

EXÉRESE DE LESÃO CÍSTICA EM MANDÍBULA APÓS DESCOMPRESSÃO

EXERCISES OF CYSTIC LESION IN THE JAW AFTER DECOMPRESSION

UANDER DE CASTRO OLIVEIRA^{1*}, ANA LIA DE FREITAS QUEIROZ², GABRIELLA APARECIDA JESUS PEREIRA², NATHALIA OLIVEIRA CEZAR², ROBERTA CONCEIÇÃO SILVA MALTA², VINICIUS MARQUES DE OLIVEIRA³

1. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professor Especialista Uander de Castro Oliveira, das Disciplina de Cirurgia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia. 2. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial.

*Hospital Ortopédico de Ceres, Goiás, Brasil CEP: 76300-000. uanderoliveira2011@gmail.com

Recebido em 13/10/2022. Aceito para publicação em 15/11/2022

RESUMO

O vocábulo cisto é resultante da palavra grega “kystis” que simboliza “bexiga ou saco”. O cisto periapical ou radicular é um cisto odontogênico que pode estar associado ao ápice de um dente ligado a necrose pulpar, sendo comumente de origem inflamatória. Essa inflamação é decorrente ao germe dentário e da proliferação/estimulação de células aos restos de resíduos epiteliais de Malassez encontrada no ligamento periodontal, tendo uma inflamação no local. É uma das lesões mais frequentes na região anterior do maxilar, mas também pode ser encontrada na mandíbula. Com predileção do sexo masculino na vida adulta entre 30 a 40 anos de idade. Tem uma progressão lenta, na maior parte dos casos é assintomático dependendo de sua extensão. Geralmente o surgimento do cisto periapical é uma infecção do canal radicular, se não for tratada e terá o aparecimento da lesão. No exame clínico, o cisto periapical é pequeno, assintomático e raramente pode apresentar sensibilidade e dor à percussão, e nos exames radiográficos é possível ver o cisto em uma radiografia panorâmica ou em uma tomografia da região específica. A cirurgia será a reconstrução para o defeito ósseo e assim, devolver à estética.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Periapical. Necrose Pulpar. Inflamação. Cirurgião-Dentista.

ABSTRACT

A periapical or radicular cyst is an odontogenic cyst that can be associated with the apex of a tooth with pulp necrosis, and commonly of inflammatory origin. This inflammation is related to the proliferation/stimulation of cells to the debris of epithelial debris of Malassez found in the periodontal ligament, with inflammation at the site. It is one of the most frequent lesions in the anterior maxilla region, but it can also be found in the mandible. With a predilection for both sexes in adult life between 30 and 40 years old. It has a slow progression, in most cases it is asymptomatic, and depends on its extension¹. Generally, the appearance of the periapical cyst is an infection of the root canal, if not treated and will have the appearance of the lesion. On clinical examination,

the periapical cyst is small, asymptomatic, and may rarely be tender and painful to percussion, and on radiographic examinations, the cyst can be seen on a panoramic x-ray or on a CT scan of the specific region. The surgery will be the reconstruction for the bone defect and thus, return the esthetics. Therefore, there are several techniques for using innovative grafts depending on the case.

KEYWORDS: Periapical Cyst. Pulpal necrosis. Inflammation. Dental surgeon.

1. INTRODUÇÃO

O vocábulo cisto é resultante da palavra grega “kystis” que simboliza “bexiga ou saco”. Cisto periapical ou radicular é um cisto odontogênico que pode estar associado ao ápice de um dente ligado a necrose pulpar, e comumente de origem inflamatória. Essa inflamação é decorrente ao germe dentário e da proliferação e estimulação de células aos restos de resíduos epiteliais de Malassez encontrada no ligamentoperiodontal, ocasionando uma inflamação no local¹.

É conhecido na odontologia o cisto dentífero ou folicular é um cisto odontogênico dos mais comuns, é o segundo cisto com 14 a 20% de prevalência perdendo somente para o cisto periapical. O cisto dentífero é um dos mais frequentes, tratando-se, por seu lado, de um gênero de cisto inflamatório. A sua evolução está ligada pela sua erupção ectópica pode ou não ser clara, onde vários estudos vem sendo discutidos sobre sua etiologia². Sua frequência é comum tanto em maxila ou mandíbula, com maior aparecimento nas regiões de molares inferior e superior e em canino superior não-irrompido³.

Sabe-se que o cisto dentífero tem maior prevalência do sexo masculino, na segunda e terceira década de vida. Também tem-se discutido sua causa, mas seus epitélio é encoberto pelo folículo dental pericoronário, pode ser encontrado fluído líquido em seu interior, por conta da sua degeneração que gera a sua infecção. Também pode ser encontrado em 24%

dos seus casos em maxila. Em suma, suas características são bem comuns⁴.

A lesão do cisto dentífero ou folicular tem uma cavidade na qual é toda revestida por epitélio, que seu desenvolvimento se dá através de seu espaço folicular, nesse lugar apresenta o dente incluso, após isso, tem seu aparecimento. Na maior parte dos casos o paciente que apresenta o cisto dentífero não sente nenhum tipo de desconforto. Todavia, é necessário realizar uma boa consulta, realizando todos os passos como: anamnese, exames físicos extraorais e intraorais e mais importante exames radiográficos, assim é possível ter um diagnóstico, mas para ter seu diagnóstico final é preciso realizar uma biópsia da lesão para ter sua confirmação⁵.

Os cistos dentíferos são assintomáticos e descobertos acidentalmente, pois são radiolúcidos nas radiografias panorâmicas, onde são feitas para o tratamento odontológico geral ou de investigações do motivo o qual leva a erupção dentária tardia. A radiografia panorâmica, conseqüentemente é a primeira indicação para os cistos dentíferos, pois é importante que o dentista compreenda suas características a partir de uma radiografia. Onde o mesmo está associado à coroa de um dente permanente impactado, estando encaixado ou não irrompido. O dente que está mais frequentemente envolvido é o terceiro molar inferior⁶.

Geralmente o cisto dentífero é comumente é assintomático, a depender de sua extensão e o grau de inflamação. Por isso, o diagnóstico diferencial será de suma importância, pois sua característica clínica é semelhante a outras lesões mais comuns na cavidade oral como: ameloblastoma, cisto dentífero, ceratocisto odontogênico, cementoma periapical e tumor de Pindborg. Os cistos dentíferos na maior parte dos casos são detectados através do exame radiográfico, mas já em contrapartida tem aqueles que são necessários fazer o exame histopatológico para sua descoberta⁷.

O tratamento do cisto dentífero em sua maior partes dos casos é mais conservadora possível, podendo ser tratado com cirurgias ou não. É de suma importância um planejamento antes, saber onde a lesão está localizada, tamanho, avaliar as estruturas adjacentes e idade do paciente. Todavia, a melhor escolha seria o tratamento não invasivo com um dreno ou tubo com intuito de drenar o líquido do interior do dente envolvendo, mas na maior parte dos casos é cirúrgico, sendo realizadas as técnicas de enucleação, marsupialização e descompressão⁸.

É necessário fazer uma biópsia excisional e com isso, teremos a confirmação histopatológica do cisto dentífero ou folicular. Com isso, teremos o enxerto ósseo para assim, ter uma nova formação do osso, na qual era o defeito ósseo. O enxerto ósseo tem a finalidade de um material osteocondutor para poder estabilizar o coágulo sanguíneo e assim temos, a regeneração óssea⁹.

Na odontologia existem variedades em enxertos ósseos, os quais ajudam na cicatrização, são recomendados para defeitos ósseos ou com outros

materiais. Os enxertos ósseos tem sua principal função: suporte mecânico e osteo regeneração. Essa função é de suma importância para sua remodelação. Enxertos ósseos em odontologia são usados em várias especialidades, devido sua demanda e precisão. Na maioria dos casos é em perdas dentárias e em defeitos craniofaciais¹⁰.

As indicações cirúrgicas em casos de lesão insensível ao tratamento endodôntico, faz com que haja dificuldade do acesso ao conduto radicular por via coronária, fratura do terço cervical ou perfuração radicular. Recomenda-se sempre a reobturação do canal excluindo todas as opções de tratamento endodôntico antes de qualquer procedimento cirúrgico. Em alguns estudos mostra que a apicetomia em pacientes com lesão periapical foi realizada a obturação do canal mais sem a reobturação tendo em vista após seis meses radiograficamente o desaparecimento quase total da radiolucidez apical, neoformação óssea, ausência de reabsorção radicular e clínica¹¹.

Muitas lesões podem se parecer clínico e radiograficamente com cisto periapical, pois os achados nos cistos mostram uma imagem unilocular, radiolúcida, arredondada ou ovulada, com limites bem definidos, circundando o ápice do dente envolvido, assim é de suma importância um diagnóstico diferencial tendo como outras lesões como exemplo queratocisto odontogênico, granuloma apical, ameloblastoma unicístico, cisto ósseo ou cementoma apical em fase inicial de desenvolvimento. Tem sido mais utilizado para diferenciação de diagnóstico a Tomografia Computadorizada Cone Beam. No entanto, concluiu que mesmo fazendo o exame e ainda não se tem um diagnóstico diferencial de um cisto periapical de um granuloma, fazendo com que permaneça a biópsia e o exame histopatológico como exame padrão de diagnóstico¹².

Em lesões de cisto periapical só é feito tratamento cirúrgico quando ultrapassa de 2 cm e quando é descartada a possibilidade de tratamento endodôntico. Assim, com isso é preciso realizar um exame radiográfico periapical ou uma tomografia computadorizada (TC) da região, e sucessivamente um exame histopatológico, com isso é descartado outras lesões e doenças¹³.

Os cistos periapicais são lesões císticas comuns na odontologia. Para sua remoção deve-se ter uma técnica na qual será a exérese cirúrgica com enucleação da lesão. Na remoção podem ser utilizadas as técnicas de enucleação, marsupialização e descompressão, em casos de lesões pequenas. Mas na maior partedos casos de cistos a enucleação é mais indicada para remover a lesão por inteiro¹⁴.

No caso de cisto periapical a enucleação cirúrgica é a melhor escolha, onde é possível remover toda lesão cística e após isso deve ser preenchido com enxerto ósseo e membrana. Na odontologia enxerto ósseo autógeno pelo fato de ser osteogênico, osteoindutor e osteocondutor ou do tipo halógeno de espécie bovina. Éa membrana biocompatível pela regeneração óssea¹⁵.

O crescimento deste cisto geralmente é lento e assintomático, acometendo o gênero masculino, entre terceira e a sexta década de vida. Apresenta uma baixa prevalência na primeira década de vida, visto que a cárie e dentes sem vitalidade pulpar são mais frequentes nesse grupo. Há relatos de casos de pacientes mais jovens, e alguns deles são citados no estudo de Politano em um paciente de 9 anos de idade, um caso de cisto radicular associado a um molar decíduo na mandíbula, cujo o tratamento escolhido foi exodontia seguido de curetagem da lesão¹⁶.

Lesões císticas mais extensas em crianças, os germes dentários permanentes pode acontecer de ser lesado ou desvitalizado ao optar pela enucleação. Tendo como fase inicial de tratamento da lesão a descompressão e/ou marsupialização diminuindo assim o tamanho do cisto, e caso seja necessário indicação de uma enucleação como segundo fase do tratamento¹⁷.

O tamanho do cisto deve ser considerado no plano de tratamento, mas a maioria dos cistos cresce lentamente e não atinge grandes proporções. O diagnóstico clínico só pode ser feito se a lesão envolver um ou mais dentes com necrose pulpar, for maior que 20mm de diâmetro ou área transversal de 200mm, líquido na cor palha e o fluido conter cristais de colesterol. Em sua maioria é comum o diagnóstico de uma lesão pequena, mas devido ser uma lesão assintomática pode ser achado em grande tamanho indicando um período longo de evolução^{2,18}.

2. CASO CLÍNICO

Paciente gênero masculino, 9 anos, foi atendido no hospital ortopédico de Ceres para avaliação de lesão em mandíbula após descoberta da mesma em exame radiográfico durante procedimento restaurador, não apresentava queixas algícas. No exame físico extra oral nenhuma assimetria facial foi detectada (Figura 1). Ao exame intra oral, não foi observado expansão óssea, mucosa adjacente normocorada com aspecto de normalidade e dente 75 com material restaurador.



Figura 1. Quadro inicial: Ao exame físico extra oral nenhuma assimetria facial foi destacada. **Fonte:** Os autores, 2022.

Ao exame de radiografia panorâmica, pode-se observar área radiolúcida de limites bem definidos por linha radiopaca, unilocular, associado ao dente 35 (incluso) e 36, abrangendo a região de corpo da mandíbula lado esquerdo (Figura 2).

De acordo com as características clínicas e radiográficas suscitou-se o diagnóstico de uma possível lesão cística. Portanto, como método auxiliar de diagnóstico decidiu-se realizar punção aspirativa, tendo como resultado presença de líquido amarelo citrino, características essas de líquidocístico.



Figura 2. Radiografia panorâmica pode-se observar área radiolúcida de limites bem definidos por linha radiopaca, unilocular, associado ao dente 35 (incluso) e 36, abrangendo a região de corpo da mandíbula do lado esquerdo. **Fonte:** Os autores, 2022.

Posteriormente foi realizado exodontia do dente 75, seguido de biópsia incisional sob anestesia local e instalação de dispositivo de descompressão com a finalidade de regressão da lesão e preservação do dente 35 (Figura 3).



Figura 3. Descompressão com a finalidade de regressão da lesão e preservação do dente 35. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 4. Radiografia panorâmica, foi realizado previamente tratamento endodôntico no dente 36 após teste de vitalidade pulpar negativo. **Fonte:** Os autores, 2022.

O material coletado foi enviado para análise anatomopatológica em formol a 10% e o resultado do exame foi de cisto odontogênico de natureza inflamatória.

Após 8 meses de descompressão, ocorreu uma regressão importante e neoformação óssea satisfatória permitindo o processo de formação e erupção do dente

35, dando condições para uma segunda intervenção cirúrgica de enucleação total da lesão. Foi realizado previamente tratamento endodôntico no dente 36 após teste de vitalidade pulpar negativo (Figura 4).

Depois de um preparo adequado do paciente com todos os exames pré-operatórios, o paciente foi submetido a cirurgia que se iniciou com indução anestésica e intubação orotraqueal. Foi realizado um acesso em envelope que se estendeu da região retromolar até o dente 31 (Figura 5), osteotomia para ampliação da loja cística e uma correta enucleação e curetagem de todo o cisto preservando o dente 35 (Figura 6), o material enucleado foi enviado novamente para o exame anatomopatológico.



Figura 5. Realizado um acesso em envelope que se estendeu da região retromolar até dente 31. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 6. Osteotomia para ampliação da loja cística e uma correta enucleação e curetagem de todo o cisto preservando o dente 35. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 7. Síntese do acesso cirúrgico, utilizou-se o fio de vicryl 4.0. **Fonte:** Os autores, 2022.

Para a síntese do acesso cirúrgico, utilizou-se o fio de vicryl 4.0 (Figura 7). No pós-operatório de 07 dias, o paciente apresentou boa evolução clínica, cicatrização satisfatória, ausência de sinais de infecção ou deiscência, sem queixas álgicas. Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 1 mês, sem quadro de dor e sem limitação funcional.

3. DISCUSSÃO

Na odontologia as patologias como cisto dentífero ou também conhecido como cisto folicular, tem pouca incidência em crianças, entretanto vem sendo uma lesão estudada e analisada em definição clínica na odontopediatria, pelo fato de estar acometendo mais pacientes crianças, compreende que a lesão acomete mais jovens e adultos, por conta dos dentes inclusos. Seus acontecimentos são relatados na literatura. Os casos em público infantil dos cistos é entre 6 a 8 anos de idade, como uma porcentagem de 10%¹⁹.

O cisto dentífero é o segundo mais comum ficando atrás do cisto periapical. Pode ser encontrado tanto na maxila quanto em mandíbula, em maxila sua prevalência de 14% a 20% depois do cisto periapical. Em sua maioria é benigno, é originado pelas células das estruturas dos dentes, são cistos unilaterais, com mais prevalente no sexo masculino na terceira década de vida, geralmente mais encontrado na mandíbula. Seu desenvolvimento é lento assintomático, e em casos raros tem-se impactações das estruturas e deformações faciais²⁰.

Sabe-se que na odontologia existe diversos cistos odontogênicos, com diferentes sinais e sintomas, por isso é prescindível na primeira consulta ser feito uma boa anamnese, exames físico extraoral e intraoral e exames complementares como as radiografias que ajuda na sua detecção. Entretanto, sua confirmação é concluída com exame histopatológico. Assim, após todos esses exames é plausível um plano de tratamento²¹.

Na odontologia os cistos dentífero pode ser encontrado tanto em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Sua localização mais frequente é na região de terceiros molares inferiores e caninos superiores, e dentes inclusos. Por isso, o cirurgião-dentista deve fazer um plano de tratamento individualizado, cada paciente é único. Mas quando se trata de crianças sua incidência é bem baixa, mas ainda sim é comum, está relacionada ao dente permanente. Na maior parte dos casos o tratamento de primeira escolha é a cirurgia, assim evitando danos ao dente permanente²².

Anomalia odontogênica é uma raridade em crianças, mas na odontopediatria está sendo rotineiro, o cisto dentífero vem se tornando um grande alvo em pacientes infantis. Sabe-se que sua incidência é na segunda e terceira década de vida, pois são achados em dentes inclusos. Como dito anteriormente seus relatos são pouco em público infantil, porém seus casos em literatura vêm sendo comum. Crianças que tem a presença de cisto dentífero tem idade de 6 a 7 anos de

idade, seu porcentual é 9% do casos²³.

Localização do cisto dentígero é mais comum na maxila nos caninos pelo fato de serem muitas vezes dentes não irrompidos e na região de terceiros molares inferiores. No caso escrito a lesão odontogênica estava associado ao elemento 35 incluso²⁴.

Sabe-se que os cistos dentígero são o segundo cisto de maior incidência na odontologia, mas com isso gera incertezas de suas características, pois sua incidência e na maxila, mas podendo também ser encontrado em mandíbula. Sua faixa etária de idade também vem sendo questionada nas literaturas, pois sua prevalência é na segunda e terceira década de vida, e comumente seus achados é em crianças²⁵.

Quanto ao seu tratamento em pacientes infantis, é de suma importância que o cirurgião-dentista tenha um atendimento individualizado, pois, é importante para montar o plano de tratamento correto, com isso é de extrema relevância, que a primeira consulta seja com uma avaliação minuciosa e clara para assim, encontrados seus achados radiográficos e clínicos, após isso fazer seu exame histopatológico que é coletado com a biópsia, concluindo a assim diagnóstico de cisto dentígero²⁶.

Cisto dentígero em público infantil tem como o foco principal, proteção dos dentes circunvizinho e suas estruturas, pois quando se trata de lesão cística em criança é necessário avaliar radiograficamente a dentição decídua e seus posicionamentos mais os germes dentários do dentes permanentes. Para assim, ser bem sucedido o tratamento correto, preservando o desenvolvimento da arcada dentária e a função do sistema estomatognática²⁷.

O tratamento da lesão cística é bem minucioso, pois deve ser levando em consideração alguns critérios para ser realizado qualquer procedimento invasivo ou não invasivo. Deve ser analisada a idade do paciente, tamanho da lesão, qual é o envolvimento da lesão na cavidade bucal, pois assim é possível realizar procedimento, evitando problemas futuros. O procedimento pode ser marsupialização, descompressão cística e enucleação²⁸.

O tratamento é feito a descompressão, marsupialização e a enucleação cirúrgica é as formas de tratamentos mais utilizadas, mas deve ser levado em considerações alguns pontos de suma importância para a realização desse procedimento, pois e trata de um tratamento invasivo, é analisado idade, tamanho da lesão e suas estruturas adjacentes²⁹.

É necessário o cirurgião-dentista está atento as condutas clínicas seguras e corretas, para se ter um sucesso cirúrgico e não ocorrer a reincidência³⁰.

Cisto dentígero é localizado dentre a coroa de um dente não erupcionado, incluso e impactado, seu epitélio está encoberto pelo folículo dental pericoronário. O fluido encontrado na lesão tem sua origem pela degeneração de inflamação, e está conexo mais 24% dos casos na maxila. Sabe-se também que sua ocorrência em pessoas em geral é de 1,44 cisto para cada 100 dentes não incluso³¹.

Clinicamente o cisto folicular nas maiores partes dos casos é assintomático. Em suma, pode causar uma grande expansão e erosões no cortical ósseo. Com isso, tende acontecer desconforto, em raros acontecimentos, tem-se o deslocamento do dente, assimetrias faciais e más oclusões. Seus achados são com exames complementares que são as radiografias de hábito. Cisto dentígero é normalmente encontrado unilateral. Em casos de encontrarem em dois lados pode estar associado à síndrome, que pode ser a síndrome de Maroteaux Lamy e a displasia cleidocraniana³².

Nas radiografias, a lesão de cisto dentígero é apresentada com uma área radiolúcida bem circunscrita, assimétrica e unilocular, envolvendo toda coroa do dente não irrompido. Também podem ser encontrados outros achados secundários nos quais incluem fraturas ligadas a patologias relacionadas ao cisto, deslocamento do canal mandibular, reabsorção dos canais e alguns casos há a reabsorção radicular dos dentes permanentes³³.

Seus aspectos histopatológicos do cisto dentígero, não é certo para levar em consideração para seu diagnóstico final, pois suas características não dão segurança para ter suas conclusões a outros cistos odontogênicos³². No seu exame histológicos tem-se uma cápsula de um tecido conjuntivo frouxo delgado e com revestimento epitelial composto por duas ou três camadas de células planas ou cuboidais, seu epitélio não é queratinizado e seu desenvolvimento de suas projeções epiteliais é exclusivamente adjunta a inflamações secundária. Tem-se, quantidade de ilhas de epitélio odontogênico são achados em tecido conjuntivo, mas ainda é duvidoso, pois é presente em folículos dentários normais³⁴.

O tratamento do cisto dentígero ou folicular com excisão cirúrgica, sabe-se que estas lesões são de dimensões amplas nas quais são susceptíveis de perdas ósseas e adelgaçamento de seus corticais, com isso é necessário serem combinadas com descompressão ou através de uma marsupialização. Em casos mais simples da lesão cística, sua remoção sem comprometer a função das estruturas e dos dentes vizinhos, como exemplo os terceiros molares ou supranumerários, a primeira escolha de tratamento é enucleação total do cisto. Mas, quando o paciente tiver menos de 20 anos a escolha é marsupialização³⁵.

Tem-se como opções de tratamento mais conservadoras como as não cirúrgicas até as mais invasivas dependendo do comportamento da lesão. Para dar início ao tratamento cirúrgico da lesão cística, é necessário que haja um planejamento do cirurgião-dentista, avaliando toda relação da lesão com as demais estruturas anatômicas. Tendo em vista da escolha de melhor tratamento para o paciente, a fim de obter uma melhor recuperação e minimizando danos as importantes estruturas anatômicas³⁶.

Como forma mais conservadora de tratamento é usada à descompressão cirúrgica, que seria a adaptação de um dreno ou tubo de borracha na lesão cística, proporcionando uma comunicação com a cavidade oral

e diminuindo gradualmente o cisto³⁶.

O tratamento cirúrgico dos cistos pode ser realizado através de enucleação, marsupialização, enucleação após marsupialização e enucleação com curetagem. Os tratamentos cirúrgicos que podem ser realizados como alternativas em lesões radiculares extensas incluem a curetagem, enucleação, descompressão, marsupialização e ressecção em bloco. O tratamento cirúrgico do cisto dentífero é a enucleação e a remoção do dente envolvido³⁷.

No caso apresentado foi realizada a descompressão dando assim condições para que fosse feito uma segunda intervenção cirúrgica de enucleação total da lesão, foi realizado tratamento endodôntico no dente 36 após o teste de vitalidade pulpar negativo. Com os exames pré-operatórios prontos o paciente foi submetido à cirurgia de enucleação e curetagem de todo o cisto preservando o elemento 35 e o material foi enviado novamente para o exame anatomopatológico. Alguns autores defendem o uso da técnica isolada da enucleação por mais que seja mais agressiva cita-se as vantagens como a regeneração óssea mais rápida, o possível fechamento do acesso e afirmam que não necessita de um segundo plano de tratamento, tendo como desvantagem a descompressão^{38,39}.

4. CONCLUSÃO

O cisto periapical na maioria dos casos está próximo a raiz do dente, sabe-se que está relacionado a necrose pulpar, tem origem inflamatória. Na maior parte dos relatos é encontrado na região anterior da maxilarmente na posterior de maxila e mandíbula. Tem predileção pelo sexo masculino na sexta década de vida. Não apresenta sintomatologia dolorosa, é descoberta nos achados dos exames radiográficos e com uma tomografia computadorizada é possível ter clareza da lesão.

É necessário avaliar e realizar uma tomografia computadorizada (TC), na qual vai auxiliar e planejar um tratamento pré cirúrgico. O Cirurgião-Dentista deve estar sempre a frente do caso para melhor resultados pós cirúrgicos³⁹.

Cisto periapical é um cisto odontogênico mais comum, está ligado por uma necrose pulpar e com isso gera uma reação inflamatória. Sabe-se que sua predileção é pelo sexo masculino na quinta e sexta década de vida. Na maior parte dos casos tem que ser removido com enucleação cirúrgica que visa remover toda lesão cística, após isso tem-se a colocação de enxerto ósseo e membrana⁴⁰.

Conclui-se então, que na odontologia é o cisto mais comum de origem odontogênica, sabe que sua etiologia é pela inflamação causada pela necrose pulpar. Em pacientes que tenha cisto periapical, deve ser feito um exame clínico minucioso juntamente com radiografia periapical e tomografia do local da lesão.

O procedimento cirúrgico pode ser conservador pelo tratamento endodôntico ou através de enucleação cirúrgica e com colocação de enxerto ósseo autógeno pelo fato de ser osteogênico, osteoindutor e

osteocondutor ou do tipo halógeno de espécie bovina. É a membrana biocompatível pela regeneração óssea.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Neville B. Patologia oral e maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier; 2016.
- [2] Pereira JS, Milagres RM, Andrade BABD, *et al.* Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2012; 12(2):37-42.
- [3] Panella J, Crivello OJ, Lascala CA, *et al.* Radiologia odontológica e imaginologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanagaba Koogan; 2006.
- [4] Bordini JP, Grosso SFB, Costa SC. Câncer bucal, lesões e condições cancerizáveis. 3ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
- [5] De Barros AVM, Araújo FAC, Dos Santos ST, *et al.* Cistos e Tumores Odontogênicos em uma população brasileira: análise retrospectiva de 12 anos à luz da 4ª Edição da Classificação dos Tumores de Cabeça e Pescoço da OMS 2019; 56(1):200.
- [6] Ellis E, Hupp JR, Peterson, LJ. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- [7] Matsumura S, Murakami S, Kakimoto N, *et al.* Achados histopatológicos e radiográficos do cisto ósseo simples. Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral, Radiologia Oral e Endodontologia 2015; 85(5):619-625.
- [8] Kolari V, Rao HA, Thomas T. Cisto radicular involuntariamente grande maxilar e mandibular: um relato de caso raro. Jornal Nacional de Cirurgia Maxilofacial 2019; 10(2):270.
- [9] Cypher TJ, Grossman JP. Princípios biológicos da cicatrização de enxertos ósseos. O Jornal de cirurgia do pé e tornozelo 1996; 35(5):413-417.
- [10] Cypher TJ, Grossman JP. Princípios biológicos da cicatrização de enxertos ósseos. O Jornal de cirurgia do pé e tornozelo 1996; 35(5):413-417.
- [11] Rosenberg PA, Frisbie J, Lee J, *et al.* Avaliação de patologistas (histopatologia) e radiologistas (tomografia computadorizada de feixe cônico) diferenciando cistos radiculares de granulomas. Journal of endodontics 2010; 36(3):423-428.
- [12] Milagres RM, Andrade BABD, Messoria MR, *et al.* Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2012; 12(2):37-42.
- [13] Tian FC, Bergeron BE, Kalathingal S, *et al.* Manejo de grandes lesões radiculares usando descompressão: uma série de casos e revisão da literatura. Journal of endodontics 2019; 45(5):651-659.
- [14] Tjioe KC, Imada TSN, Pardo MP, *et al.* Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas 2015; 69(4):383-386.
- [15] Brave D, Madhusudan AS, Ramesh G, *et al.* Cisto Radicular da Maxila Anterior. International Journal of Dental Clinics 2011; 3(2):109-111.
- [16] Dantas RMX, Dultra JA, Borges GL, *et al.* Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2014; 14(3):21-26.
- [17] Costa JBZ, Da Silva F, De Almeida DC, *et al.* O uso de membranas biológicas para regeneração óssea guiada em implantodontia: Uma revisão de literatura. Journal

- of Dentistry & Public Health (inactive/archive only) 2016; 7(1):14-21.
- [18] Vaz LGM, Rodrigues MTV, Júnior, OF. Cisto dentífero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online) 2012; 58(1):127-130.
- [19] Thosaporn W, Iamaroon A, Pongsiriwet S, *et al.* Estudo comparativo da proliferação de células epiteliais entre ceratocisto odontogênico, cisto odontogênico ortoqueratinizado, cisto dentífero e ameloblastoma. Oral Diseases 2004; 10(1):22-26.
- [20] Utuner E, Fitoz S, Atasoy C, *et al.* Cistos dentíferos maxilares bilaterais: relato de caso. Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral, Radiologia Oral e Endodontologia 2003; 95(5):632-635.
- [21] Dammer R, Niederdehlmann H, Danuner P, *et al.* Tratamento conservador ou radical de ceratocistos: uma revisão retrospectiva. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1997; 35(1):46-48.
- [22] Regezi J, Sciubba JJ, Jordan RC. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2017.
- [23] Safira LC, Paim JM, Carneiro JB, *et al.* Cisto dentífero em mandíbula: relato de caso clínico. Revista de Ciências Médicas e Biológicas 2009, 8(2), 225-229.
- [24] Benossi FIT, Silva MAE, Salmeron S, *et al.* Cisto Dentífero: Revisão de literatura e Relato de caso. Revista Uningá 2019, 56(4):104-112.
- [25] Smith JL, Kellman RM. Cistos dentíferos apresentando-se como infecções de cabeça e pescoço. Otorrinolaringologia – Cirurgia de Cabeça e Pescoço 2005; 133(5):715-717.
- [26] Gulbranson SH, Wolfrey JD, Raines JM, *et al.* Carcinoma de células escamosas originado em um cisto dentífero em uma menina de 16 meses. Otorrinolaringologia—Cirurgia de Cabeça e Pescoço 2002; 127(5):463-464.
- [27] Viswanath D. An Extremely Rare Case of Four Simultaneous Eruption Cysts Occurring in All the Molar Regions 2015; 5(1):38-42.
- [28] Varoli FP, Buscatti MY, Costa C, *et al.* Cisto dentífero associado a um dente supranumerário: relato de caso. J. Health Sci. Inst 2000; 18(1):61-5.
- [29] Giustina JCD, Cesa TS, Silva AFD, *et al.* Odontoma complexo associado a cisto dentífero: relato de dois casos clínicos. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2012, 12(3):61-66.
- [30] Aziz SR, Pulse C, Dourmas MA, *et al.* Parestesia do nervo alveolar inferior associada a cisto dentífero mandibular. Jornal de cirurgia oral e maxilofacial 2012; 60(4):457-459.
- [31] Motamedi MHK, Talesh KT. Tratamento de cistos dentíferos extensos. British Dental Journal 2005; 198(4):203-206.
- [32] Santos TCRBD, Sampaio RKPL, Medeiros PJ, *et al.* Tumor odontogênico adenomatóide associado à cisto dentífero: relato de um caso e revisão da literatura. Rev. bras. odontol, 1986; 43(4):8-10.
- [33] Cerqueira RCC. Avaliação de dentes supranumerários em imagens radiográficas de uma clínica odontológica particular do recôncavo da Bahia. [Trabalho de conclusão de curso] Governador Mangabeira: Faculdade Maria Milza; 2019.
- [34] De Lima Júnior MO, De França AJB, Soares CF, *et al.* Tratamento cirúrgico conservador em paciente jovem com ameloblastoma unicístico: relato de caso. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento 2020; 9(11):e8909119380-e8909119380.
- [35] Floriam LJ, Danelon M, Da Silva VO, *et al.* Cisto Dentífero em Odontologia. Relato de caso. Journal of Latin American Pediatric Dentistry 2020; 9(2):151-159.
- [36] Lima GM. Análise histoquímica de marcadores de células imunológicas e da p53 de cistos dentais, queratocistos e ameloblastomas unicísticos. Imunologia clínica na prática 2021; 2(3):1-8.
- [37] Maurette MEA, Brien MO, Paul E, *et al.* Tratamento de cisto dentífero mandibular bilateral através de dois tipos de tratamentos: Relato de caso clínico e comparação entre técnicas. Lei Odontológica Venezuelana 2007; 45(1):109-112.
- [38] Catunda IS, Neto ACA, Landim FS, *et al.* Manifestações maxilomandibulares de interesse odontológico nos pacientes portadores de displasia cleidocraniana. Relato de um caso clínico. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2013; 13(3):25-30.
- [39] Trento GDS, Corso PFCDL, Dotto G, *et al.* Prevalência de cistos dentíferos na Universidade Federal do Paraná. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2015; 15(1):17-20.
- [40] Silva CEXDSRD, Frare JG, Cerri A, *et al.* Cisto dentífero de grandes dimensões: acesso intraoral e reabilitação. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas 2015; 69(4):345-349.