

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

Francielle Mateus Magnus

**CISTO RADICULAR DE GRANDE PROPORÇÃO EM SEIO MAXILAR
TRATADO POR DESCOMPRESSÃO SEGUIDO DE ENUCLEAÇÃO:
RELATO DE CASO**

Porto Alegre

2023

Francielle Mateus Magnus

**CISTO RADICULAR DE GRANDE PROPORÇÃO EM SEIO MAXILAR
TRATADO POR DESCOMPRESSÃO SEGUIDO DE ENUCLEAÇÃO:
RELATO DE CASO**

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

Orientador: Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Magnus, Francielle
Cisto radicular de grande proporção em seio maxilar
tratado por descompressão seguido de enucleação: Relato
de caso / Francielle Magnus. -- 2023.
47 f.
Orientador: Angelo Luiz Freddo.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2023.

1. Descompressão. 2. Maxila. 3. Seio maxilar. 4.
Cisto radicular. I. Freddo, Angelo Luiz, orient. II.
Titulo.

Francielle Mateus Magnus

**CISTO RADICULAR DE GRANDE PROPORÇÃO EM SEIO MAXILAR
TRATADO POR DESCOMPRESSÃO SEGUIDO DE ENUCLEAÇÃO:
RELATO DE CASO**

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

Porto Alegre, 28 de Março de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo - Orientador
UFRGS

Prof. Dra. Adriana Corsetti
UFRGS

Prof. Dra. Manoela Domingues Martins
UFRGS

Aos meus pais, Ailton e Elisonete, que sempre me incentivaram a seguir estudando e buscando crescimento. E também a minha colega Bárbara, que foi meu braço direito nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ailton e Elisonete, que mesmo sem ter tido a oportunidade de estudar sempre souberam que este era o caminho para o crescimento e me incentivaram muito a seguir lutando pelos meus sonhos e objetivos, sem nunca perder a humildade.

À minha dupla e parceira de toda esta jornada odontológica, Bárbara Ribeiro, que foi muito mais que uma colega, mas foi apoio mútuo nas madrugadas de estudos e dividiu comigo muito mais do que as aulas, mas dividiu um sonho, sonho este que está para se tornar realidade. E também a minha colega Amanda de Farias, que mesmo seguindo em turmas diferentes sempre foi presente e inspiradora quanto pessoa e profissional.

À minha avó Suely, por ser sempre tão amorosa e preocupada, por todas as rezas que ela faz por mim.

Ao meu namorado, Murilo, que foi parceiro e paciente, entendendo os momentos em que estive distante, foi suporte e ombro para muitos momentos de choro e desespero, é meu grande motivador.

A todas as minhas amigas que sempre foram mulheres inspiradoras e por muitas vezes foram o apoio que precisei para não desistir do meu sonho.

Ao meu professor Angelo, que foi um grande incentivador, me apoiou e me auxiliou sempre que preciso para concretizar este trabalho, contribuindo com o seu conhecimento.

A todos os colegas e professores por terem dividido estes longos anos e por toda a contribuição que fizeram ao meu crescimento profissional e pessoal.

As políticas públicas que, através da inclusão social, permitiram que o sonho de uma jovem de baixa renda pudesse se tornar realidade.

Aos pacientes pelo interesse, pela paciência e colaboração.

Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.

Johann Goethe

RESUMO

Os cistos radiculares inflamatórios, são provenientes de inflamações no periápice de um dente não vital, o processo de descamação desta inflamação vai gerar ocasionar em uma cavidade cística, que será envolta por um epitélio de revestimento interno, uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso que vai conter um semilíquido ou líquido no seu interior. Estes cistos normalmente possuem uma lenta evolução e podem atingir grandes proporções. Em lesões de grandes proporções o auxílio de técnicas menos invasivas é bem citado na literatura. A realização da técnica de descompressão visa diminuir o tamanho do cisto, para que a sua posterior enucleação se de tal forma que acarrete menos riscos para as estruturas adjacentes. Neste relato de caso, o paciente da Faculdade de Odontologia da UFRGS foi diagnosticado com uma lesão cística extensa que localizava-se do elemento 23 ao túber da maxila direita, invadindo o seio maxilar direito. Por se tratar de uma lesão de grande proporção, foi optado por realizar terapia endodôntica no dente 11 e a técnica da descompressão cirúrgica da patologia. A colocação do dispositivo de descompressão foi realizada na faculdade de odontologia da UFRGS, sob anestesia local, e o paciente foi acompanhado durante 18 meses. Neste intervalo de preservação, percebeu-se uma pequena redução da lesão e um espessamento da cápsula cística. Durante o período de descompressão, o paciente foi encaminhado para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Cirurgia Buco-maxilo-facial (CTBMF), onde foi operado no bloco cirúrgico deste hospital com o objetivo de enucleação total da lesão.

Palavras-chave: Descompressão; Maxila; Seio maxilar.

ABSTRACT

Inflammatory radicular cysts, come from inflammations in the periapex of a non-vital tooth, the process of desquamation of this inflammation will generate a cystic cavity, which will be surrounded by an inner lining epithelium, a capsule of fibrous connective tissue that will contain a semi-liquid or liquid inside. These cysts usually have a slow evolution and can reach large proportions. In large lesions, the aid of less invasive techniques is well mentioned in the literature. The decompression technique aims to reduce the size of the cyst, so that its subsequent enucleation is done in such a way that it brings less risk to adjacent structures. In this case report, a patient from the UFRGS School of Dentistry was diagnosed with an extensive cystic lesion located from element 23 to the tuber of the right maxilla, invading the right maxillary sinus. Because of the great extension of the lesion, endodontic therapy was performed on the element 11, and then, the surgical decompression of the pathology. The placement of the decompression device was performed at the UFRGS School of Dentistry, under local anesthesia, and the patient was followed up for 18 months. In this proservation interval, a small reduction of the lesion and a thickening of the cystic capsule was noticed. During the decompression period, the patient was referred to the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), in the Oral and Maxillofacial Surgery Unit (CTBMF), where he underwent surgery in the surgical block of this hospital with the aim of total enucleation of the lesion.

Keywords: Decompression; Maxilla; Maxillary sinus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Imagem intrabucal inicial do caso 08/2019 -----	18
Figura 2 -	Radiografia periapical em 08/2019 -----	19
Figura 3 -	Corte panorâmico da TC em 18/11/2019 -----	20
Figura 4 -	Punção aspirativa em 12/2019 -----	20
Figura 5 -	Biópsia em 01/2020 -----	21
Figura 6 -	Fixação do dispositivo em 01/2020 -----	22
Figura 7 -	Fratura da coroa em 04/2021-----	23
Figura 8 -	Tomografia Computadorizada em 16/04/2021 -----	23
Figura 9 -	Corte coronal da TC inicial em 18/11/2019-----	24
Figura 10 -	Corte coronal da TC em 16/04/202 -----	24
Figura 11 -	Corte axial da TC inicial em 18/11/2019-----	25
Figura 12-	Corte axial da TC em 16/04/2021-----	25
Figura 13 -	Cortes transversais da TC inicial em 18/11/2019 -----	26
Figura 14 -	Cortes transversais da TC em 16/04/2021 -----	26
Figura 15 -	Cortes da TC em 12/07/2022 -----	28
Figura 16 -	Osteotomia da maxila e seio maxilar direito -----	29
Figura 17 -	Osteotomia da maxila e seio maxilar direito -----	29
Figura 18 -	Osteotomia da maxila e seio maxilar direito -----	29
Figura 19 -	Osteotomia da maxila e seio maxilar direito -----	29
Figura 20 -	Dispositivo descompressivo -----	30
Figura 21-	Fixação da janela óssea -----	30
Figura 22-	Imagem após o procedimento, na fase de recuperação -----	31
Figura 23-	Imagem caseira enviada pelo paciente em 02/2023 -----	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVOS GERAIS	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 ETIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS E RADIOGRÁFICAS DO CISTO RADICULAR	14
3.2 TRATAMENTOS CIRÚRGICOS CONSERVADORES	15
3.3 VANTAGENS E DESVANTAGENS DA TÉCNICA DE DESCOMPRESSÃO:	16
4. METODOLOGIA	17
5. RELATO DE CASO	18
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	32
7. DISCUSSÃO	32
8. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	42
APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS	43
APÊNDICE D - LAUDO HISTOPATOLÓGICO	44
APÊNDICE E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	45

1. INTRODUÇÃO

O cisto radicular é uma lesão crônica de origem inflamatória que surge na região do periápice de um dente não vital, esta lesão é delimitada por um epitélio escamoso estratificado não queratinizado (RICUCCI *et al.*, 2006) e envolta por um revestimento epitelial (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

O epitélio pode ser estimulado pela inflamação para formação deste cisto, ou seja, a própria inflamação é um estimulante do fator de crescimento, causando o aumento da proliferação epitelial. Além de ser formado pelos restos de Malassez, também pode estar relacionado ao epitélio crevicular, ao revestimento epitelial dos tratos fistulosos ou ao revestimento sinusal. Por se tratar de um cisto comum, sua frequência é de 7% a 54% nos relatos das imagens periapicais (NEVILLE *et al.*, 2004).

Em sua maior parte, os cistos radiculares possuem uma evolução lenta, normalmente são assintomáticos, a menos que haja uma infecção e agudização, e tais lesões frequentemente são observadas apenas nos exames de imagem de rotina. Caso haja um crescimento grande da lesão cística, sintomas como sensibilidade leve, edema, deslocamento e mobilidade dentária, podem ser percebidos (LIN *et al.*, 2009).

Os cistos periapicais são tratados principalmente pela terapia endodôntica, porém nos cistos periapicais de grandes dimensões, eles necessitam de uma conduta terapêutica que vai além do tratamento endodôntico, nestes casos usa-se recursos cirúrgicos para reduzir a pressão intracística e favorecer o reparo ósseo (TORRES-LAGARES *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2012).

A literatura aponta a marsupialização, a enucleação, a descompressão e a ressecção como possibilidades de tratamentos nos cistos periapicais. A escolha da técnica deve considerar o menor agravo à saúde do paciente, bem como uma melhor eficiência no tratamento. Nas lesões de grande proporção, para evitar danos às estruturas anatômicas, duas técnicas apresentam melhores resultados, a descompressão e a marsupialização (JUNIOR, 2014).

A descompressão tem sido amplamente utilizada para o tratamento conservador de lesões císticas, criando uma comunicação da cavidade com o meio intrabucal através da fixação de um dispositivo em sua margem, diminui a pressão osmótica e favorece a neoformação óssea, reduz o tamanho do cisto, por isso sua indicação antes de uma enucleação torna o procedimento menos invasivo (CATUNDA *et al.*, 2013).

Para Anavi (2011), os benefícios das técnicas que reduzem a pressão intracística são, a preservação dos tecidos orais, e nesse sentido a descompressão em comparação com a marsupialização possui uma janela menor, a manutenção da vitalidade pulpar, a prevenção de exodontias, além de evitar danos às estruturas anatômicas, como, por exemplo, o nervo alveolar inferior e o seio maxilar.

O objetivo deste trabalho foi de relatar um caso de cisto radicular de grande proporção, localizado na maxila, cujo tratamento adotado foi de descompressão, seguido de enucleação total da lesão.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

O presente estudo tem como objetivo apresentar, através de um caso clínico, um cisto radicular maxilar de grande proporção com associação ao seio maxilar direito. Apresentar a etiologia, características clínicas e histopatológicas, radiográficas do cisto radicular, discorrer sobre os possíveis tipos de tratamentos conservadores. Além disso, o estudo propõe-se a relatar sobre a técnica cirúrgica de descompressão em cisto radicular inflamatório, sua eficácia e preservação do caso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a técnica de descompressão cirúrgica;
- Expor as dificuldades da técnica de escolha para este caso, assim como as suas vantagens;
- Relato do Caso Clínico: Avaliar a evolução do caso e a viabilidade da técnica, através de exames clínicos e de imagem, comparando tomograficamente a lesão no seu período pré-operatório e pós operatório.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ETIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS E RADIOGRÁFICAS DO CISTO RADICULAR

O cisto radicular se trata de uma lesão crônica de origem inflamatória que apresenta uma cavidade (NAIR, 1996), está por sua vez é delimitada por um epitélio escamoso estratificado não queratinizado (RICUCCI *et al.*, 2006), estes são originados dos restos epiteliais de malassez e envoltos por um revestimento epitelial, a descamação

deste revestimento permite o seu estado ativo (VASCONCELOS *et al.*, 2012). O epitélio crevicular, o revestimento sinusal, ou o revestimento epitelial dos trajetos fistulosos e também podem ter relação com a fonte de formação do cisto periapical, além dos restos epiteliais de malassez (NAIR, 2012).

Histologicamente possui um epitélio de revestimento interno, uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso contendo um semilíquido ou líquido no seu interior, composto por restos de descamação das células epiteliais, células inflamatórias e cristais de colesterol (SAUAIA, 2000; FREITAS 1998), envoltos por tecido conjuntivo fibroso com vários níveis de inflamação, macrófagos e vasos sanguíneos pequenos (TSAI *et al.*, 2002).

Para poder confirmar o diagnóstico clínico é indicado um exame histopatológico, somente assim podemos descartar outras hipóteses de diagnóstico tais como a lesão central de células gigantes, ceratocistos, ameloblastomas e outros cistos odontogênicos (NEVILLE, 2004; BERAR, 2016).

Entre todos os cistos que acometem os maxilares, o cisto radicular é o mais comum, sua incidência é de 52 a 68%. Eles são menos comuns nas mulheres do que nos homens, e sua prevalência é maior na região anterior da maxila, presume-se que esta incidência ocorra por ocasiões de trauma, mas também pode aparecer com frequência nos dentes posteriores da mandíbula (SHEAR, 1992).

Indivíduos acima dos trinta anos de idade tem apresentado uma maior prevalência de cisto periapical, quando comparado a idades inferiores (HUANG, 2016).

No Brasil, a média de idade da população que apresenta cistos periapicais é de trinta e um anos, e a maior prevalência é no público feminino. Sendo os radiculares, com prevalência de 62% e os dentes superiores os mais acometidos com 63,05% dos casos (MARTIN, 2007).

Em sua maior parte, os cistos periapicais são assintomáticos e têm um lento crescimento, mas às vezes grandes proporções podem ser atingidas. Os cistos periapicais inflamatórios quando em maiores proporções podem apresentar tumefação, assimetria, sensibilidade, deslocamento dos dentes e mobilidade, quando em proporções menores podem ser revelados através de radiografias (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Nas radiografias se apresenta como uma imagem radiolúcida, homogênea, bem definida, unilocular, arredondada ou ovalada, que está associado à raiz de um dente desvitalizado (NAIR *et al.*, 2002), sua coroa pode estar escurecida. A linha de esclerose

óssea, altamente radiopaca, delimita claramente a lesão e não deve ser confundida com a membrana cística fibrosa presente na área radiolúcida (FREITAS, 1998).

Freitas (1998) também traz que é comum observar nas radiografias de cistos de longa evolução clínica a reabsorção da raiz do dente afetado, bem como o afastamento e reabsorção das raízes dos dentes adjacentes.

Para o diagnóstico radiográfico do cisto radicular, é essencial considerar o granuloma periapical como diagnóstico diferencial. É crucial avaliar o tamanho da lesão radiograficamente, pois conforme a área ocupada pela lesão aumenta, a probabilidade de ser um cisto radicular também aumenta. No entanto, quando o cisto radicular é pequeno, diferenciá-lo radiograficamente do granuloma periapical pode ser desafiador, pois ambos apresentam características semelhantes (Neto *et al*, 2004).

3.2 TRATAMENTOS CIRÚRGICOS CONSERVADORES

Tratar grandes lesões periapicais pode ser bem desafiador, pois estas tendem a não cicatrizar por completo quando é realizado um tratamento endodôntico isolado. Nestes casos, técnicas cirúrgicas podem ser associadas ao tratamento convencional proporcionando uma melhor cicatrização (SOUZA, 2010).

O tratamento conservador mais realizado é o endodôntico, que pode ou não vir acompanhado de uma apicectomia, mas também se utiliza de alguns recursos como a marsupialização, a descompressão, a curetagem e a enucleação cística, que são procedimentos cirúrgicos (VASCONCELOS *et al.*, 2012; HUANG, 2016).

Para Quadros (2019), os cistos maiores que 3cm é que possuem indicação de um primeiro momento cirúrgico, que pode ser uma marsupialização, que consiste na realização de uma janela cirúrgica entre a cavidade bucal e a lesão, ou uma descompressão, que é uma técnica onde se faz a instalação de um dispositivo que permite a irrigação da cavidade cística e proporciona uma descompressão da mesma, favorecendo uma diminuição da lesão através da neoformação óssea.

Souza (2010) observa que a marsupialização, quando indicada, é uma técnica mais invasiva, quando comparada com a descompressão, que por sua vez além de ser menos mórbida para o paciente permite uma neoformação óssea à medida que o cisto vai diminuindo o seu tamanho, mesmo que ainda após a descompressão uma enucleação se faça necessária, ela será menor.

A enucleação de grandes cistos dos maxilares cria defeitos ósseos consideráveis, por este motivo, usa-se de diferentes técnicas com o intuito de diminuir o volume do

cisto à medida que, quando em pequena proporção sua cicatrização se dê de uma melhor maneira, como nos casos de pequenas cavidades císticas. Muito se discute na literatura sobre a necessidade ou não de enxertia óssea após enucleações para favorecimento da cicatrização (PERJUCI, 2018).

Ambas as técnicas, de descompressão e marsupialização, necessitam de uma enucleação, na maioria das vezes, como complemento em uma segunda etapa, a escolha de uma descompressão seguida de enucleação é uma das menos invasivas encontradas na literatura (QUADROS, 2019).

3.3 VANTAGENS E DESVANTAGENS DA TÉCNICA DE DESCOMPRESSÃO:

Estudos falam sobre a importância dos cistos periapicais serem tratados com um olhar multidisciplinar, pois várias questões precisam ser levadas em consideração para o tratamento de cistos de grandes extensões, como, por exemplo, a localização, o tamanho e a extensão do cisto, bem como a movimentação dentária e o deslocamento de nervos (QUADROS, 2021; ANAVI, 2011).

Normalmente estas grandes lesões envolvem mais de um dente e os espaços interradiculares, que podem dificultar a remoção por completa da cápsula cística favorecendo uma recidiva, por isso a escolha de um procedimento complementar, como a descompressão e a enucleação direta, precisam ser levados em consideração no momento do plano de tratamento (ANAVI et al., 2011).

A descompressão previamente realizada, como mostra em alguns estudos, diminui o tamanho da lesão, promovendo uma preservação das estruturas, e, portanto, a escolha cirúrgica menos invasiva para o paciente.

Para ANAVI e colaboradores (2011), individualidades como o local de instalação do dispositivo para a descompressão devem ser levados em consideração, podendo, em alguns casos, inviabilizar a sua instalação.

Segundo Quadros (2021) a confecção de um dispositivo e a adaptação do mesmo na borda da lesão cística, propiciando uma comunicação com a cavidade bucal, assim o cisto vai diminuir de tamanho gradativamente, pois proporcionamos uma comunicação intracística para prover a formação óssea. No entanto, esta técnica também é bastante dependente do comprometimento por parte do paciente em aderir o tratamento, sendo este uma desvantagem da técnica.

Dentre as principais desvantagens da descompressão, incluem-se a perda do tubo, a obstrução da entrada do tubo, dificuldades na realização do enxágue, problemas de irrigação e possíveis infecções (Oliveros-Lopez *et al*, 2017).

Pode-se também mencionar que outra desvantagem é o local de instalação do dispositivo, pois este precisa permitir que sua instalação seja realizada, e também o fato da técnica da descompressão necessitar de uma segunda intervenção, o que leva muitos autores a adotar um tratamento mais definitivo e agressivo em apenas uma intervenção (KOLOKYTHAS, 2007).

De acordo com Oliveira Júnior *et al* (2014), o dispositivo instalado nesta técnica facilita a higiene por parte do paciente, além de agir como um corpo estranho recrutando células do organismo, o que explicaria o alto índice de redução dos cistos em um período curto de tempo e também a sua elevada neoformação óssea.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo de relato de caso retrospectivo sobre a descompressão em um cisto maxilar de grande proporção, onde foi realizada uma revisão de literatura sobre a técnica de descompressão, suas vantagens, desvantagens e indicações, entre os artigos presentes nas principais bases de dados como Scielo e PubMed, além de livros e revistas sobre o assunto. As palavras chave: “tratamento conservador”, “descompressão” e “cisto de grande proporção” foram utilizadas em português e inglês.

O acompanhamento deste relato de caso foi realizado pela acadêmica Francielle Mateus Magnus sob orientação do Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo, na Faculdade de odontologia da UFRGS durante as atividades clínicas de graduação.

O paciente foi informado sobre o presente trabalho e convidado a assinar por livre e espontânea vontade o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A) e o Termo de Uso de Imagem (APÊNDICE B).

5. RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, melanoderma, 35 anos, buscou a faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com queixa de “dor em alguns dentes, alguns começaram a quebrar [SIC]”.

Relata realizar escovação três vezes ao dia, usa fio dental todos os dias e não faz uso de colutórios. No seu histórico médico conta tratamento para asma e bronquite quando era criança, nega outras comorbidades, não faz consultas periódicas para revisões.

Ao exame clínico, observou-se a presença de perdas dentárias dos elementos 17, 25, 46 e 35, e inflamação gengival generalizada. Os elementos 11 e 21 se encontravam projetados e escurecidos como pode ser observado na figura 01.



Figura 1: Imagem intrabucal inicial do caso 08/2019

O tratamento iniciou pela adequação do meio bucal, onde foi realizada a exodontia do resto radicular do elemento 17, tratamento endodôntico do elemento 24 e tratamento periodontal, e também a solicitação de exames radiográficos complementares. Na radiografia periapical dos dentes anterossuperiores pode ser observado uma imagem radiolúcida extensa contígua ao dente 11 (figura 02).



Figura 2: Radiografia periapical em 08/2019

No teste de sensibilidade pulpar o mesmo apresentou sinal negativo. O paciente relatou ter sofrido um acidente há 09 anos e na ocasião procurou atendimento odontológico em que foi realizado o tratamento endodôntico do dente 21, e não retornou mais para acompanhamento. Entretanto, não era possível verificar nas imagens radiográficas os limites da lesão, logo, foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) conebeam da maxila completa.

Após retornar com a tomografia, foi visualizada uma lesão intraóssea, de grande diâmetro, na região de hemi-arcada superior direita cruzando a linha média (desde o elemento 21 à região de tuberosidade maxilar direita cruzando a linha média), associada aos periápices dos elementos 11, 12 e 13 os quais apresentam-se deslocados.

Observa-se uma moderada expansão das corticais ósseas vestibular e palatina com rompimento da cortical óssea vestibular na região maxilar, na área correspondente aos dentes 11, 12 e 13. A lesão, em sua porção central, ocupa quase que a totalidade do seio maxilar direito, e a fossa nasal direita, apresenta bordos definidos, regulares e corticalizados (Figura 3).

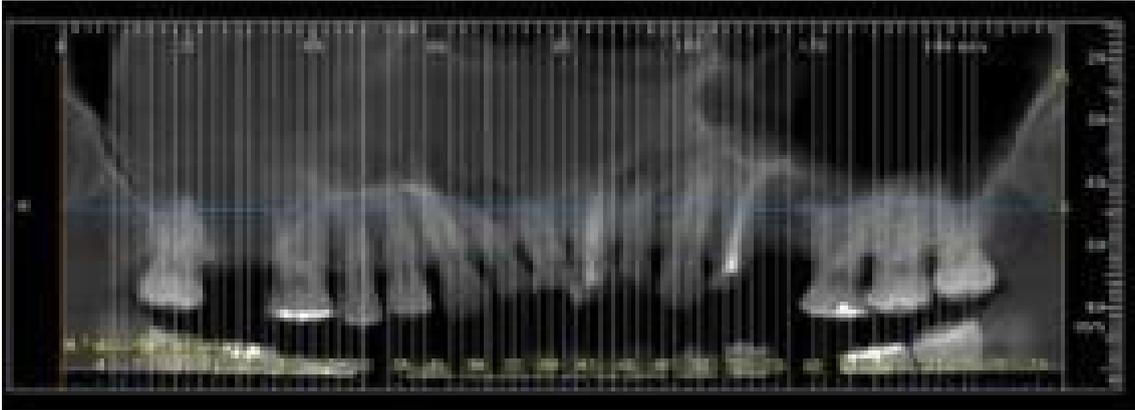


Figura 3: Corte panorâmico da TC em 18/11/2019

O paciente foi submetido ao teste de sensibilidade pulpar dos elementos superiores da hemi-arcada direita, dando negativo somente no elemento 11 e do lado esquerdo o elemento 21 que já apresentava tratamento endodôntico. Foi realizada punção aspirativa por agulha, tendo como resultado a presença de líquido amarelado com traços de sangue, com características de líquido cístico (Figura 4).



Figura 4: Punção aspirativa em 12/2019

O elemento 11 foi submetido à limpeza e instrumentação biomecânica do sistema de canais do dente necrosado, e curativo de demora à base de hidróxido de cálcio, o planejamento era de realizar a troca do curativo em 03 meses, porém os

curativos não puderem ser trocados devido o início da Pandemia de COVID-19 no Brasil em março de 2020.

Após o curativo foi realizada uma biópsia incisional, com incisão de Partsch, através da osteotomia da parede vestibular e remoção de um fragmento de 8x4x3mm da parede cística para posterior avaliação histopatológica (Figura 5). Através desta pequena janela na cápsula cística é que será introduzido o tubo de descompressão.

Um dispositivo (tubo) de descompressão foi instalado através desta osteotomia, esse dispositivo foi construído através de uma tampa de seringa, onde mediu-se o comprimento suficiente para a cavidade e realizou-se quatro furos para que pudesse ser mantido em posição através de pontos simples, usando fio mononylon 5.0, permitindo assim a irrigação e descompressão da lesão (figura 06). O paciente foi orientado a realizar a irrigação com clorexidina aquosa por 07 dias e após seguir irrigando com soro fisiológico, estas irrigações deveriam ser feitas 3 vezes ao dia, através do dispositivo de descompressão com o auxílio de uma seringa, introduzindo 5 ml do líquido pelo tubo de drenagem e, em seguida, deixar o líquido sair novamente após a lavagem.

Medicou-se o paciente com Paracetamol 500mg de 6 em 6 horas durante 03 dias, Amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas durante 07 dias, e o uso de Digluconato de Clorexidina 0,12% de 12 em 12 horas durante 07 dias, foi agendado um retorno em 07 dias para remoção dos pontos. Na consulta de retorno o paciente relatou estar bem adaptado ao dispositivo, não havendo dificuldade em realizar as irrigações com clorexidina aquosa e soro fisiológico, a cicatrização estava compatível com os dias pós-operatórios.



Figura 5: Biópsia em 01/2020.



Figura 6: Fixação do dispositivo em 01/2020.

Os cortes histológicos revelaram uma cavidade revestida por epitélio estratificado pavimentoso ceratinizado circundado por cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, com diagnóstico de membrana cística (Anexo D). Diante do exame clínico, do histórico relatado e dos exames complementares, juntamente com a punção aspirativa e a análise histopatológica, fechamos o diagnóstico de cisto radicular inflamatório traumático.

O plano de tratamento previa um acompanhamento radiográfico em 03 meses, porém houve um atraso com a pandemia da COVID-19 e este planejamento precisou ser alterado, com avaliações realizadas através do teleatendimento. Durante este período algumas tentativas de exames radiográficos foram solicitadas sem sucesso, o paciente relatava dificuldades financeiras, já que a Faculdade de Odontologia da UFRGS não estava realizando nenhum atendimento no período, e o acompanhamento seguiu-se através do teleatendimento e fotos. Durante os meses de acompanhamento, o aparato para a descompressão se manteve no local em que fora suturado.

Em abril de 2021 ocorreu uma fratura coronária do elemento 11 (figura 07) impedindo a sua manutenção, o mesmo precisou ser extraído, como a Faculdade de Odontologia da UFRGS em virtude da Pandemia de COVID-19 ainda estava sem atendimentos presenciais, o paciente procurou atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, a exodontia do elemento 11 e a confecção de um provisório nesta região, foram

realizadas por um profissional da Atenção Básica de Porto Alegre. Somente na ocasião da fratura é que foi realizada uma nova tomografia (figura 08).



Figura 7: Fratura da coroa em 04/2021.

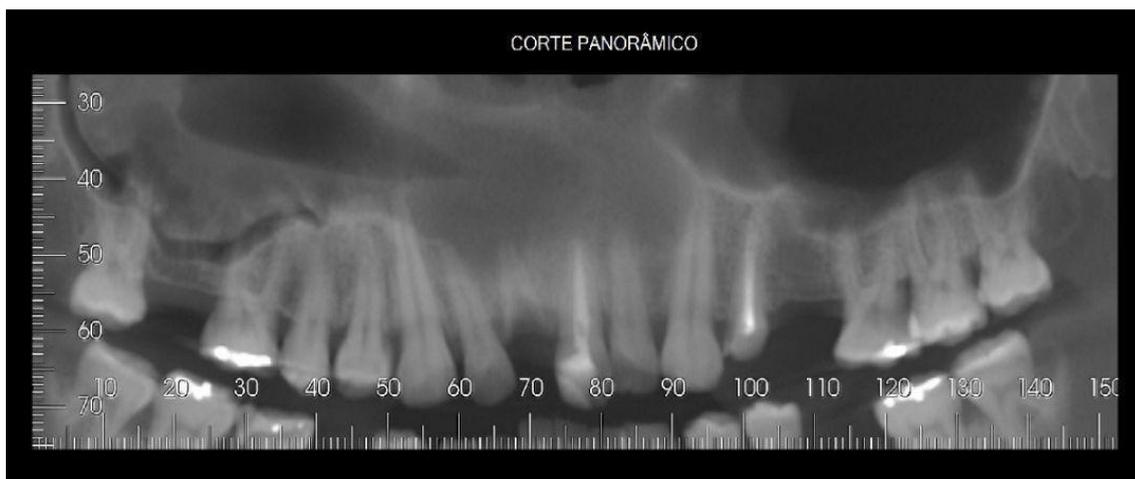


Figura 8: Tomografia Computadorizada em 16/04/2021.

Na análise comparativa das tomografias inicial e final, observou-se uma moderada regressão da lesão como pode ser vista nas figuras 09 à 14. No corte panorâmico da tomografia a lesão regrediu principalmente na região anterior da maxila, no centro do seio maxilar direito e na região posterior direita da maxila e na área edêntula da região do elemento 17, houve um aumento da espessura da cortical óssea.

No corte coronal (figuras 09 e 10), a regressão da lesão é mais perceptível com diminuição da projeção da lesão para abertura piriforme, na TC inicial a lesão ultrapassa a linha média em sentido ao lado esquerdo do assoalho da fossa nasal, após os meses de

descompressão, houve uma discreta neoformação óssea de 6mm, porém o cisto ainda ultrapassa a linha média.



Figura 9: Corte coronal da TC inicial em 18/11/2019

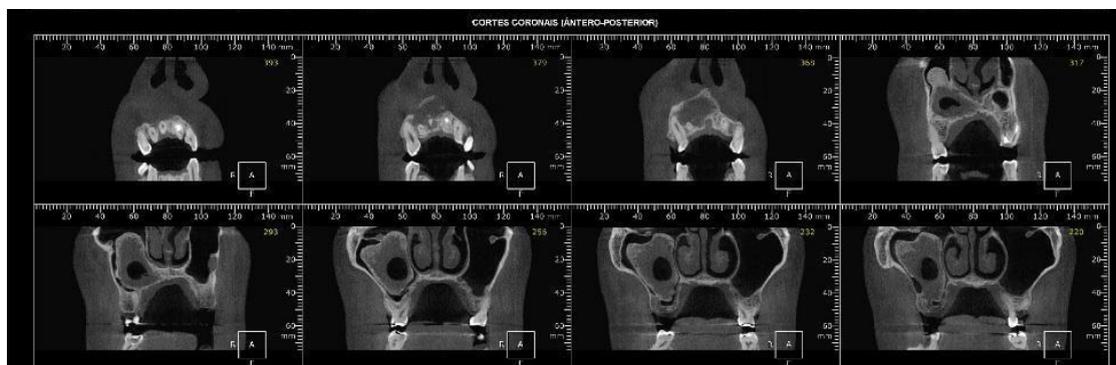


Figura 10: Corte coronal da TC em 16/04/2021.

No corte axial, de ambas tomografias, observou-se que a lesão provoca o rechaçamento do canal nasopalatino para o lado esquerdo, porém sua maior densidade é na periferia, quando comparado a TC inicial, que era em sua totalidade (figuras 11 e 12).

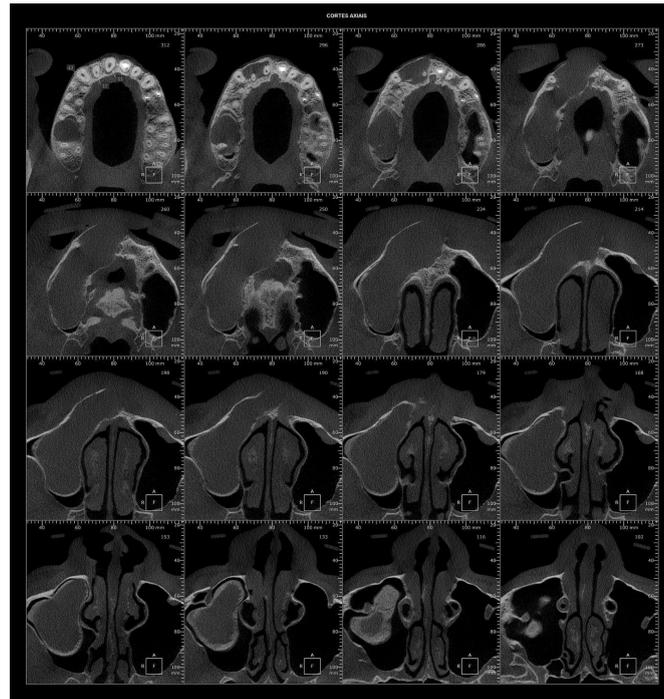


Figura 11: Corte axial da TC inicial em 18/11/2019

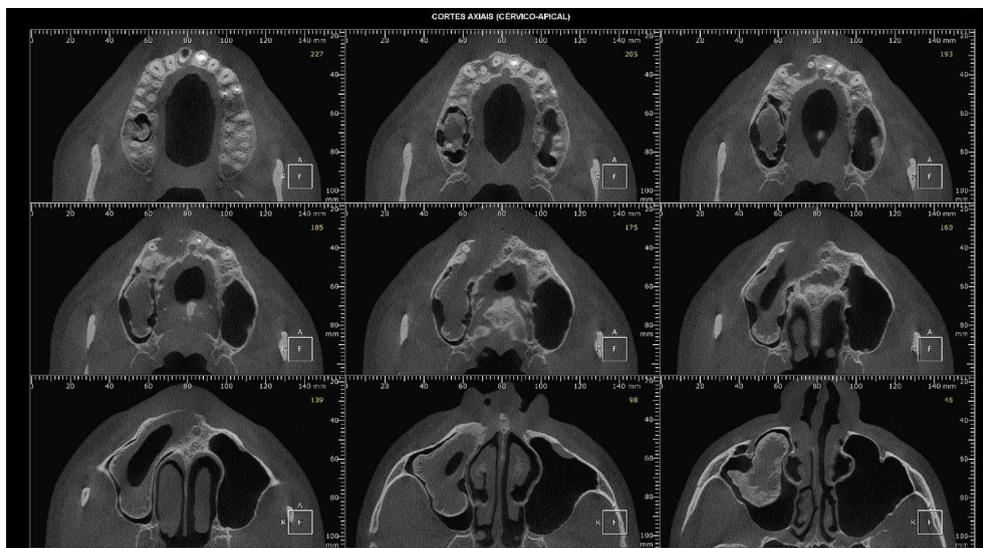


Figura 12: Corte axial da TC em 16/04/2021.

Nos cortes transversais se observa um aumento das corticais ósseas na região anterior, quando comparado os cortes 38 à 44 da TC inicial aos cortes 66 à 80 da TC realizada em Abril de 2021 (figuras 13 e 14).

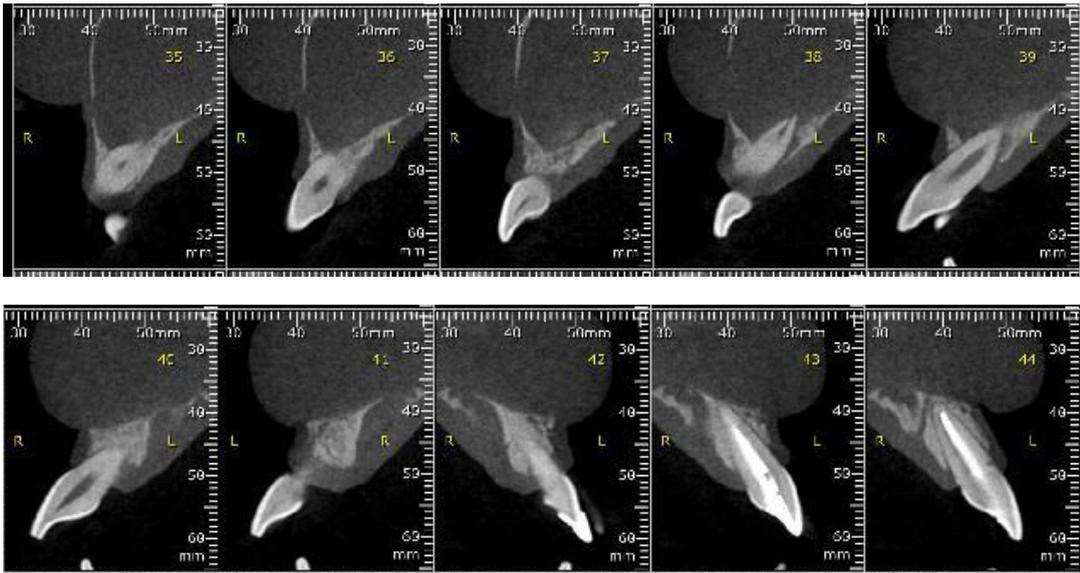


Figura 13: Cortes transversais da TC inicial em 18/11/2019

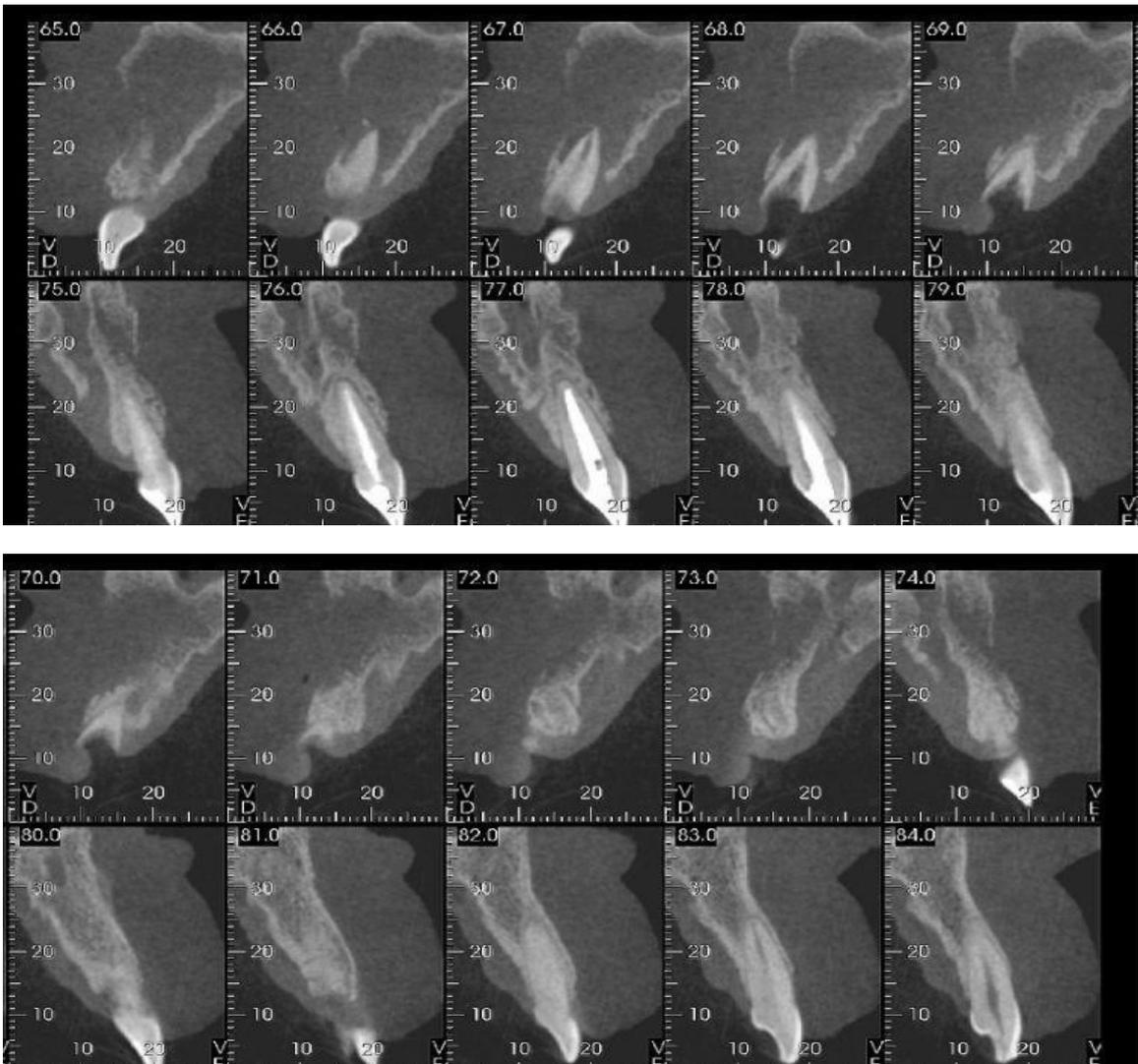


Figura 14: Cortes transversais da TC em 16/04/2021.

Sendo assim, levando em conta a moderada regressão da lesão, o tempo de acompanhamento e as dificuldades de adesão ao tratamento pelo paciente, e após realizada a tomografia, em Abril de 2021 encaminhou-se para cirurgia bucomaxilofacial com indicação de enucleação do cisto a nível hospitalar, este encaminhamento se deu via SUS, e manteve-se o dispositivo para irrigação até o mesmo ser chamado para realização do procedimento sob anestesia geral.

Em Julho de 2022 o paciente foi chamado através da regulação do Gercon, para uma consulta no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, esta consulta foi realizada pela equipe de cirurgia bucomaxilofacial do hospital, onde solicitou-se nova tomografia para planejamento. Ao exame clínico o paciente apresentou fistula em região apical do elemento 11, com histórico de lesão cística marsupializada na região e com saída de secreção da lesão. Elemento 11 ausente, com prótese adesiva no local e aumento de volume em mucosa labial eritematosa, provavelmente reacional à fistula.

No laudo da TC realizada em 12/07/22 identificou-se lesão com componente lítico na maxila à direita, próximo da linha média, com extensão para o palato duro, determinando efeito expansivo. Este componente da lesão no palato duro apresenta densidade intermediária, contornos bem definidos e ossificados, medindo cerca de 4,9 x 4,2 x 2,5 cm. Determina esclerose e insufla o processo palatino, ocupando grande parte do seio maxilar direito e obliterando o recesso alveolar do dente 17. Apresenta comunicação com as partes moles nasolabiais por meio de defeito da parede anterior do osso maxilar na altura das raízes dos dentes 11 e 12. Demais estruturas ósseas sem evidência de alteração significativa. Espessamento lobulado do revestimento mucoso de células etmoidais à direita e do seio maxilar esquerdo, possivelmente relacionado a pólipos ou pseudocistos de retenção. Óstios dos seios maxilares e recessos esfenoidais pérvios e fossas pterigopalatinas preservadas. Em comparação com a TC realizada em Novembro de 2019, observou-se uma involução do cisto (figura 15).

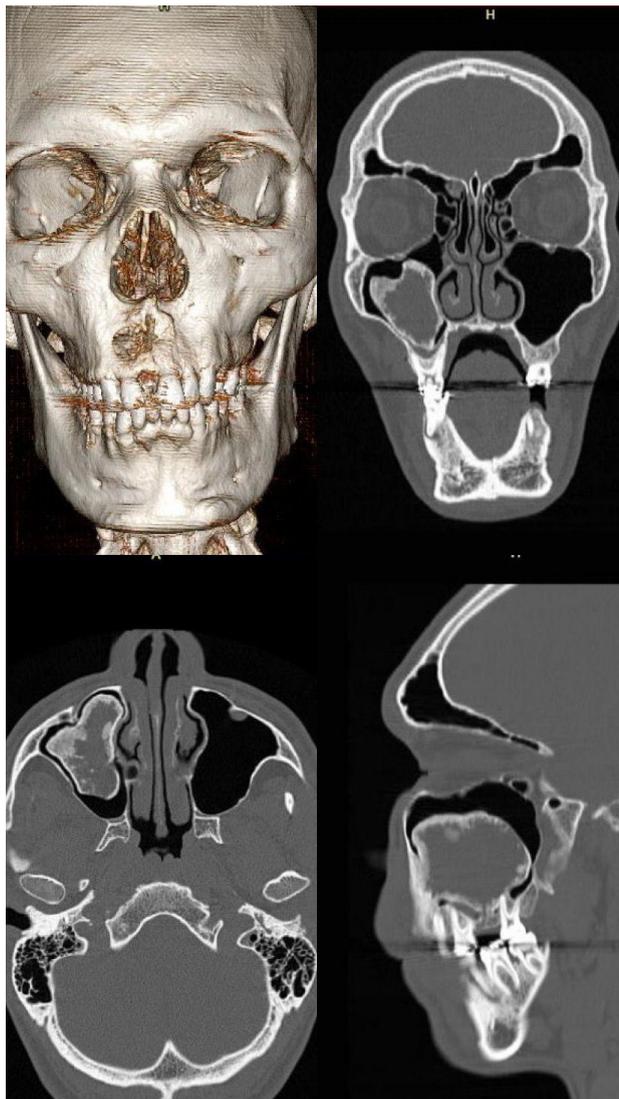
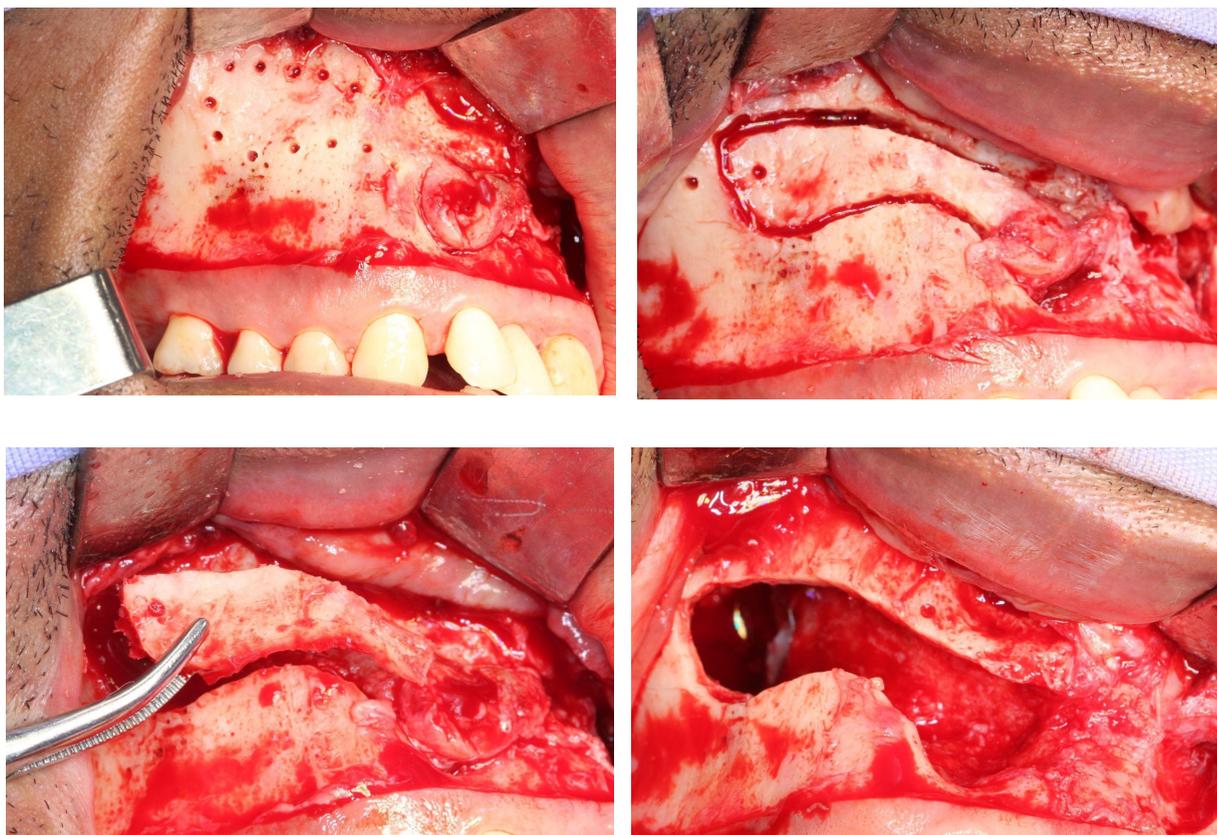


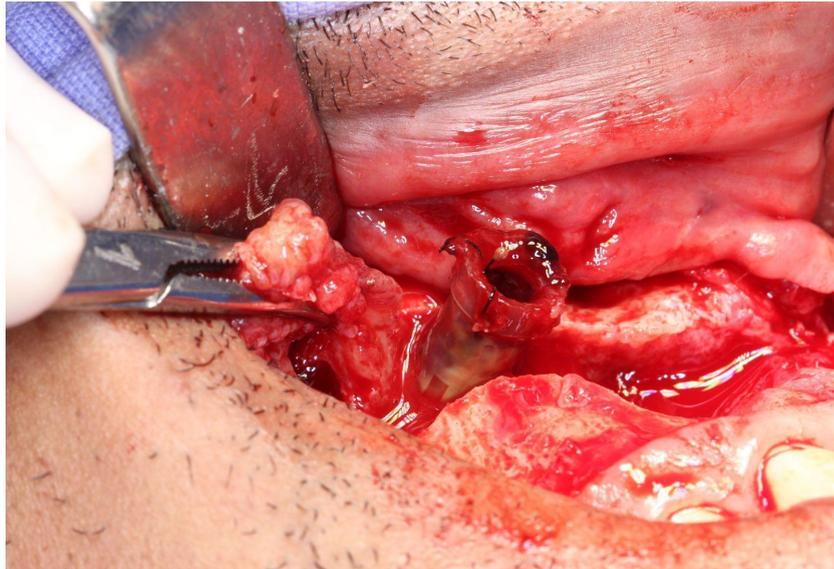
Figura 15: Cortes da TC em 12/07/2022.

Após realizados os exames complementares, se optou pela enucleação total do cisto em bloco cirúrgico sob anestesia geral. O procedimento ocorreu no dia 15/09/2022, no HCPA, onde realizou-se uma osteotomia de maxila para remoção do cisto na região anterior e no seio maxilar direito. Foi realizada anestesia geral com intubação nasal na narina esquerda, antissepsia extra e intraoral com clorexidina aquosa 2%, colocação de campos estéreis e instalação de tampão orofaríngeo. Também foi feita infiltração com bupivacaína 0,5% com adrenalina 0,2%, 1,5ml. Incisão de Wassmund com relaxantes em região de dente 23 e estendendo-se até a região do túber maxilar direito e descolamento mucoperiosteal. Osteotomia na região anterior de maxila para confecção de janela óssea e acesso a lesão, e remoção da janela óssea (figuras 16, 17 e 18). Nesse momento, foi encontrado um dispositivo descompressivo no interior da lesão

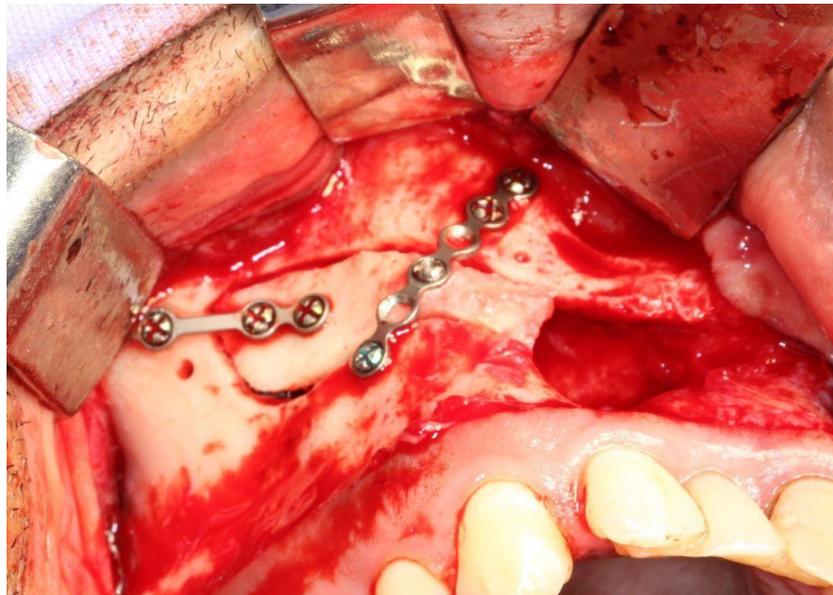
(figura 20). A enucleação e remoção da lesão foi executada com êxito, sem intercorrências. Foram feitos os envios das peças para análise anatomopatológica (duas peças). Foi realizada a irrigação da região e fixação da janela óssea com 1 placa de 4 furos com espaços e 4 parafusos e mais uma placa 6 furos sem espaços com 4 parafusos de fixação (figura 21). Sutura a pontos isolados com fio de poliglactina 4-0, a remoção de tampão e confecção de curativo em face .



Figuras 16, 17, 18 e 19: Osteotomia da maxila e seio maxilar direito.



Figuras 20: Dispositivo descompressivo.



Figuras 21: Fixação da janela óssea.

O material enviado para o exame anatomopatológico revelou inflamação crônica supurativa ulcerada com fibrose, sinais de hemorragia antiga e granulomas do tipo corpo estranho, tecido ósseo sem alterações.

O paciente retornou para revisão em 07 dias após o procedimento e apresentava boa cicatrização, sem sinais de infecção (figura 22). Foi agendada uma nova consulta de retorno para 60 dias, na qual o paciente não compareceu e alegou estar morando atualmente em outro estado, ficando de remarcar a consulta quando viesse a Porto

Alegre/RS. Estava planejado realizar nova TC nesta consulta de retorno, porém ela ainda não ocorreu.



Figura 22: Imagem após o procedimento, na fase de recuperação.

Foram realizados diversos contatos telefônicos com o paciente e explicado sobre a importância de realizar as consultas de revisões, o mesmo refere estar com dificuldades de vir a Porto Alegre/RS devido ao trabalho, mas que entende a importância e virá logo quando puder. Em uma destas conversas o mesmo enviou uma foto sorrindo para mostrar que está se sentindo bem, sem desconfortos e feliz com o fim do tratamento.



Figura 23: Imagem caseira enviada pelo paciente em 02/2023.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No presente estudo, por se tratar de um relato de caso clínico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A), bem como o termo de autorização de uso de imagem (APÊNDICE B) foram obtidos do voluntário participante.

A construção deste relato de caso clínico foi realizada seguindo a Resolução 466/2012 e a Carta Circular nº 166 para Relato de Caso 2018 - CONEP/SECNS/MS.

O projeto faz parte do trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia, e para ser apresentado foi encaminhado para a Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia e para o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no qual obteve parecer aprovado de número 5.417.995 (APÊNDICE E).

7. DISCUSSÃO

O cisto radicular é uma lesão inflamatória que se forma na região do periradicular de um dente não vital, delimitado por um epitélio escamoso não queratinizado. Sua frequência é de 7% a 54% nos relatos de imagens periapicais (NEVILLE *et al*, 2004). Normalmente, os cistos são assintomáticos, mas podem apresentar sintomas em casos de crescimento da lesão cística. O tratamento principal é a terapia endodôntica, porém, nos casos de cistos de grandes dimensões, é necessária uma abordagem cirúrgica para reduzir a pressão intracística e favorecer o reparo ósseo (TORRES-LAGARES *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Segundo Shear (2011), a maior incidência de cistos periapicais está em indivíduos do sexo masculino, e sua prevalência ocorre na região anterior da maxila acreditando-se ser ocasionado por situações de trauma, compatível com o caso apresentado, que sofreu um trauma na região anterior da maxila quando foi atropelado por uma bicicleta, o tempo de evolução do cisto era de 09 anos quando fora descoberto por um achado radiográfico em 2019.

Vasconcelos *et al* (2012) mostrou que os cistos radiculares de grandes proporções são assintomáticos e possuem um crescimento lento, provenientes de um dente não vital. No relato, o cisto apresentado é assintomático, com tumefação, relacionado a um dente com polpa não vital e com grande extensão, portanto, condiz com a literatura.

Por se tratar de um cisto de grande proporção, a escolha da técnica combinada de descompressão seguida de enucleação, tem como objetivo a preservação das estruturas dentais e anatômicas adjacentes, como mostra Anavi *et al* (2011).

O caso apresentado se trata de um cisto intra-ósseo na região da maxila, em sua maior parte preenchendo o seio maxilar direito, e acredita-se que por estar localizado em uma cavidade pneumática, logo, uma região onde não há crescimento ósseo, a escolha pela técnica de descompressão tem como objetivo promover um espessamento da mucosa cística (facilitando sua remoção) e buscar alguma neoformação óssea e recontorno maxilar. Importante ressaltar que pela lesão ter invadido uma cavidade anatômica da face, não espera-se que haja nesta região, crescimento ósseo para dentro dos limites anatômicos.

Para Biocanin *et al* (2015) a descompressão deve interromper a evolução cística, remover a inflamação e a pressão intracística, permitir o espessamento da parede cística e reduzir a dimensão do cisto para facilitar sua remoção no segundo estágio. Como mostra os cortes das tomografias do caso relatado, houve o espessamento da parede cística como o esperado.

Oliveros-Lopez *et al* (2017) publicou que a taxa de diminuição do cisto em região maxilar era inferior à região mandibular, no caso apresentado houve uma discreta diminuição do cisto maxilar.

Para Lacerda-Santos *et al.* (2018) as pessoas menores de 18 anos necessitam de um tempo menor de descompressão devido a atividade óssea, em comparação às pessoas acima de 18 anos, esse tempo pode variar entre 6 a 17 meses. O caso relatado se trata de indivíduo de 32 anos, sendo assim já era esperado um tempo mais longo de descompressão para obtermos um resultado, mesmo com um tempo prolongado da técnica a lesão descomprime moderadamente.

Também é necessário levar em consideração neste caso relatado que não houve uma adesão esperada por parte do paciente e também uma descontinuidade do tratamento devido a Pandemia de COVID-19, o que fez com que uma boa parte do acompanhamento não se desse de forma presencial, este fator pode ter influenciado na não adesão do tratamento por parte de paciente, no que diz respeito a dificuldade em realizar os exames radiográficos quando fora solicitado.

A adesão do paciente ao tratamento é apontada por diversos autores como uma desvantagem da técnica, visto que o paciente precisa estar disciplinado e motivado para realizar as lavagens regularmente (QUADROS, 2021; BIOCANIN *et al.*, 2015).

Por outro lado, durante os 18 meses de acompanhamento da descompressão, não se observou nenhum crescimento da lesão cística, o que pode ser apontado como uma vantagem do tratamento, também não foram relatados comprometimentos de outras estruturas dentais e nem a necessidade de endodontia de outros elementos dentais da região, até o momento da enucleação total da lesão.

8. CONCLUSÃO

A técnica de descompressão se mostrou eficaz, por reduzir o tamanho da lesão cística, mesmo que moderadamente e mesmo com os percalços encontrados com a pandemia e o acompanhamento à distância do paciente. Ainda assim, é possível afirmar que a combinação da descompressão seguida de enucleação é uma escolha conservadora, pois permite a preservação das estruturas.

A técnica de descompressão é bem estabelecida na literatura, de fácil execução, não sendo necessário dispor de materiais de alto custo. O aparato utilizado para realizar a técnica não é disponível comercialmente e por este motivo diferentes autores o fazem de diferentes maneiras, porém isto não é uma dificuldade, mas sim, possibilita a realização do mesmo de diversas formas e com o que há disponível. Este aparato quando colocado em posição é suturado por fios não reabsorvíveis e permite que o paciente faça a sua irrigação, não causando dor.

Quanto às vantagens e desvantagens, a técnica de descompressão necessita do engajamento do paciente, visto que, as irrigações durante todo o período que for mantido o aparato serão realizadas por ele, assim como manter uma boa higiene bucal e realizar as consultas de revisões conforme forem estabelecidas, e aqui está uma das maiores desvantagens na escolha por esta técnica, o paciente precisa se manter motivado durante o tratamento para que possa surtir o resultado esperado. A sua principal vantagem é permitir que um procedimento de grande proporção, como a enucleação total da lesão, se torne um procedimento mais conservador, evitando maiores danos.

No que tange as comparações das tomografias pré e pós descompressão durante os 18 meses, observou-se uma regressão da lesão, o espessamento da mucosa cística e uma moderada diminuição do tamanho do cisto, com áreas de formação da cortical óssea e ausência de comprometido das estruturas adjacentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANAVI, Yakir *et al.* Decompression of odontogenic cystic lesions: clinical long-term study of 73 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [S.L.], v. 112, n. 2, p. 164-169, ago. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.09.069>.
2. BERAR, A.M.; BONDOR, C.I.; MASTROS, L. CÂMPIAN, R.S. Radiological, histological and immunohistochemical evaluation of periapical inflammatory lesions. **Romanian Journal of Morphology and Embryology**, v. 57, n. 2, p. 419-425, 2016.
3. BIOCANIN, Vladimir *et al.* Decompression as an effective primary approach to large radicular cyst in maxillary sinus: a case report. **Vojnosanitetski Pregled**, [S.L.], v. 72, n. 7, p. 634-638, 2015. National Library of Serbia. <http://dx.doi.org/10.2298/vsp140317043b>.
4. CATUNDA, Ivson Souza *et al.* Decompression Device for Cavitary Bone Lesions Using Luer Syringe. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 71, n. 4, p. 723-725, abr. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2012.10.016>.
5. SOUZA, Lb. *et al.* Odontogenic cysts: demographic profile in a brazilian population over a 38-year period. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, [S.L.], p. 583-590, 2010. Medicina Oral, S.L.. <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.15.e583>.
6. FREITAS A., ROSA JE., SOUZA IF. **Radiologia odontológica**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
7. HUANG, Hsun-Yu *et al.* Retrospective analysis of nonendodontic periapical lesions misdiagnosed as endodontic apical periodontitis lesions in a population of Taiwanese patients. **Clinical Oral Investigations**, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 2077-2082, 16 nov. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-016-1997-7>.
8. KOLOKYTHAS, Antonia *et al.* Odontogenic Keratocyst: to decompress or not to decompress? a comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**,

- [S.L.], v. 65, n. 4, p. 640-644, abr. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2006.06.284>.
9. LACERDA-SANTOS, Jhonatan Thiago *et al.* Tratamento de grandes cistos radiculares por meio da técnica de descompressão e posterior enucleação: relato de dois casos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 200, 5 nov. 2018. Cruzeiro do Sul Educacional. http://dx.doi.org/10.26843/ro_unicidv3022018p200-209.
 10. LIN, Louis M. *et al.* Nonsurgical Root Canal Therapy of Large Cyst-like Inflammatory Periapical Lesions and Inflammatory Apical Cysts. **Journal Of Endodontics**, [S.L.], v. 35, n. 5, p. 607-615, maio 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2009.02.012>.
 11. MARTIN, Scott A. *et al.* Conventional Endodontic Therapy of Upper Central Incisor Combined with Cyst Decompression: a case report. **Journal Of Endodontics**, [S.L.], v. 33, n. 6, p. 753-757, jun. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2007.01.013>.
 12. NAIR, P.N. Ramachandran *et al.* Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [S.L.], v. 81, n. 1, p. 93-102, jan. 1996. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104\(96\)80156-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104(96)80156-9).
 13. NAIR *et al.* New perspectives on radicular cysts: do they heal?. **International Endodontic Journal**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 155-160, 4 jan. 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2591.1998.00146.x>.
 14. NAIR, P.N. Ramachandran *et al.* Ciliated epithelium-lined radicular cysts. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [S.L.], v. 94, n. 4, p. 485-493, out. 2002. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1067/moe.2002.123862>.
 15. NARULA, Harleen *et al.* Conservative non-surgical management of an infected radicular cyst. **Contemporary Clinical Dentistry**, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 368, 2011. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0976-237x.91806>.
 16. NEVILLE *et al.* **Patologia Oral & Maxilofacial: Lesões de tecidos moles**, 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2004.
 17. NETO, M. M., *et al.* Contribuição ao estudo do Cisto Radicular, Revisão da literatura. **Saúde (Santa Maria)**, [S. l.], v. 30, n. 1-2, p. 90-99, 2004. DOI: 10.5902/223658346399. Disponível em:

- <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/6399>. Acesso em: 1 abr. 2023.
18. OLIVEIRA JUNIOR, H.C.C. *et al.* Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral – relato de caso. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe v.14, n.1, p. 17, jan./mar. 2014.
 19. OLIVEROS-LOPEZ, L *et al.* Reduction rate by decompression as a treatment of odontogenic cysts. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal**, [S.L.], p. 0, 2017. *Medicina Oral*, S.L.. <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.21916>.
 20. PERJUCI, F. *et al.* Evaluation of Spontaneous Bone Healing After Enucleation of Large Residual Cyst in Maxilla without Graft Material Utilization: Case Report. **Acta Stomatologica Croatica**, v. 52, n. 1, p. 53–60, 2018.
 21. QUADROS, Mirella Rodrigues *et al.* Abordagem Conservadora e Cirúrgica para Tratamento de Cisto Periapical: um relato de caso / conservative and surgical approach for periapical cyst treatment. **Id On Line Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 13, n. 47, p. 794-803, 28 out. 2019. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v13i47.2074>.
 22. RICUCCI, Domenico *et al.* A study of periapical lesions correlating the presence of a radiopaque lamina with histological findings. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [S.L.], v. 101, n. 3, p. 389-394, mar. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.08.026>.
 23. SAUAIA TS., *et al.* Cistos radiculares: Uma proposta de tratamento. **RGO - Rev Gaúcha Odontologia**; 48(3):130-4. 5, 2000.
 24. SHEAR M., *Cysts of the Oral Regions*, 3 edtion, Boston, Wright, 1992, pp. 136-70.
 25. TSAI, C.-H. *et al.* Immunohistochemical localization of cyclooxygenase-2 in radicular cysts. **International Endodontic Journal**, [S.L.], v. 35, n. 10, p. 854-858, out. 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2591.2002.00584.x>.
 26. TORRES-LAGARES, Daniel *et al.* Treatment of a Large Maxillary Cyst with Marsupialization, Decompression, Surgical Endodontic Therapy and Enucleation. **J Can Dent Assoc**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 77-87, 2011.
 27. VASCONCELOS, Rodrigo *et al.* Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções – Relato de Caso. **Revista Brasileira de Ciências da**

Saúde, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 467-474, 30 out. 2012. Portal de Periódicos UFPB.
<http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2012.16.03.28>.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: Cisto periapical de grande proporção em seio maxilar tratado por descompressão: relato de caso

COORDENAÇÃO: Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo

1. **NATUREZA DA PESQUISA:** Você está sendo convidado a participar desta pesquisa da área da saúde que tem como finalidade relatar o caso de descompressão de cisto periapical de grande proporção em seio maxilar e levantar informações que sustentem uma discussão sobre esse tema. Este projeto será analisado pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e está vinculado e sob supervisão do Comitê de Ética da UFRGS.

2. **PESQUISADORES:** Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo

Acadêmica Francielle Mateus Magnus

3. **ENVOLVIMENTO NA PESQUISA:** Ao participar deste estudo, você está ciente que seu caso clínico será utilizado neste trabalho, bem como permitir ser fotografado. Você tem a liberdade de se recusar e de desistir de participar em qualquer momento que decida sem qualquer prejuízo. No entanto, solicitamos sua colaboração para que possamos obter dados de qualidade para essa pesquisa, pois avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

4. **SOBRE OS DADOS:** Serão utilizadas algumas informações básicas pessoais do seu prontuário e anamnese, como suas iniciais, idade, cidade onde reside e história médica pregressa.

5. **RISCOS E DESCONFORTO:** A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Há o risco de quebra de sigilo e confidencialidade, porém os autores estão cientes que os dados são confidenciais, nas seguintes situações: o participante for obter um benefício real que proporcione o melhor atendimento para reversão do quadro; quando for o último recurso

disponível; quando o participante apresentar um sério dano físico que necessite da abordagem de outros profissionais. Assim, para minimizar a situação, somente as informações pertinentes ao procedimento a ser realizado serão divulgadas após o devido consentimento. No que refere-se ao procedimento os riscos são de hemorragia, necrose óssea (morte do tecido), reabsorção óssea, parestesia (sensação anormal e desagradável sobre a pele que assume diversas formas, entre elas queimação e dormência), lesões na boca e infecções pós-operatórias. Essas possíveis complicações serão tratadas, caso ocorram, de maneira adequada pela equipe responsável pelo procedimento cirúrgico. Abaixo encontra-se o número de telefone celular para que o paciente entre em contato em casos de intercorrência

Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo - (51) 992574571

Ac. Francielle Mateus Magnus - (51) 996636686

6. CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados coletados nesta investigação são estritamente confidenciais. Tanto as informações quanto às imagens só poderão ser publicadas com finalidade científica de forma anônima, isto é, sem a divulgação dos nomes das pessoas envolvidas.

7. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa, seus benefícios serão indireto e direto, de forma que você estará, respectivamente, tanto colaborando para elaboração de um trabalho científico o qual irá servir para agregar conhecimento e poderá ser base para futuras pesquisas quanto tendo a oportunidade de tratamento para cistos periapicais de grande proporção. Além disso, esperamos que futuramente os resultados deste estudo sejam usados em benefício de outras pessoas.

8. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar deste estudo, bem como não receberá nenhum tipo de pagamento por sua participação. Exames tomográficos serão solicitados caso seja estritamente necessário.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Para tanto, preencha os itens que se seguem:

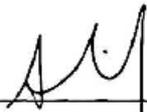
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter lido e compreendido integralmente as informações acima apresentadas antes de assinar este termo de consentimento. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Assim, eu, de forma livre e esclarecida, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Porto Alegre, 28 de Janeiro de 2020

Nome Luis Henrique Z. da Silva

Assinatura Luis Henrique Z. da Silva



Cirurgião Responsável
Angelo F. P. de B.
Professor-UFRGS
CRO-RS 13162

ATENÇÃO

- Esse termo de consentimento será impresso em duas cópias, sendo uma de propriedade do participante da pesquisa e a outra de propriedade dos pesquisadores da pesquisa.
- A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, o(a) Sr(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308.3738.

Agradecemos a sua autorização e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

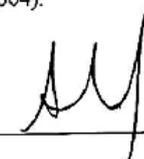
Eu Luiz Gleuzner? et al depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e informações pessoais, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, o cirurgião dentista Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo e Ac. Francielle Mateus Magnus do projeto de pesquisa intitulado “Cisto periapical de grande proporção em seio maxilar tratado por descompressão: relato de caso” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Porto Alegre, 2ª de janeiro de 2020

Luiz Gleuzner? et al

Participante da pesquisa



Pesquisador responsável pelo projeto

Angelo Freddo
Professor-UFRGS
CRO-RS 13162

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS

Eu, Ac. Francielle Mateus Magnus, abaixo assinado, comprometo-me a manter confidencialidade com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades a serem desenvolvidas no projeto de pesquisa "Cisto periapical de grande proporção em seio maxilar tratado por descompressão: relato de caso", coordenado pelo Prof. Dr. Angelo Luiz Freddo realizado no Hospital de Ensino Odontológico da UFRGS; ou ainda informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto,

- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.

Declaro ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, executando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Porto Alegre, 15 de Julho de 20 21.

Acadêmico responsável Francielle Mateus Magnus

Francielle Mateus Magnus

Prof orientador



Angelo Luiz Freddo

Angelo Freddo
Professor-UFRGS
CRO-RS 13162

APÊNDICE D - 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: 32590	Data: terça-feira, 28 de janeiro de 2020		
Nome do Paciente: Luiz Henrique Pinto da Silva	Endereço do Paciente: São Guilherme, 475, São José/POA		
Idade: 34	Gênero: Masculino	Raça: Negro	Profissão: Cozinheiro
Titulação: C.D	Nome do Cirurgião: Angelo Freddo	Endereço do Cirurgião: CTBMF	

História Clínica:
Sem doenças sistêmicas.

Diagnóstico Clínico: Ceratocisto ou Cisto apical inflamatório	Localização Anatômica: Gengiva V	Tipo de Biópsia: Incisional
---	--	---------------------------------------

Aspecto Macroscópico:
Um fragmento de tecido mole, consistência firme, coloração enegrecido com áreas pardas, forma e superfície irregulares, medindo 8x4x3mm. Ao corte longitudinal mostrou-se compacto.

Aspecto Microscópico:
Os cortes histológicos revelam cavidade revestida por epitélio estratificado pavimentoso ceratinizado circundado por cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. Observa-se presença de tecido ósseo vital maduro.

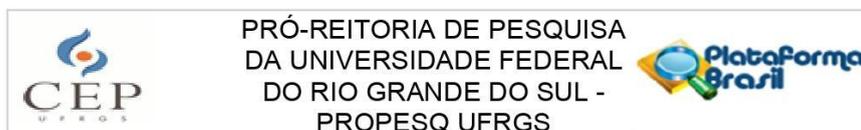
Diagnóstico Histopatológico:
Membrana Cística

Observações:

Patologista Responsável: *Márcia Oliveira*
Fernanda Visioli

Márcia Oliveira
Professora - UFRGS
CRO-RS 8733

APÊNDICE E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CISTO PERIAPICAL DE GRANDE PROPORÇÃO EM SEIO MAXILAR TRATADO POR DESCOMPRESSÃO: RELATO DE CASO

Pesquisador: Angelo Luiz Freddo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58553322.9.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.417.995

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa de trabalho de conclusão de curso de graduação em Odontologia, da aluna Francielle Mateus Magnus, que tem como pesquisador responsável o professor Angelo Freddo, intitulado "CISTO PERIAPICAL DE GRANDE PROPORÇÃO EM SEIO MAXILAR TRATADO POR DESCOMPRESSÃO: RELATO DE CASO".

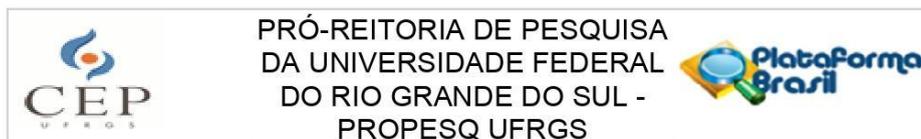
O projeto que pretende "apresentar, através de um caso clínico, um cisto periapical maxilar de grande dimensão com associação ao seio maxilar direito. Apresentar a etiologia, características clínicas e histopatológicas, radiográficas do cisto periapical, discorrer sobre os possíveis tipos de tratamentos conservadores. Além disso, o estudo propõe-se a relatar sobre a técnica cirúrgica de descompressão em cisto periapical inflamatório, sua eficácia e preservação do caso."

Foi apresentada uma fundamentação teórica que dá suporte ao projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo, os pesquisadores apresentam: "apresentar, através de um caso clínico, um cisto periapical maxilar de grande dimensão com associação ao seio maxilar direito. Apresentar a etiologia, características clínicas e histopatológicas, radiográficas do cisto periapical, discorrer

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.417.995

7) Orçamento detalhado, perfazendo um total de R\$200,00 - ADEQUADO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo. Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1910922.pdf	09/05/2022 13:53:55		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	09/05/2022 13:53:22	Angelo Luiz Freddo	Aceito
Orçamento	ORcAMENTO.pdf	06/05/2022 15:50:25	FRANCYELLE MATEUS MAGNUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_FRANCYELLE.pdf	06/05/2022 15:49:50	FRANCYELLE MATEUS MAGNUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/05/2022 15:48:17	FRANCYELLE MATEUS MAGNUS	Aceito
Outros	LAUDO.pdf	06/05/2022 15:47:37	FRANCYELLE MATEUS MAGNUS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/05/2022 15:46:36	FRANCYELLE MATEUS MAGNUS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br