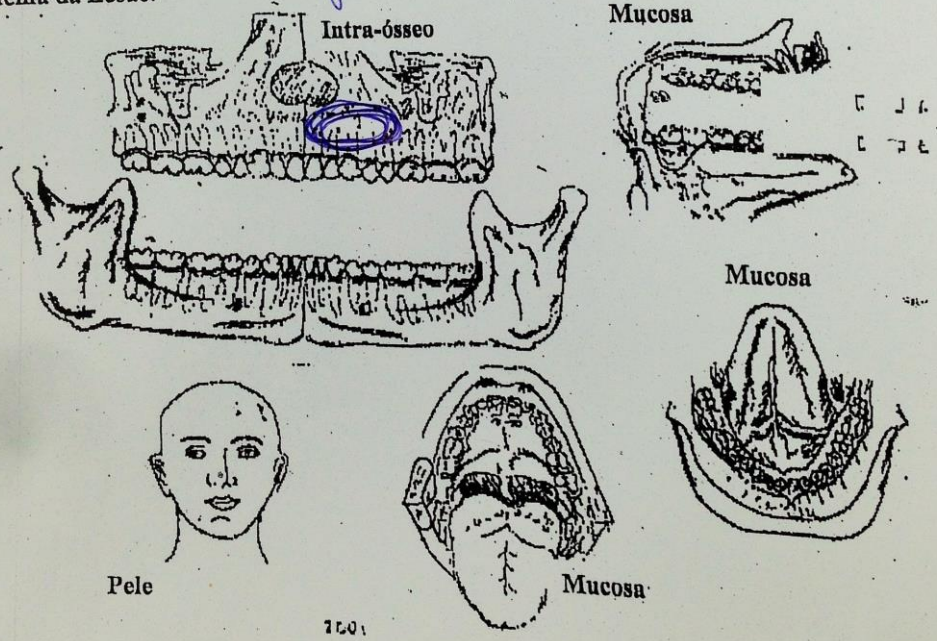
Dados do Paciente:

Nome: [redacted] Sexo: Masc. () Fem.
Idade: 40 anos Raça: Branca () Negra () Mista
Profissão: [redacted] Fone: [redacted]
Endereço: [redacted]

História Clínica: lesão avulsada, depurando o período fundo de nêcrose na região dos dentes 21, 22, 23, 24. Ao Rx obser-
va-se grande lesão cística com destruição da parede anterior da
maxilar. No tratamento endodôntico do dente 22 houve grande dano
de necrose periapical.

Localização Anatômica: Maxilar Anterior dentes 21, 22, 23, 24 Biópsia: Total () Parcial
Enviar em anexo os exames complementares (Radiografias, Hemograma, Citopatológico).

Diagnóstico Clínico: Auto-inflamatória
Esquema da Lesão:



Dados do Cirurgião:
Nome do Professor: J. L. Piazza
Nome do Aluno: Augusto De Gasperi
Disciplina: Cirurgia
Dados de Fixação:
Data de Coleta: 19/12/14
Hora da Fixação: _____
Fixador: _____

* Preenchimento obrigatório de todos os itens, fichas incompletas serão devolvidas.

ANEXO E – Laudo Anatomopatológico referente ao relato de caso I

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA
LABORATÓRIO DE HISTOLOGIA E PATOLOGIA

Laudo de Exame Anatomopatológico

Exame n°: 0772/14
Prontuário n°: [REDACTED]

Identificação do Paciente:

Nome: [REDACTED]

Data: 15/12/14

Descrição do Material:

Localização: maxila, ápice dos dentes 21, 22, 23, 24.

Material encaminhado por: Cirurgia (Prof. José Luiz Piazza) - Curso de Odontologia – UNISC.

Macroscopia:

Um fragmento de tecido mole, coloração avermelhada, formato e superfície irregular. Mede 29 x 16 x 10 mm. Ao corte apresenta interior oco preenchido com material de coloração em parte parda e em parte amarelada. Blocos I e II – 02 peças. J.H.E.

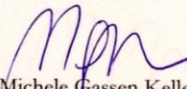
Microscopia:

O corte exhibe cavidade cística virtual parcialmente revestida por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado. A cápsula é fibrosa densa com presença de infiltrado inflamatório e cristais de colesterol.

Diagnóstico:

Cisto Periapical.

Patologista Responsável:


Michele Gassen Kellermann, CD
CRO-RS 15307

ANEXO F – Laudo Radiográfico referente a preservação do relato de caso I

www.radiodontosantacruz.com.br

[REDACTED]

Data: 20 de outubro de 2015

LAUDO RADIOGRÁFICO

Presença de todos os dentes permanentes, com exceção dos terceiros-molares.

Discreta reabsorção óssea alveolar horizontal junto aos dentes de ambas as arcadas.


Imagem radiolúcida, a nível de panorâmica, sugestiva de **lesão coronal** nos dentes **16D e 26D**.

Observar pequenas imagens mais radiolúcidas acima dos ápices dos dentes **21 e 22**(cicatrização pós remoção de lesão nessa região?).

ATM., Seios Maxilares e aspecto estrutural do osso dentro dos padrões de normalidade.

*Dr. Paulo Swarowsky – CRO 2411 – radiologista pós-graduado pela UFSC-SC.
Dra. Luana Swarowsky Brand – CRO 10.834 - mestre em Radiologia pela UCCB-SP*

ANEXO G – Pedido de liberação médica referente ao paciente do relato de caso
II

 **UNISC**
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

CURSO DE ODONTOLOGIA

Ao médico cardiologista

Solicito avaliação médica do paciente [REDACTED] para a realização de procedimento cirúrgico, sobre anestesia local com anestésico lidocaína a 2% e vasoconstritor adrenérgico 1:100.000.


Solicito recomendação sobre o uso de AAS.


20/11/14
[Signature]

Av. Independência, 2293 - CEP 96815-900 - Caixas Postais 188 e 236
Fone Geral (51) 3717-7300 - Fone Direto (51) 3717-7376 - Fax (51) 3717-1855
Santa Cruz do Sul - RS - Brasil

mod. 5.01.035

ANEXO H – Carta de recomendação do médico cardiologista referente ao paciente do relato de caso II

 **UNISC**
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

 **apesc**
ASSOCIAÇÃO PRO-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL


CURSO DE MEDICINA
UNIDADE DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE: _____


Paciente pós-OP de URM (03/14)
em uso de AAS, Simvastatina e Selzok.

Oriento antibioticoprofilaxia para
procedimento dentário e oriento suspensão
AAS 7 dias antes do procedimento

07.09.15
Data


Francisco Coelho Lamachia
MÉDICO
CREMERS 33541
Médico CREMERS

ANEXO I – Laudo Anatomopatológico referente ao relato de caso II

 **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: 0808/15
Prontuário nº: [REDACTED]

Identificação do Paciente:

Nome: [REDACTED] Data: 03/08/15

Descrição do Material:

Localização: Região anterior da maxila.

Material encaminhado por: Projeto de extensão em cirurgia (Prof. José Luiz Piazza) - Curso de Odontologia – UNISC.

Macroscopia:

Frasco 1: Um fragmento de tecido mole, coloração em parte avermelhada e em parte esbranquiçada, formato oval e superfície irregular. Mede: 21 x 11 x 5 milímetros. Ao corte apresenta interior oco preenchido em parte por material de aspecto gelatinoso e em parte por material espesso de coloração parda. BLOCO I e II – 2 peças. D.R.D.

Frasco 2: Um fragmento de tecido mole, coloração esquiçada, formato irregular, superfície rugosa. Mede: 14 x 7 x 2 milímetros. BLOCO I – 1 peça. D.R.D.

Microscopia:

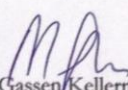
Frasco 1 (Bloco I e II): Os cortes exibem cavidade cística virtual revestida por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado. Nesse revestimento epitelial se observa metaplasia mucosa com formações pseudo-ductais e extensas áreas de calcificação. Infiltrado inflamatório crônico é observado na cápsula fibrosa.

Frasco 2: O corte exhibe tecido fibroso denso com presença de inflamação e depósito de hemossiderina.

Diagnóstico:

Cisto Radicular Inflamatório.

Patologista Responsável:


Michele Gassen Kellermann, CD
CRO-RS 15307

ANEXO J – Laudo Radiográfico referente a proervação do relato de caso II

[REDACTED]

Data: 7 de outubro de 2015

LAUDO RADIOGRÁFICO

Ausência de vários dentes.

As imagens radiográficas sugerem neo-formação óssea na maxila região anterior, região da lesão cística.

A imagem radiográfica da panorâmica sugere severa **atrição** nos dentes anteriores.

Moderada a severa reabsorção óssea alveolar horizontal junto aos dentes de ambas as arcadas.

Periápices sem alterações radiográficas.

Imagem radiopaca, com formato de meia lua, aderida ao assoalho do seio maxilar do lado **D** compatível com “**pseudo-cisto**” **antral** (“cisto” mucoso – não requer intervenção clínica).

ATM. e aspecto estrutural do osso dentro dos padrões de normalidade.

Dr. Paulo Swarowsky – CRO 2411 – radiologista pós-graduado pela UFSC-SC.
Dra. Luana Swarowsky Brand – CRO 10.834 - mestre em Radiologia pela UCCB-SP