

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**BRUNO TREVISAN**

**CISTO RESIDUAL: RELATO DE CASO**

Porto Alegre

2010

BRUNO TREVISAN  
Nº Cartão 00136148

**CISTO RESIDUAL: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador:

Prof. Dr Pantelis Varvaki Rados

Porto Alegre  
2010

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família pelo apoio incondicional durante esses últimos cinco anos, e principalmente pelos os vinte e três anos anteriores que me fizeram a pessoa que sou hoje e me possibilitaram chegar até aqui.

À primeira cirurgiã dentista que conheci, lá no dia 18 de outubro de 1986, e minha maior inspiração de dedicação e amor à profissão.

Ao meu pai, minha referência intelectual, que sempre me incentivou “enchendo meu saco” pra eu fazer a lição de casa desde a pré escola.

Ao meu orientador, Prof. Pantelis Varvaki Rados que me acompanhou não só durante esse trabalho, mas desde o dia em que entrei na faculdade pela primeira vez.

Ao Prof. Marcel Fasolo de Paris, que me acompanhou em toda a parte clínica deste trabalho.

A todos os meus colegas que fizeram parte da minha graduação durante esses longos 10 semestres, e que fizeram com que esse tempo passasse muito mais rápido e de forma muito mais agradável.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
<b>3 RELATO DE CASO.....</b>	<b>10</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>FIGURAS.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>26</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

O Cisto Residual é uma lesão cística que é originada de um cisto inflamatório periapical, persistente após a exodontia do dente envolvido, sua patogenia, etiologia e tratamento são muito discutidos na literatura. O seu diagnóstico é dado entre a correlação entre os exames clínico, radiográfico e histopatológico. É mais comumente encontrado em pacientes do sexo masculino, não predileção quanto à localização. De acordo com os levantamentos epidemiológicos o cisto residual é a terceira lesão cística mais comum nos ossos maxilares.

Clinicamente não apresenta nenhuma alteração, apenas quando atinge tamanhos maiores em que pode se observar expansão das corticais ósseas. Radiograficamente se apresenta como uma imagem radiolúcida de tamanho variável circunscrita por uma linha radiopaca sem a presença do dente previamente envolvido. Tendo como diagnóstico diferencial, lesões como ameloblastoma, tumor odontogênico ceratocístico e cisto ósseo traumático. O seu tratamento é sempre pela remoção cirúrgica acompanhado do exame histopatológico para confirmação do diagnóstico.

Esta monografia tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o assunto e apresentar um caso de cisto residual, tratada cirurgicamente por enucleação. No controle de 9 meses observou o reparo da cavidade óssea sem perda de altura, apenas de espessura óssea no sentido vestibulo lingual. A conduta relatada nesse trabalho, de acordo com os autores, é a mais indicada para o tratamento desde tipo de lesão.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

O cisto residual é um cisto inflamatório radicular que persiste após a exodontia do dente não vital associado (BRAMLEY, 1971. CORRÊA *et al*, 2002. DIMITROULIS e CURLIN, 1998. GARDNER, 1997. NEVILLE, 2004. HIGH e HISRCHMANN, 1988. SHAFFER, 1997. SHEAR, 1999. SOWRAY, 1971. TOILER, 1967. OEHLERS, 1970). É mais encontrado em pacientes do sexo masculino (MENINGAUD *et al*, 2006. NEVILLE, 2004. PROCKT *et al*, 2008. HIGH e HISRCHMANN, 1988. DIMITROULIS e CURLIN, 1998. JONES *et al* 2006), quanto à localização alguns estudos descrevem que seja a maxila a área mais acometida (JONES *et al* 2006. SHEAR, 1999, HIGH e HISRCHMANN, 1988. OCHSENIUS *et al* 2007.) enquanto outros a mandíbula (PROCKT *et al*, 2008. MENINGAUD *et al*, 2006. FICKLING, 1996). De acordo com os levantamentos epidemiológicos o cisto residual é a terceira ou quarta lesão cística mais comum nos ossos maxilares. Prockt *et al* (2008) em seu estudo diagnosticou cistos residuais em 4.26% dos casos, enquanto Meningaud (2006) encontrou 4,60%, Jones (2006) 8% e Ochsenius *et al* (2007) 11,20%.

Clinicamente os cistos residuais usualmente não apresentam qualquer alteração, quando atingem tamanhos maiores, podem provocar tumefação das corticais ósseas (CORRÊA *et al*, 2002 NEVILLE, 2004. HIGH e HISRCHMANN, 1988. SHAFFER, 1997). Em casos extremos o aumento de volume pode comprometer estruturas anatômicas adjacentes, como o nervo alveolar inferior, causando uma compressão e conseqüentemente parestesia no local (DIMITROULIS e CURLIN, 1998). Radiograficamente se apresenta como uma área radiolúcida oval ou arredondada, de tamanho variável, circunscrita por uma linha radiopaca (CORRÊA *et al*, 2002. NEVILLE, 2004. SHAFFER, 1997. DIMITROULIS e CURLIN, 1998). Estruturas radiopacas podem ser visualizadas no interior da lesão, ou pela persistência de um fragmento dentário, ou por calcificação distrófica (SHEAR, 1999).

Os cistos inflamatórios se desenvolvem a partir dos restos epiteliais do ligamento periodontal estimulado por um processo inflamatório, em geral, conseqüente da necrose

pulpar (GARDNER, 1997. DIMITROULIS e CURLIN, 1998. WALTON, 1996. SHAFFER, 1997. SHEAR, 1999. TOILER, 1967. SOWRAY, 1971). Muitos autores consideram que o processo de crescimento cístico se dá por osmose, pelo desequilíbrio de pressões entre o meio interno e o externo, fazendo que o líquido tissular se acumule no interior do cisto. (OEHLERS, 1970, NEVILLE, 2004. TOILER, 1967, SHEAR, 1999). Enquanto o cisto tem sua cavidade sendo preenchida, e conseqüentemente, seu tamanho aumentado é importante considerar que tanto a cápsula quanto o epitélio tem seu crescimento contínuo durante o processo. A reabsorção do tecido ósseo circundante é modulada por mediadores químicos, como prostaglandinas, linfocinas e interleucinas, que agem como ativadores da atividade osteoclástica (HARRIS, 1978). Com o passar do tempo a lesão pode crescer, permanecer estática ou diminuir completamente (GARDNER, 1997. SHAFFER, 1997. DIMITROULIS e CURLIN, 1998). No cisto residual há inúmeras dúvidas sobre a sua continuidade após a remoção do agente irritante inicial (dente com necrose pulpar), não sabendo se há persistência de um estímulo diferente do inicial. Oehlers (1970) em seu estudo afirma que cistos residuais podem se manter intactos durante anos, e frente a uma infecção secundária ou irritante traumático aumentaria a pressão osmótica, e conseqüentemente o seu tamanho. Infelizmente a literatura ainda carece de estudos que dêem respostas sobre o porquê desse comportamento (DIMITROULIS e CURLIN, 1998. HARRIS, 1978).

As características histopatológicas do o cisto residual são semelhantes ao cisto radicular, com a cápsula formada por tecido conjuntivo fibroso, muitas vezes com infiltrado inflamatório. A cavidade é revestida por um epitélio estratificado pavimentoso (NEVILLE, 2004. TOILER, 1967. HIGH e HIRSCHMANN, 1988. SHEAR, 1999. PROCKT *et al*, 2008. SHAFFER, 1997. GARDNER, 1997. SWINSON, 2005. FICKLING, 1996. OEHLERS, 1970), este revestimento pode ser descontínuo e a espessura das camadas celulares varia em algumas áreas (SWINSON, 2005. SHEAR, 1999, NEVILLE, 2004. OCHSENIUS *et al* 2007. SOWRAY, 1971. OEHLERS, 1970). Calcificações distróficas, cristais de colesterol e corpúsculos de Rushton, podem ser encontrados no epitélio, na cápsula ou no lúmen (SHEAR, 1999, NEVILLE, 2004). De acordo com Davarpanah *et al* (2007), Hupp e Ellis (2009), Neville (2004) todas as lesões biopsiadas devem ser submetidas a um do exame histopatológico.

Quando um dente, que desenvolve um cisto na sua região periapical, é extraído, é

indicada a curetagem do alvéolo para remover o processo apical (BERCINI e AZAMBUJA, 2007. SHAFFER, 1997. HUPP e ELLIS, 2009. FICKLING, 1996). Alguns autores acreditam que mesmo com a persistência da lesão *in situ* ela irá regredir espontaneamente (BRAMLEY, 1971. SOWRAY, 1971. WALTON, 1996. OEHLERS, 1970). Walton (1996) preconiza que cistos residuais ou apicais, pequenos não necessitam de intervenção. Enquanto Stafne e Gibilisco (1982) sugerem que os cistos devem ser tratados assim que observados pela primeira vez. Quando essas lesões não regredem ou apresentam alguma sintomatologia é indicada a sua remoção cirúrgica (FICKLING, 1996. SHAFFER, 1997. GARDNER, 1997. HUPP e ELLIS, 2009, BRAMLEY, 1971), com objetivo principal o desaparecimento completo da membrana cística (GRAZIANI, 1995).

Muitos autores consideram a enucleação, quando possível, a técnica mais indicada para o tratamento dos cistos residuais (BRAMLEY, 1971. GRAZIANI, 1995. SOWRAY, 1971. SHAFFER, 1997. HUPP e ELLIS, 2009. FICKLING, 1996). Procedimento que é caracterizado pelo desprendimento da membrana cística do seu alojamento ósseo e posterior remoção total da lesão (GRAZIANI, 1995). Como consequência da enucleação de grandes cistos pode ocorrer a permanência de uma cavidade óssea ampla. Quando as perdas de tecido ósseo são grandes, técnicas de enxerto podem ser consideradas, a fim de favorecer a regeneração (DAVARPANA *et al*, 2007). De acordo com Bramley (1971) uma incisão bem planejada e uma boa sutura não é empecilho para a cicatrização em primeira intenção. Há também a possibilidade de formação de uma cicatriz fibrosa no sítio remanescente, uma massa de tecido conjuntivo fibroso. As conseqüências e evolução dessa cicatriz fibrosa a longo prazo ainda não são conhecidas (FICKLING, 1996).

Outras técnicas como a marsupialização, a transformação do cisto em uma cavidade acessória da cavidade bucal, e a descompressão, utilização de drenos com objetivo de regressão da lesão, e suas variações, são descritas na literatura (CORRÊA *et al*, 2002. BRAMLEY, 1971. FICKLING, 1996. HUPP e ELLIS, 2009. NEVILLE, 2004). Qualquer procedimento cirúrgico deve ser bem avaliado e planejado, sempre tomando em consideração a extensão e relações anatômicas do processo cístico, orientando assim a técnica cirúrgica e as precauções a serem tomadas (GRAZIANI 1995). Os cistos de origem inflamatória não recidivam após tratamento adequado (DAVARPANA *et al*, 2007), mas acompanhamento clínico e radiográfico de pelo menos um ano é preconizado por inúmeros autores



(BRAMLEY 1971, NEVILLE 2004, e FICKLING 1996).

### 3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Uma paciente do sexo feminino, leucoderma, 25 anos de idade, apresentou se ao serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo como queixa principal, um aumento de volume na região do primeiro molar inferior esquerdo, extraído previamente (há aproximadamente um ano de acordo com relato da paciente), com sintomatologia dolorosa à pressão.

A paciente não relatava nenhuma manifestação sistêmica ou doença em curso. Relatou uso de contraceptivos orais como medicação de rotina. No exame físico não foi constatada nenhuma anormalidade na cadeia ganglionar. Ao exame intrabucal, observou se ausência do primeiro molar superior direito e primeiro molar inferior esquerdo, com mucosas e gengiva inserida com cor e texturas dentro da normalidade, e sem nenhum sinal de doença periodontal. A região do primeiro molar inferior esquerdo apresentava discreto aumento de volume na porção vestibular do processo alveolar, com consistência dura à palpação (Figura 1).

Como recurso de diagnóstico foram utilizadas as radiografias panorâmica, periapical e oclusal. A radiografia panorâmica (Figura 2) apresentava as estruturas dos ossos maxilares e faciais dentro da normalidade, ausência dos primeiros molares, inferior esquerdo (36) e superior direito (16). Na região do dente 36 observou se uma imagem radiolúcida unilocular. A radiografia Periapical (Figura 3) apresentava os dentes 34 e 35 e 37 sem nenhuma alteração coronária ou radicular, e ausência do dente 36, na região encontrava se uma lesão radiolúcida unilocular com os limites bem definidos por uma fina linha radiopaca, limitando se no sentido corono-apical da crista óssea alveolar até o ápice dos dentes vizinhos, e no sentido méso-distal da linha média da raiz do dente 35 até limite mesial do 37, no interior da lesão podia se observar pontos radiopacos. Na radiografia Oclusal (Figura 4) foi observada a integridade das corticais vestibular e lingual e expansão da cortical óssea vestibular. Sugerindo uma lesão expansiva possivelmente cística. Foi decidido então pela enucleação cirúrgica da lesão, devido às características benignas da lesão.

Antes do procedimento foram medidos os sinais vitais e a pressão arterial da

paciente, que se encontravam todos dentro do padrão de normalidade. Foi realizado a antisepsia intra e extraoral e colocação dos campos operatórios. Depois a anestesia regional, bloqueio do nervo alveolar inferior e lingual esquerdos, complementando com infiltrações terminais no fundo de sulco vestibular da região de segundo molar à canino. O anestésico aplicado foi a Mepivacaína 2% associado ao vasoconstritor Corbadrina 1: 20.000.

Foi realizada uma incisão intrasulcular, com lâmina de bisturi nº 15, da distal do segundo molar inferior até mesial do canino inferior com uma incisão relaxante partindo da papila mesial do canino estendendo se aproximadamente 2 cm, foi realizado o descolamento mucoperiosteal, localização do forame mentoniano, a cortical óssea vestibular foi divulsionada por planos com uma tesoura tipo Matzembraum, a região da lesão apresentava se coberta por uma fina camada de osso papiráceo na região vestibular e exposta no plano oclusal (Figura 5). A remoção do osso vestibular que cobria a região foi realizada com uma pinça hemostática tipo Halsted. A partir da localização da lesão foi realizada a enucleação completa da lesão com uma Cureta de Lucas nº 86. (Figura 6). Após regularização dos rebordos com lima para osso, e irrigação abundante o retalho foi fechado por sutura à pontos isolados.

Foi explicado, previamente, à paciente que havia risco de parestesia do nervo mentoniano devido à sua manipulação durante o afastamento do retalho, mesmo que tendo sido realizado com todo o cuidado possível, também foi alertado para possível necrose da polpa do segundo pré molar inferior esquerdo devido à proximidade com a lesão, em função da abordagem da cavidade para o descolamento da membrana cística.

A lesão apresentava um aspecto macroscópico de um fragmento de tecido mole, de coloração parda, consistência fibrosa, forma nodular, superfície lisa, medindo 18 x 15 x 10 mm. Ao corte longitudinal apresentou se com cavidade e conteúdo gelatinoso no seu interior. (Figura 7).

A peça então foi encaminhada, em um pote de exame com formalina a 10% ao Laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS. O diagnóstico histopatológico (nº de registro 25413) foi de um Cisto Residual. Com aspecto microscópico evidenciando uma cavidade parcialmente revestida por epitélio circundada por infiltrado inflamatório mononuclear e cápsula fibrosa. No interior da cavidade havia supuração, cristais de colesterol e um pequeno fragmento dentário compatível com um ápice dentário. (Figura 8)

Sete dias após o procedimento cirúrgico foram removidas as suturas e a paciente relatou leve parestesia na região. A realização do teste de sensibilidade no segundo pré molar

inferior mostrou positiva. Trinta dias após o procedimento a paciente foi reavaliada e apresentava uma cicatrização completa da região, não relatando sinal de parestesia e com sensibilidade positiva do segundo pré molar inferior esquerdo.

Nove meses após a intervenção cirúrgica foi realizada uma nova radiografia panorâmica (Figura 9), que apresenta reparo ósseo no local da enucleação e cicatrização do alvéolo do terceiro molar inferior esquerdo. Extraído sem o conhecimento dos autores. Clinicamente a região apresentava-se dentro da normalidade, de coloração e textura, sem aumento ou perda de volume aparente. O segundo pré molar (35) e o segundo molar inferior esquerdo (37) não apresentavam nenhuma recessão gengival após esse período. A paciente continua em acompanhamento e foi encaminhada para Disciplina de Clínica Odontológica IV da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para reabilitação protética.

#### 4. DISCUSSÃO

A definição do Cisto Radicular como uma lesão originada dos restos epiteliais do ligamento periodontal estimulados pela necrose pulpar, cujos irritantes agridem o tecido conjuntivo via foramen principal do dente. Quando essa lesão permanece após a perda do dente afetado recebe o nome de Cisto Residual (NEVILLE 2004). O crescimento cístico ocorre de forma lenta e continua, dependendo de estímulos inflamatórios. (SHEAR 1999)

O Cisto Residual é bastante discutido na literatura, tanto a própria existência do mesmo quanto a sua etiopatogenia. Walton (1996), por exemplo, argumenta que tal lesão não existe, mesmo sendo descrito na literatura por inúmeros autores, e que o seu diagnóstico é realizado por exclusão, sendo que na verdade se trataria de um Cisto Radicular Inflamatório, não tendo necessidade da classificação como Cisto Residual.

O Cisto Residual apresenta se, radiograficamente, como uma lesão radiolúcida circunscrita por uma fina linha radiopaca com a ausência da unidade dentária que o originou (STAFNE e GIBILISCO 1982), descrição semelhante às do caso relatado aqui, reforçando a evidencia que suporta nosso diagnóstico presuntivo de cisto residual. Como diagnóstico diferencial devemos estar atentos a várias lesões tais como: Tumor Odontogênico Ceratocístico, Ameloblastoma Unicístico, Cisto Ósseo Traumático (CORRÊA *et al*, 2002).

A história clinica do paciente juntamente com uma análise radiográfica eram indicativos de que a lesão se tratava, possivelmente, de um Cisto Residual. A ausência do dente na região da lesão e a manutenção das corticais ósseas, com expansão, predominantemente, da cortical vestibular são características que fortaleceram a hipótese diagnóstica, já que tanto o Tumor Odontogênico Ceratocístico e o Cisto Ósseo Traumático tendem a preservar o contorno das corticais ósseas no sentido vestibulo lingual (NEVILLE 2004).

A evolução dessa lesão ainda é incerta, autores divergem sobre o prognóstico e o seu tratamento. Oehlers (1970) em seu estudo afirma que os cistos residuais irão regredir espontaneamente, não necessitando uma intervenção cirúrgica. Enquanto Stafne e Gibilisco

(1982) preconizam o tratamento assim que diagnosticados. Outros autores sugerem que um procedimento cirúrgico só estará indicado quando não houver sinais de regressão espontânea, quando existir sintomatologia e quando houver sinais de evolução (FICKLING, 1996. SHAFFER, 1997. GARDNER, 1997. HUPP e ELLIS, 2009, BRAMLEY, 1971).

No caso apresentado, a paciente relatava aumento de volume nos últimos meses e sintomatologia dolorosa, cenário indicado para intervenção cirúrgica. A opinião dos autores é de que todas as lesões dos ossos maxilares devem ser removidos cirurgicamente, para confirmação de diagnóstico através de um exame histopatológico. O tratamento escolhido foi a enucleação, tratamento mais indicado por inúmeros autores (BRAMLEY, 1971. GRAZIANI, 1995. SOWRAY, 1971. SHAFFER, 1997. HUPP e ELLIS, 2009. FICKLING, 1996).

Como não acompanhamos o caso desde a exodontia do dente envolvido, não podemos afirmar que a lesão realmente aumentou o seu tamanho, mas pelo relato da paciente é uma hipótese que não pode ser descartada. O fato de um cisto apical não regredir espontaneamente após a remoção do dente envolvido e aumentar de tamanho, é um fato ainda não esclarecido na literatura atual (DIMITROULIS e CURLIN, 1998. HARRIS, 1978), e justificam a necessidade de investigação de sua natureza.

Na lesão em questão o fato de haver a persistência aparente, do ápice dentário, evidenciado microscopicamente, pode explicar o porquê da continuidade do irritante inflamatório e conseqüentemente a evolução do cisto. Há também a teoria de que um irritante traumático pode desencadear um aumento da pressão osmótica e conseqüentemente o tamanho da lesão (OEHLERS, 1970).

O diagnóstico do Cisto Residual é obtido com a correlação clínica, radiográfica e histopatológica. Sendo a análise histopatológica o exame complementar padrão para a conclusão do diagnóstico (ROSENBERG, 2010). Um exame imunohistiquímico poderia ser mais um auxiliar de diagnóstico, mas não tendo uma indicação para complementar o diagnóstico de cisto residual (ROSSETTI, 2004).

Frente à enucleação de um cisto nos maxilares a cavidade antes preenchida pelo cisto tende a reparação óssea espontânea. Sem auxílio de materiais de preenchimento, facilitando assim o procedimento cirúrgico, e reduzindo custos e complicações pós operatórias. O tempo para essa reparação óssea é de aproximadamente 24 meses (CHIAPASCO, 2000). No caso relatado, 9 meses após a enucleação observa se formação parcial de osso radiograficamente. É

sugerido acompanhamento de pelo menos 2 anos após remoção cirúrgica da lesão, apesar de recorrências serem raras (NEVILLE, 2004). Porém um acompanhamento vitalício do cirurgião dentista com todos os seus pacientes é indicado pelos autores.

Quando ocorrer a reparação total da cavidade residual, temos novamente osso denso e sadio possibilitando inclusive a reabilitação por implantes (CHIAPASCO, 2000).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhor conduta, frente a uma lesão como a descrita no presente trabalho, para se obter o diagnóstico e o tratamento, são as relatadas neste caso.

. Mas para um correto e preciso diagnóstico dos cistos residuais é necessária a integração do exame clínico, radiográfico e histopatológico. Sendo o exame histopatológico é a melhor ferramenta para a conclusão do diagnóstico.

O tratamento por enucleação é a melhor forma de tratamento de lesões císticas, uma vez que remove todo tecido de proliferação patológica e diminui as chances de recidiva. Toda lesão cística removida cirurgicamente deve ser preservada radiograficamente por pelo menos dois anos, tempo em que o reparo ósseo é esperado. Mas o acompanhamento vitalício do clínico é de suma importância.

No presente caso a lesão foi completamente removida e o reparo ósseo está dentro do esperado, no momento a paciente está em tratamento na disciplina de Clínica Odontológica IV da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde está se realizando um plano de tratamento para a reabilitação da área edentula.



## REFERÊNCIAS

BERCINI, F AZAMBUJA, T. **Anestesiologia e Exodontia**. Porto Alegre: Gráfica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

BRAMLEY, P.A. **Treatment of Cysts of the Jaws**. Proceedings of the Royal Society of Medicine; 1971; 64; 547-550.

CHIAPASCO, M. *et al.* **Spontaneous Bone Regeneration After Enucleation of Large Mandibular Cysts: A Radiographic Computed Analysis of 27 Consecutive Cases**. Journal of Oral Maxillofacial Surgery; 2000: 58: 942-948.

CORRÊA, M. *et al.* **Cisto Radicular Residual: Relato de Caso Clínico**. Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada; 2002: 6(32): 133-135.

DAVARPANA, M. *et al.* **Cirurgia Bucal**. 1ª Edição. Porto Alegre, Artmed, 2007.

DIMITROULIS, G. CURTIN, J. **Massive Residual Cyst**. Australian Dental Journal; 1998: 43(4): 234-237.

FICKLING, B.W. **Cysts of the Jaw: A Long Term Survey of Types an Treatment**. Proceedings of the Royal Society of Medicine; 1965: 58: 847-854.

GARDNER, D.G. **Residual Cysts**. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology; 1997: 84(2): 114-115.

HARRIS, M. **Odontogenic Cyst Growth and Prostaglandin Induced Bone Resorption**. Annals of the Royal College of Surgeons of England; 1978: 60: 85-91.

HIGH, A.S. HIRSCHMANN, P.N. **Symptomatic Residual Radicular Cysts.** Journal of Oral Pathology; 1988: 17: 70-72.

HODSON, J.J. **Epithelial Residues of the Jaw with Special Reference to the Edentulous Jaw.** Journal of Anatomy; 1962: 96(6): 16-24.

HUPP, J.R. ELLIS, E. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.** 5ª Edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.

JONES, A.V. *et al.* **Range and Demographics of Odontogenic Cysts Diagnosed in a UK Population Over a 30 Year Period.** Journal of Oral Pathology and Medicine; 2006: 35(8): 500-507.

MENINGAUD, J.P. *et al.* **Odontogenic Cysts: a Clinical study of 695 cases.** Journal of Oral Science; 2006:48(2): 59-62.

NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia Oral & Maxilofacial.** 2ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara, 2004.

OCHSENIUS, G. *et al.* **Odontogenic Cysts: Analysis of 2,944 cases in Chile.** Medicina Oral Patologia e Cirurgia Bucal; 2007: 12(2): 85-91.

OEHLERS, F.A. **Periapical Lesions and Residual Dental Cysts.** The British Journal of Oral Surgery; 1970: 8(2).

PROCKT, A. P. RADOS, P.V. *et al.* **Odontogenic Cysts: Analysis of 680 Cases in Brazil.** Head and Neck Pathology; 2008: 29(4): 150-156.

SHAFFER, A.B. **Residual Cysts?** Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology; 1997: 83(6): 640.

SHEAR, M. **Cistos da Região Bucomaxilofacial.** 3ª Edição. São Paulo: Santos, 1999.

SOWRAY, J.H. **Cystic Lesions of the Jaws.** Annals of the Royal College of Surgeons of England; 1971: 49(6): 396-402.

STAFNE, E.C. GIBILISCO, J.A. **Diagnóstico Radiográfico Bucal.** 4ª Edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982.

SWINSON, B.D. *et al.* **Squamous Cell Carcinoma Arising in a Residual Odontogenic Cyst: Case Report.** Journal of Oral Maxillofacial Surgery; 2005: 63: 1231-1233.

ROSSETTI, C.A. *et al.* **Comparison of three diagnostic techniques for the detection of leptospire in the kidneys of wild house mice.** Pesquisa Veterinária Brasileira; 2004: 24(1)

ROSENBERG, P.A. *et al.* **Evaluation of Pathologists (Histopathology) and Radiologists (Cone Beam Computed Tomography) Differentiating Radicular Cysts from Granulomas.** Journal of Endodontics; 2010: 36(3): 423- 428.

TOILER, P. **Origin and Growth of the Cysts of The Jaws.** Annals of the Royal College of Surgeons of England; 1967: 40: 306-336.

WALTON, R.E. **The Residual Radicular Cyst: Does it Exist?** Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology; 1996: 82(5): 471.

## FIGURAS



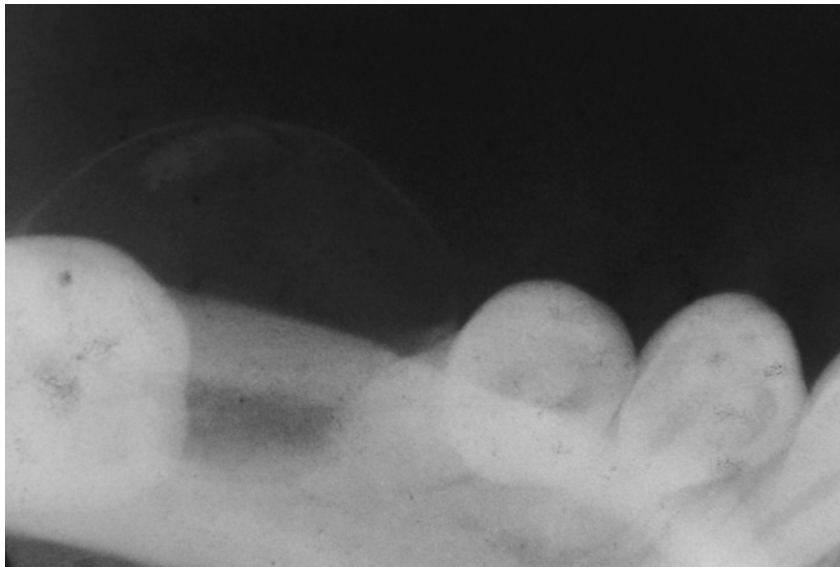
**Figura 1: Aspecto clínico intrabucal: Observar ausência do primeiro molar inferior, aumento de volume na mucosa vestibular e dentes próximos em posição. A Mucosa que recobre a área encontra se com aspecto e coloração dentro da normalidade**



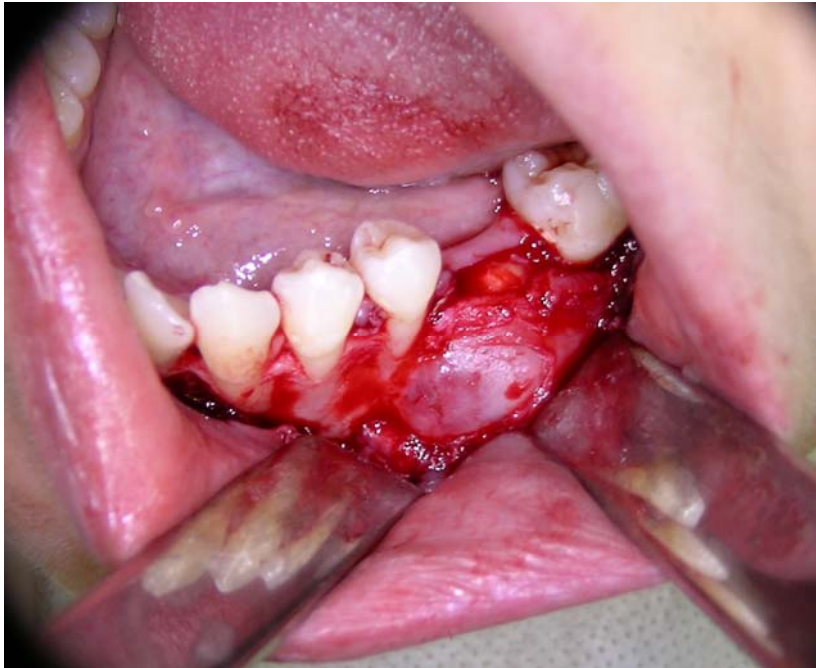
**Figura 2: Radiografia Panorâmica pré operatória: Estruturas ósseas maxilares e faciais dentro da normalidade. Observar ausência do primeiro molar superior direito e primeiro molar inferior esquerdo. Lesão radiolúcida na região do primeiro molar inferior esquerdo, limitando se entre os dentes 35 e 37.**



**Figura: 3 Radiografia Periapical pré operatória: Lesão radiolúcida na região do primeiro molar inferior esquerdo, circunscrita por fina linha radiopaca. Observar pontos radiopacos no seu interior.**



**Figura 4: Radiografia Oclusal pré operatória: Observar expansão e preservação da cortical óssea vestibular e pontos radiopacos no interior da lesão.**



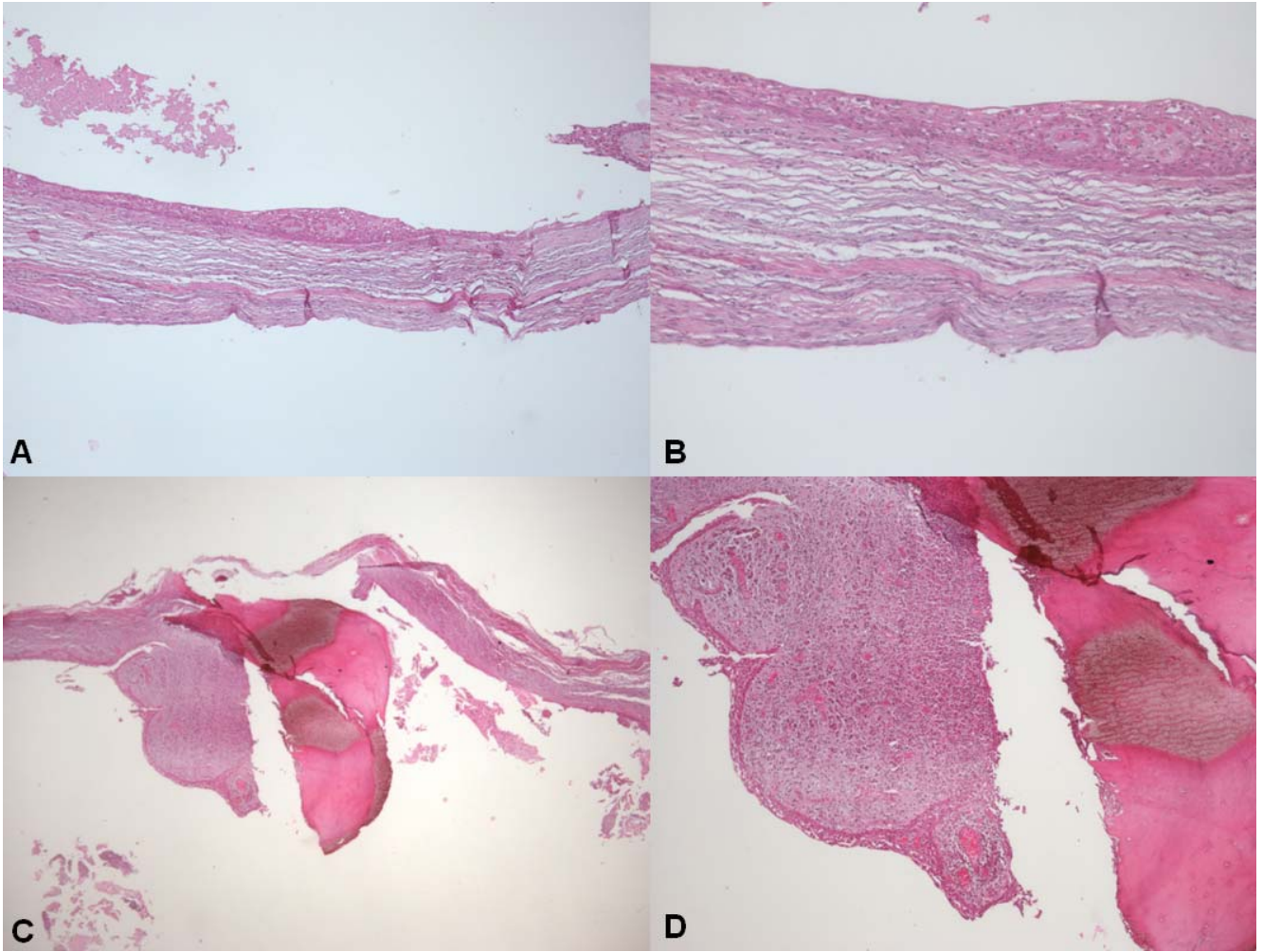
**Figura 5: Transoperatório: Descolamento mucoperiosteal da região de canino a distal de segundo molar. Observar cortical vestibular com aspecto papiráceo e ausência de recobrimento ósseo da lesão no sentido oclusal.**



**Figura 6: Transoperatório: Momento da enucleação total da lesão. Observar integridade da membrana cística.**



*Figura 7: Macroscopia: Conteúdo Gelatinoso do interior da lesão.*



**Figura. 8: Fotomicrografia da Lâmina (HE) (A) 100x. Observar o tecido conjuntivo fibroso da cápsula. A cavidade é revestida por um epitélio estratificado pavimentoso. (B) Em aumento de 200x. (C) 40x Fragmento dentário no interior da cavidade. (D) Em aumento de 100x, observar infiltrado inflamatório, revestimento epitelial com hiperplasia e tecido dentário.**





**Figura 9: Radiografia de controle de nove meses após cirurgia. Observar reparo da cavidade óssea com manutenção da altura da crista alveolar. E alvéolo do terceiro molar esquerdo também em fase de cicatrização.**

## ANEXOS

### ANEXO I - Termo de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA  
DISCIPLINA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

#### AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE TRATAMENTO CLÍNICO/CIRÚRGICO

Paciente: \_\_\_\_\_ CPF/RG: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ CPF/RG: \_\_\_\_\_

O Programa de Capacitação em Cirurgia e Traumatologia Buço-maxilo-facial da Faculdade de Odontologia (F.O.) da UFRGS é destinado ao aprimoramento de alunos e profissionais da Odontologia. A F.O., como Instituição de Ensino Superior, visa o desenvolvimento de pesquisa que habilitem o Corpo Docente, Discente e demais profissionais da equipe que integra este programa a estabelecerem novas práticas na Odontologia.

Por tal, serão priorizados casos que interessem ao ensino e ao desenvolvimento de pesquisas. Estes atendimentos não têm fins lucrativos. As taxas cobradas destinam-se a manter o referido setor em operação, especialmente no que se refere à reposição de instrumentais e materiais de consumo e manutenção e aquisição de equipamentos odonto-cirúrgicos. As mesmas variam conforme a complexidade e vulto dos recursos despendidos no tratamento como um todo.

O paciente assume o compromisso de seguir criteriosamente o tratamento proposto, comparecendo obrigatoriamente a todos os procedimentos agendados e efetuando previamente o pagamento das taxas concernentes aos mesmos. Como participante do Programa, o paciente dá pleno consentimento à Faculdade de Odontologia, através de seus profissionais, docentes e discentes, devidamente autorizados, para elaborar diagnósticos, planejar e ministrar tratamentos, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades envolvidas em seu tratamento. O plano de tratamento será informado previamente ao paciente ou a seus responsáveis no início da terapêutica. A estes cabe informar à F.O. todos os dados necessários para o estabelecimento da história progressa da saúde do paciente e a seguir criteriosamente as determinações da equipe. Caso o tratamento exija equipe multidisciplinar, o paciente deverá seguir as orientações deste Programa, sem restringir a seleção de profissionais, docentes e discentes, instituições e terapias indicadas.

A documentação referente a exames e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento do tratamento constituem propriedade exclusiva deste Programa. O paciente dá pleno direito de uso à F.O. para fins de ensino e de divulgação, respeitado o Código de Ética Profissional.

A não observância deste compromisso poderá acarretar prejuízo na evolução clínico-cirúrgica, podendo implicar no desligamento irrevogável do paciente junto ao Programa. Neste caso, isenta-se a F.O. da UFRGS de qualquer responsabilidade perante tratamento inacabado ou interrompido.

Os tratamentos associados a implantes osteointegrados, bem esclarecidos, através dos documentos PLANO ESPECÍFICO DE TRATAMENTO e AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO COM IMPLANTES DENTÁRIOS OSTEINTEGRADOS.

Porto Alegre, 02 de OUTUBRO de 2009.

Assinatura do paciente ou responsável

## ANEXO II - Laudo Histopatológico

Faculdade de Odontologia da UFRGS – Laboratório de Patologia  
**Laudo de Exame Histopatológico**  
Rua Ramiro Barcelos, 2492 / sala 503 Fone (51) 3316.5023 P.Alegre RS CEP 90035-003

Número de Registro:  
25413

Data:  
terça-feira, 20 de outubro de 2009

Idade:

25 anos

Gênero:

Feminino

Raça:

Branca

Profissão:

Agricultora

Titulação:

C.D.

Endereço do Cirurgião:

Faculdade de Odontologia UFRGS

História Clínica:

Lesão cística, medindo 1 cm de diâmetro, radiolúcida na região da raiz do 36 e duração de um ano.

Diagnóstico Clínico:

Cisto Residual

Localização Anatômica:

Região do 36

Tipo de Biópsia:

Total

Aspecto Macroscópico:

Um fragmento de tecido mole, coloração parda, consistência fibrosa, forma nodular, superfície lisa, medindo 18 x 15 x 10 mm. Ao corte longitudinal apresentou-se com cavidade e conteúdo gelatinoso. Bloco I: dois fragmentos.

Aspecto Microscópico

Os cortes examinados mostram cavidade parcialmente revestida por epitélio circundada por infiltrado inflamatório mononuclear e cápsula fibrosa.

Diagnóstico Histopatológico:

**Cisto Residual**

Patologista Responsável:

Observações:

Segue em anexo Rx do paciente.