

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ODONTOLOGIA**

Júlia Silva Reis

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE CISTO INFLAMATÓRIO RESIDUAL:
RELATO DE CASO**

**JUIZ DE FORA
2025**

Júlia Silva Reis

**TRATAMENTO CONSERVADOR DE CISTO INFLAMATÓRIO RESIDUAL:
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal de Juiz de Fora,
como requisito parcial à obtenção do grau
em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Breno Nogueira Silva

Juiz de Fora
2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Reis, Júlia Silva.

Tratamento conservador de cisto inflamatório residual: relato de caso / Júlia Silva Reis. -- 2025.
37 f.

Orientador: Breno Nogueira Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2025.

1. Introdução. 2. Proposição. 3. Artigo científico. 4. Conclusão. 5. Referências. I. Silva, Breno Nogueira, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
REITORIA – FACODONTO – Coordenação do Curso de Odontologia

Júlia Silva Reis

Tratamento conservador de cisto inflamatório residual: relato de caso

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Aprovado em 17 de fevereiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Breno Nogueira Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Fabricio Tinoco Alvim de Souza

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Me. Arnaud Alves Bezerra Junior

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos meus pais, Maria e Sérgio, e também ao meu irmão Matheus, por nunca medirem esforços para que eu pudesse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por me abençoar em cada passo dessa jornada. Sua presença constante me deu forças e me guiou em todo o processo. Agradeço aos meus pais, Maria e Sérgio, que sob muito sol, me fizeram chegar até aqui na sombra. Cada passo desta caminhada só foi possível graças ao apoio e esforço de vocês. Agradeço também o meu irmão Matheus, por todo companheirismo e por sempre acreditar em mim, você foi essencial para essa conquista. Aos meus avós, Conceição e João, obrigado por todo amor e pelos valores que me ensinaram. Vocês foram verdadeiros alicerces que me sustentaram ao longo de toda a minha trajetória. Agradeço também a minha avó Dalva, in memoriam, sinto seu apoio e orgulho, onde quer que esteja. A todos os meus familiares e amigos, a minha mais profunda gratidão. Agradeço imensamente ao meu grupo de amigas da graduação “Jovem Guarda da Federal”, vocês tornaram a jornada mais leve e foram família em Juiz de Fora. Caminhar ao lado de vocês foi um privilégio. Em especial, à minha dupla Bia, obrigada por toda troca e companheirismo desde o primeiro dia de graduação. Nosso elo será eterno. Por fim, agradeço a todo corpo docente, aos TAE's e aos funcionários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo apoio em toda a minha trajetória. Em especial, ao professor Breno, por sua orientação e apoio na construção da minha formação profissional.

RESUMO

Cistos odontogênicos, como o cisto inflamatório residual, são lesões patológicas associadas aos tecidos dentais. Apesar de benignos, têm alta capacidade de destruição óssea, tornando o diagnóstico e o tratamento corretos essenciais. Geralmente resultantes de uma exodontia sem curetagem adequada, esses cistos podem ser assintomáticos, mas em casos avançados causam expansão óssea e comprometimento funcional. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico sobre o tratamento conservador de um cisto inflamatório residual, destacando suas características e os resultados clínicos. A paciente do sexo feminino, 54 anos, compareceu à clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com encaminhamento para avaliação de uma lesão no corpo mandibular, suspeitas de potencial malignidade. Inicialmente, as hipóteses diagnósticas incluíam ameloblastoma unicístico e ceratocisto odontogênico. Após a realização de anamnese, exames clínicos e de imagem, a hipótese diagnóstica foi direcionada para cisto inflamatório residual. Foi realizada biópsia incisional e análise histopatológica, que confirmaram o diagnóstico. O tratamento consistiu inicialmente na descompressão do cisto, seguida de enucleação. Após 27 meses de acompanhamento, a paciente apresentou regressão completa da lesão, boa recuperação clínica e reabilitação oral com próteses totais. Portanto, o diagnóstico preciso é fundamental para o sucesso terapêutico. A abordagem conservadora, utilizando descompressão seguida de enucleação cirúrgica, demonstrou-se eficaz no manejo de cistos inflamatórios extensos, promovendo bons resultados clínicos.

Palavras-chave: cisto residual; descompressão; tratamento conservador.

ABSTRACT

Odontogenic cysts, such as residual inflammatory cysts, are pathological lesions associated with dental tissues. Despite being benign, they have a high capacity for bone destruction, making the correct diagnosis and treatment essential. Generally, as a result of tooth extraction without adequate curettage, these cysts can be asymptomatic; however, in advanced cases, they cause bone expansion and functional impairment. The objective of this study was to present a clinical case of conservative treatment of a residual inflammatory cyst, highlighting its characteristics and clinical results. The female patient, 54 years old, attended the dental clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF) with a referral for evaluation of a lesion on the mandibular body, suspected of potential malignancy. Initially, the diagnostic hypotheses were unicystic ameloblastoma and odontogenic keratocysts. After anamnesis and clinical and imaging examinations, the diagnostic hypothesis was directed to a residual inflammatory cyst. Incisional biopsy and histopathological analysis were performed, which confirmed the diagnosis. The treatment initially consisted of cyst decompression, followed by enucleation. After 27 months of follow-up, the patient showed complete regression of the lesion and good clinical recovery and oral rehabilitation with complete dentures. Therefore, an accurate diagnosis is essential for therapeutic success. The conservative approach using decompression followed by surgical enucleation has been shown to be effective in the management of extensive inflammatory cysts, promoting good clinical results.

Keywords: residual cyst; decompression; conservative treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Vista anterior mostrando aumento de volume na região da parassínfise e corpo mandibular esquerdos (A); vista superior demonstrando expansão das corticais vestibular e lingual (B); tomografia computadorizada de feixe cônico com cortes parassagittais evidenciando lesão radiolúcida unilocular com adelgaçamento das corticais (C). 16
- Figura 2 - Punção aspirativa (A); incisão removendo fragmento para biópsia (B); dispositivo de compressão instalado (C). 17
- Figura 3 - Exame clínico após 10 meses (A); exame radiográfico após 10 meses (B); exame radiográfico da segunda consulta de preservação (C). 18
- Figura 4 - Enucleação cirúrgica (A e B). 18
- Figura 5 - Exame clínico realizado 17 dias após a cirurgia, em que é observado cicatrização satisfatória (A). Exame radiográfico após 23 meses revelando regressão da lesão (B). Exame tomográfico realizado após 27 meses (C). Prótese total superior e inferior confeccionada após 27 meses para reabilitação oral da paciente (D). 19

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	PROPOSIÇÃO	11
3	ARTIGO CIENTÍFICO	12
4	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXO A - Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos	29
	ANEXO B - Normatização Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre	30

1 INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos são formações patológicas caracterizadas por uma cavidade revestida por epitélio e envolta por tecido conjuntivo fibroso, originadas a partir de estruturas dentais. Entre eles, destaca-se o cisto inflamatório residual, uma condição que resulta de intensidade periapical persistente, mesmo após a remoção do dente acometido (DUPONT, 2024). Apesar de serem lesões benignas, os cistos podem causar significativa destruição óssea, reforçando a necessidade de um diagnóstico preciso (PAES, 2022).

Os cistos inflamatórios residuais são os mais comuns encontrados nos maxilares, sendo que afetam principalmente pacientes de meia-idade. Eles apresentam características clínico-patológicas semelhantes às das lesões císticas mais agressivas nos maxilares, logo, devem ser altamente suspeitados ao se observar lesões císticas em maxilares desdentados de pacientes idosos (TITINCHI, 2020).

Informações como o tamanho do cisto, a localização, relação com os dentes e morfologia radiográfica são extremamente úteis para o diagnóstico diferencial, pois os maxilares são um local de grandes variedades patológicas (MCLEAN, 2023). Assim, é importante ressaltar que o cisto inflamatório residual possui como etiopatogenia o resultado de uma extração dentária, que não foi realizada a curetagem adequada, associado, assim, à lesão cística apical (PAES, 2022).

O cisto inflamatório residual pode não apresentar sintomas e é frequentemente detectado durante exames radiográficos de rotina em áreas desdentadas ou parcialmente desdentadas. Radiograficamente, apresenta-se com uma radiolucidez circunscrita, unilocular e bem definida (DEMIRKOL, 2014). Porém, um dos seus sinais clínicos é a expansão das corticais ósseas, que como consequência, pode invadir estruturas vitais adjacentes, provocando sintomas ao paciente (ETEMADI, 2022).

Os cistos residuais são geralmente tratados por meio de intervenção cirúrgica, utilizando técnicas como enucleação, marsupialização ou descompressão para reduzir a pressão dentro do cisto. A marsupialização pode ser usada por um período de tempo para diminuir o tamanho do cisto, na qual é feita uma abertura da lesão para gerar uma comunicação com a cavidade bucal. A descompressão é uma outra alternativa de tratamento que diminui a pressão dentro do cisto. Esta técnica consiste em criar uma pequena abertura na parede do cisto, mantendo-a aberta com a sutura de um dispositivo (TITINCHI, 2020).

Com isso, tanto a marsupialização quanto a descompressão baseiam-se no princípio de aliviar a pressão dentro do cisto para reduzir seu tamanho, permitindo simultaneamente a deposição gradual de osso ao redor da lesão. A descompressão é vista como a opção de tratamento mais adequada para pacientes que necessitam de uma abordagem mais conservadora. Entretanto, requerem colaboração do paciente com higiene bucal e visitas ao cirurgião-dentista, com um posterior procedimento, sendo a enucleação (TITINCHI, 2020) (PERJUCI, 2018).

A literatura apresenta escassez sobre as características clínico-patológicas dos cistos residuais dos maxilares. Isso é particularmente relevante, considerando que esses cistos podem se assemelhar aos cistos e tumores mais recorrentes da região maxilar (NORTJÉ, 2020). Portanto, os cistos inflamatórios residuais devem ser considerados como uma das principais hipóteses no diagnóstico diferencial de lesões císticas em maxilares desdentados (TITINCHI, 2020).

2 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de um paciente que realizou o tratamento por meio da descompressão e posterior enucleação de um cisto inflamatório residual extenso, localizado na região de corpo de mandíbula, enfatizando os aspectos clínicos e a importância de um diagnóstico correto.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

TRATAMENTO CONSERVADOR DE CISTO INFLAMATÓRIO RESIDUAL: RELATO DE CASO

CONSERVATIVE TREATMENT OF RESIDUAL INFLAMMATORY CYST: CASE REPORT

RESUMO:

Objetivo: Apresentar um caso clínico sobre o tratamento conservador de um cisto inflamatório residual, destacando suas características e os resultados clínicos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, compareceu à clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com encaminhamento para avaliação de uma lesão no corpo mandibular, suspeitas de potencial malignidade. Inicialmente, as hipóteses diagnósticas incluíam ameloblastoma unicístico e ceratocisto odontogênico. Após a realização de anamnese, exames clínicos e de imagem, a hipótese diagnóstica foi direcionada para cisto inflamatório residual. Foi realizada biópsia incisional e análise histopatológica, que confirmaram o diagnóstico. O tratamento consistiu inicialmente na descompressão do cisto, seguida de enucleação. Após 27 meses de acompanhamento, a paciente apresentou regressão completa da lesão, boa recuperação clínica e reabilitação oral com próteses totais. **Discussão:** O cisto inflamatório residual pode surgir após a remoção de um elemento remanescente que apresentava cisto radicular. O diagnóstico precoce e correto é essencial para a adoção de um tratamento conservador. A descompressão é indicada como etapa inicial para reduzir a pressão cística interna, minimizando danos ao paciente. A etapa final de remoção total da lesão, é feita pela enucleação que reduz significativamente o risco de recidiva. **Conclusão:** O diagnóstico preciso é fundamental para o sucesso terapêutico. A abordagem conservadora, utilizando descompressão seguida de enucleação cirúrgica, demonstrou-se eficaz no manejo de cistos inflamatórios extensos, promovendo bons resultados clínicos.

Palavras chave: Cisto residual, Descompressão, Tratamento conservador.

ABSTRACT:

Objective: To present a clinical case of conservative treatment for a residual inflammatory cyst and highlight its characteristics and clinical results. **Case report:**, 54 years old, attended the dental clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF) with a referral for evaluation of a lesion on the mandibular body suspected of potential malignancy. Initially, the diagnostic hypotheses were unicystic ameloblastoma and odontogenic keratocysts. After anamnesis and clinical and imaging examinations, the diagnostic hypothesis was directed to a residual inflammatory cyst. Incisional biopsy and histopathological analysis were performed, which confirmed the diagnosis. The treatment initially consisted of cyst decompression, followed by enucleation. After 27 months of follow-up, the patient showed complete regression of the lesion and good clinical recovery and oral rehabilitation with complete dentures. **Discussion:** Residual inflammatory cysts may arise after the removal of the remaining element of a radicular cyst. Early and accurate diagnosis is essential for conservative treatment. Decompression is indicated as an initial step in reducing the internal cystic pressure and minimizing damage to the patient. The final stage of total lesion removal is performed by enucleation, which significantly reduces the risk of recurrence. **Conclusions:** Accurate diagnosis is essential for therapeutic success. The conservative approach using decompression followed by surgical enucleation proved to be effective in the management of extensive inflammatory cysts, promoting good clinical results.

Keywords: Residual cyst, Decompression, Conservative treatment.

INTRODUÇÃO:

Os cistos odontogênicos são cavidades patológicas revestidas por epitélio e rodeadas por tecido conjuntivo fibroso, originando-se de tecidos dentais. Entre estes, destaca-se o cisto inflamatório residual, uma lesão que surge devido a um processo inflamatório periapical que persiste mesmo após a extração do dente afetado¹. Embora seja uma patologia de caráter benigno, os

cistos possuem alta taxa de destruição óssea, sendo assim, a importância de um diagnóstico correto².

Os cistos inflamatórios são os mais comuns encontrados nos maxilares, sendo que afetam principalmente pacientes de meia-idade. Eles apresentam características clínico-patológicas semelhantes às das lesões císticas mais agressivas nos maxilares, logo, devem ser altamente suspeitados ao se observar lesões císticas em maxilares desdentados de pacientes idosos³.

Informações como o tamanho do cisto, a localização, relação com os dentes e morfologia radiográfica são extremamente úteis para o diagnóstico diferencial, pois os maxilares são um local de grandes variedades patológicas⁴. Assim, é importante ressaltar que o cisto inflamatório residual possui como etiopatogenia o resultado de uma extração dentária, que não foi realizada a curetagem adequada, associado, assim, à lesão cística apical².

O cisto residual pode não apresentar sintomas e é frequentemente detectado durante exames radiográficos de rotina em áreas desdentadas ou parcialmente desdentadas. Porém, um dos seus sinais clínicos é a expansão das corticais ósseas, que como consequência, pode invadir o seio maxilar ou comprimir o nervo alveolar inferior, provocando sintomas ao paciente⁵.

Os cistos residuais são geralmente tratados por meio de intervenção cirúrgica, utilizando técnicas como enucleação, marsupialização ou descompressão para reduzir a pressão dentro do cisto. A marsupialização pode ser usada por um período de tempo para diminuir o tamanho do cisto, na qual é feita uma abertura da lesão para gerar uma comunicação com a cavidade bucal. A descompressão é uma outra alternativa de tratamento que diminui a pressão dentro do cisto. Esta técnica consiste em criar uma pequena abertura na parede do cisto, mantendo-a aberta com a sutura de um dispositivo³.

Com isso, tanto a marsupialização quanto a descompressão baseiam-se no princípio de aliviar a pressão dentro do cisto para reduzir seu tamanho, permitindo simultaneamente a deposição gradual de osso ao redor da lesão. A descompressão é vista como a opção de tratamento mais adequada para pacientes que necessitam de uma abordagem mais conservadora. Entretanto,

requerem colaboração do paciente com higiene bucal e visitas ao cirurgião-dentista, com um posterior procedimento, sendo a enucleação^{3,6}.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de um paciente que realizou o tratamento por meio da descompressão e posterior enucleação de um cisto inflamatório residual extenso, localizado na região de corpo de mandíbula, enfatizando os aspectos clínicos e a importância de um diagnóstico correto.

RELATO DE CASO:

A paciente E.G.R., do sexo feminino, 54 anos de idade e melanoderma, foi encaminhada para a clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (FO - UFJF) em julho de 2022 devido a um aumento de volume na região do terceiro quadrante. Durante a consulta inicial, não foram observados sinais de inchaço extraoral. A paciente relatou ausência de sintomas significativos, porém mencionou um desconforto na região edêntula onde o aumento de volume foi identificado.

No exame clínico, pode-se observar a expansão das corticais vestibular e lingual na região posterior da mandíbula do lado esquerdo (figura 1A e 1B). Durante a palpação, a paciente relatou um leve desconforto e negou alterações de sensibilidade na região. Também, relatou sentir, de forma ocasional, uma pressão e mencionou ter tido um episódio anterior de drenagem de um líquido claro. Por fim, foi relatado que há cerca de 1 ano, ela realizou a exodontia de elementos dentários naquela região. Devido as características clínicas, as hipóteses diagnósticas foram de ameloblastoma unicístico, ceratocisto odontogênico e cisto inflamatório residual.

Assim, para um melhor e correto diagnóstico, foi solicitado uma Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC). O exame mostrou uma extensa área radiolúcida unilocular bem delimitada na região de terceiro quadrante. Além disso, pode-se observar que a lesão se estendia do rebordo alveolar à borda inferior da mandíbula (figura 1C), ou seja, com grande risco de fratura óssea.

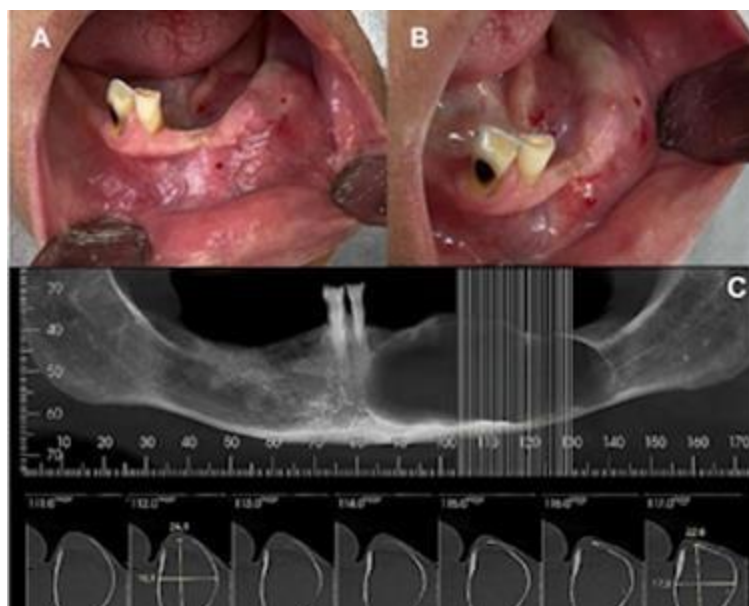


Figura 1: vista anterior mostrando aumento de volume na região da parassínfise e corpo mandibular esquerdos (A); vista superior demonstrando expansão das corticais vestibular e lingual (B); tomografia computadorizada de feixe cônico com cortes parassagitais evidenciando lesão radiolúcida unilocular com adelgaçamento das corticais (C).

A paciente foi orientada sobre a realização da biópsia, para um posterior tratamento correto. Por se tratar de uma lesão extensa, com risco de fratura e a proximidade com estruturas nobres, foi sugerido à paciente uma descompressão cística, antes de uma total enucleação.

Sendo assim, a biópsia e a descompressão foram realizadas, sob anestesia local, na clínica da FO-UFJF. Após uma punção aspirativa que revelou presença de líquido amarelo claro (figura 2A), foi realizada uma incisão circular abrangendo a mucosa alveolar, o periósteo e o envoltório cístico, criando uma comunicação entre a cavidade bucal e o interior da lesão (figura 2B). Em seguida, foi instalado um dispositivo para descompressão (figura 2C).



Figura 2: punção aspirativa (A); incisão removendo fragmento para biópsia (B); dispositivo de compressão instalado (C).

O procedimento cirúrgico teve como objetivo realizar uma biópsia incisional e promover descompressão da lesão. O espécime foi fixado a formol 10% e enviado para análise histopatológica, que demonstrou aspectos de cistos odontogênicos inflamatórios, confirmando o diagnóstico de cisto inflamatório residual. Assim, com a continuidade do tratamento, o dispositivo de descompressão permaneceu por 4 semanas e foi removido. Após um acompanhamento de 10 meses, foi realizado exame clínico (figura 3A) e exame de imagem (figura 3B), os quais demonstraram uma regressão da lesão e formação óssea com aspecto de normalidade.

Optou-se por manter a proervação por mais um período de 6 meses, para uma melhor cicatrização óssea. Após este tempo, a paciente realizou novamente exame clínico e radiográfico, em que a cicatrização óssea estava ainda mais notável e foi considerada a realização da enucleação cirúrgica da cápsula cística (figura 3C). Além disso, foi solicitado uma nova TCFC para um melhor planejamento cirúrgico da enucleação.

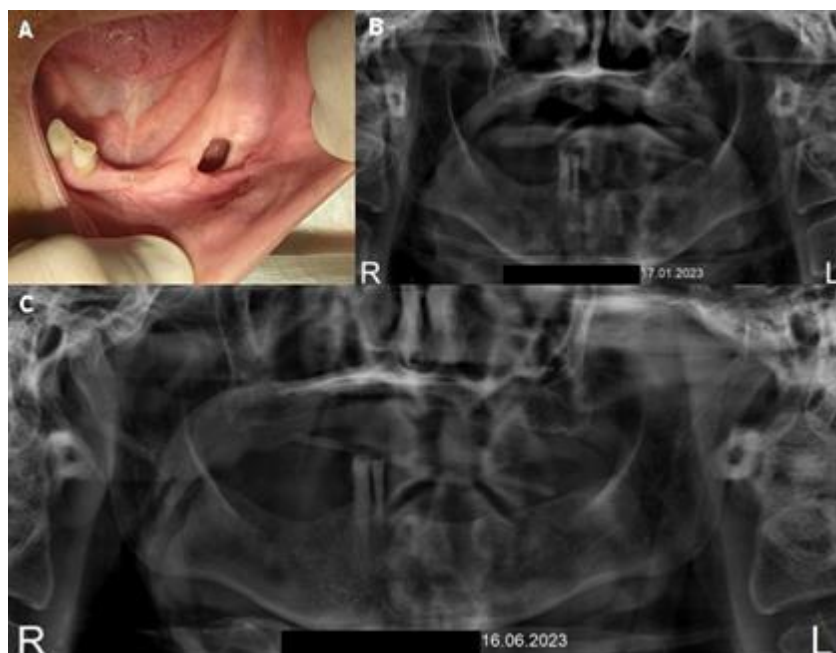


Figura 3: exame clínico após 10 meses (A); exame radiográfico após 10 meses (B); exame radiográfico da segunda consulta de preservação (C).

A cirurgia de enucleação foi realizada cerca de 2 meses após a segunda consulta de preservação (figura 4A e 4B). Além disso, durante o mesmo procedimento cirúrgico, foram extraídos dois dentes remanescentes da paciente, devido à perda óssea, para viabilizar a confecção de uma prótese total inferior.

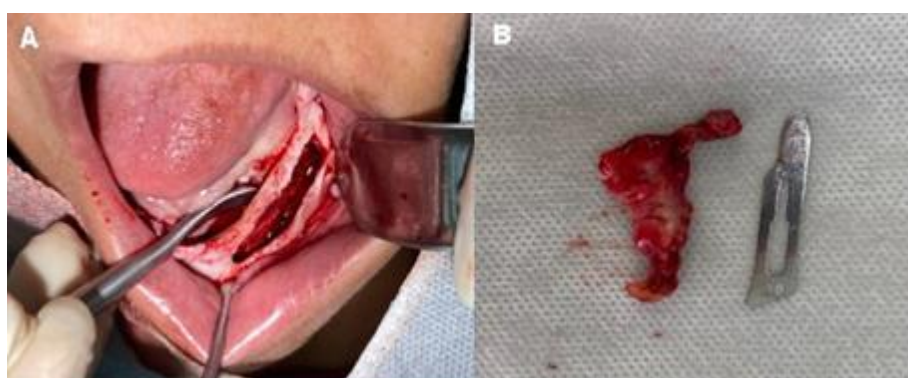


Figura 4: enucleação cirúrgica (A e B);

Em um período de 15 dias a paciente foi avaliada duas vezes, com progressão favorável da cicatrização (figura 5A). Em conclusão, o presente relato de caso descreve a evolução favorável de uma paciente após diagnóstico e tratamento de um cisto inflamatório residual. Após 27 meses de acompanhamento, a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada revelaram completa regressão da lesão, corroborada pela recuperação clínica da paciente (figura 5B e figura 5C). Assim, após 27 meses, para finalizar o tratamento, foi realizada a reabilitação oral da paciente, com a confecção de prótese total inferior e superior (figura 5D).

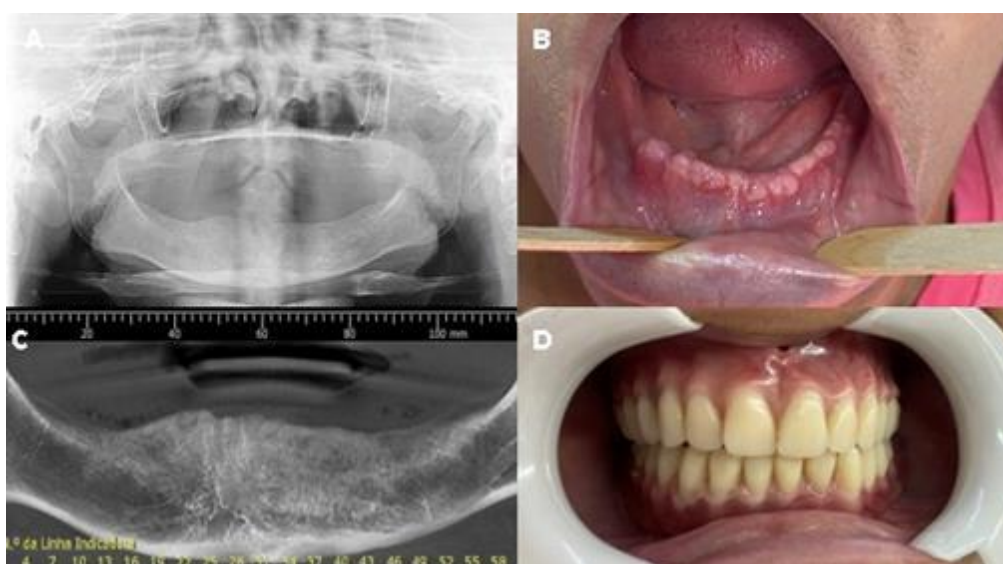


Figura 5: Exame radiográfico após 23 meses revelando regressão da lesão (A). Exame clínico realizado 17 dias após a cirurgia, em que é observado cicatrização satisfatória (B). Exame tomográfico realizado após 27 meses (C). Prótese total superior e inferior confeccionada após 27 meses para reabilitação oral da paciente (D).

DISCUSSÃO:

Os cistos são um dos achados mais frequentes na Odontologia, apesar de serem considerados patologias benignas, eles apresentam altas taxas de destruição óssea. Eles podem ser divididos em odontogênicos e não odontogênicos. Os cistos odontogênicos, podem ser classificados como cistos

de desenvolvimento e inflamatórios, sendo que a etiopatogenia dos inflamatórios está relacionada com lesões cariosas, traumas e necrose pulpar^{1,2,5}.

As lesões císticas podem ser definidas como uma cavidade com revestimento epitelial com material específico no seu interior. A ausência de sintomas dificulta a descoberta dessas lesões, que podem se tornar cada vez mais extensas. Entretanto, os cistos possuem o padrão de crescimento lento, o que dificulta a sua identificação e apenas casos com crescimento relevante vão gerar alguns sinais e sintomas, como assimetria, dores agudas e alterações na mastigação^{2,7}. Portanto, o crescimento de lesões císticas na mandíbula pode danificar estruturas vitais próximas, como o nervo mandibular e os seios maxilares. Além disso, essas lesões podem causar assimetria facial, deslocamentos dentários e fraturas patológicas^{3,7,8}.

Com isso, o cisto residual de origem inflamatória surge após um cisto radicular na mandíbula que se formou na região apical ou ao lado de um dente extraído. Os cistos residuais costumam ter as mesmas características dos cistos radiculares convencionais, porém, devido à remoção da causa (dente ou raízes cariadas), o infiltrado inflamatório nesses cistos remanescentes diminui, e suas paredes apresentam tecido colágeno fibroso não inflamatório. Esse processo se inicia com a propagação de bactérias de um dente necrosado para a região periapical da mandíbula. Se não for tratada, essa infecção resulta na formação de um cisto periapical que contém células T ativadas que liberam citocinas. Essas citocinas agem sobre os remanescentes epiteliais, promovendo sua proliferação e a subsequente diferenciação para formar o cisto residual inflamatório^{2,3}.

Titinchi et al³. relataram que a frequência do cisto inflamatório residual foi relativamente baixa, sendo que entre todos os outros cistos, sua porcentagem foi de 3,2. Além disso, as idades atingidas variam entre 11 a 82 anos, mas com uma média de 48 anos, sendo que na pesquisa feita, 46,8% possuíam mais de 50 anos de idade. O sexo masculino é ligeiramente mais afetado que o sexo feminino, com 54,8% em homens e 45,2% em mulheres. Também avaliaram os sintomas e sinais prevalentes, que foram inchaço, dor e secreção purulenta e

grande parte das lesões císticas estavam presentes na parte posterior da mandíbula.

O diagnóstico correto é essencial para um correto tratamento, para isso, devem ser feitos exames clínicos e exames de imagem, além da confirmação anatomopatológica, feita por meio da biópsia^{2,9}. A TCFC é uma excelente tecnologia e oferece diversas vantagens, seu uso é ideal para verificar a densidade, a relação com as estruturas adjacentes e a delimitação precisa de lesões ósseas. No entanto, ela não substitui o exame microscópico da peça cirúrgica. Assim, o perfil histopatológico do cisto inflamatório residual apresenta uma cápsula cística formada por tecido conjuntivo fibroso e revestida por um fino epitélio escamoso estratificado não queratinizado^{9,10}. Em um primeiro momento, no caso clínico apresentado, a hipótese diagnóstica era de ameloblastoma unicístico e ceratocisto odontogênico. Entretanto, as características histopatológicas são distintas do cisto inflamatório residual, sendo que o ameloblastoma unicístico consiste em um único compartimento cístico revestido por células epiteliais neoplásicas e as células colunares na base estão dispostas em paliçada e possuem polaridade reversa, característica típica do ameloblastoma. Já o ceratocisto odontogênico, possui um epitélio de revestimento clássico com 6–8 camadas de células de espessura, com paliçada basal e superfície de paraqueratina ondulada^{4,11}.

Radiograficamente, o cisto inflamatório residual se apresenta como uma imagem radiolúcida, com formato circular ou ovalado, de tamanho variado. A medida que o cisto permanece no paciente, acontece a degeneração do conteúdo celular dentro do lúmen, que leva a uma calcificação distrófica, o que apresenta uma radiopacidade central no exame. Além disso, também é importante observar no exame radiográfico, a ausência do elemento dentário associado a lesão cística^{12,13}. No presente trabalho, os exames de imagem apresentavam as mesmas características descritas na literatura, mas ainda não apresentava calcificação central.

Diversos tratamentos foram descritos para o manejo dos cistos maxilares. A marsupialização, descrita por Partsch em 1892, é uma técnica que envolve a criação de uma grande abertura na parede do cisto, que é então suturada à

mucosa oral. Esta comunicação entre a cavidade oral e o cisto reduz a pressão interna da lesão e promove a formação de novo osso. Também existe a opção da descompressão do cisto odontogênico, que pode ser realizada utilizando diferentes dispositivos e consiste em criar uma pequena abertura na lesão para posteriormente suturar o tubo na sua periferia. Esse procedimento alivia a pressão interna, estimulando a formação óssea dentro da lesão. Esse tratamento requer acompanhamento e comprometimento por parte do paciente^{3,6,8}.

A excisão primária de cistos é geralmente realizada para aqueles com um diâmetro máximo inferior a 3 cm. Lesões menores podem ser completamente enucleadas durante a biópsia, sendo essa a opção de tratamento ideal. No entanto, há algumas contraindicações para a enucleação, que incluem lesões grandes, difícil acesso, proximidade de estruturas vitais adjacentes e a idade do paciente^{3,5}. Ao inverso disso, quando o cisto se torna muito extenso e causa uma destruição óssea significativa na mandíbula, alguns profissionais podem optar pela ressecção segmentar da mandíbula seguida de transplante de enxerto ósseo livre para diminuir as chances de recorrência. No entanto, esse tipo de cirurgia tem um impacto significativo na morfologia facial do paciente, afetando seriamente sua qualidade de vida e bem-estar subjetivo^{7,8,14}.

Por apresentar grande extensão em região posterior de mandíbula, o tratamento de escolha deste trabalho foi a descompressão para uma posterior enucleação cirúrgica. Assim, a descompressão tem como finalidade reduzir a pressão interna por meio do dispositivo suturado na região do cisto, o qual irá expor a lesão. Logo, o paciente deve evitar a entrada de alimentos na cavidade cística. Como desvantagem, essa técnica impossibilita a visualização clínica de possíveis alterações no epitélio cístico^{6,8,15}.

Silva et al¹⁶. avaliaram os tipos de dispositivos para serem usados na descompressão, mas ainda não foi identificado o dispositivo mais adequado para a descompressão de cistos odontogênicos, os resultados indicaram que os mais eficazes precisam ser confortáveis e manter-se estáveis na cavidade oral. Além disso, devem ser de fácil limpeza para o paciente. No caso clínico descrito neste artigo, foi utilizado um dispositivo de silicone para a descompressão cística.

Esse método de descompressão causa menos danos à mandíbula e apresenta uma taxa de recorrência menor em comparação com a enucleação realizada em um único procedimento. Por isso, os profissionais frequentemente optam por esse método. Entretanto, ele requer um período de tratamento mais longo e o trauma da segunda cirurgia não pode ser desconsiderado^{3,17}. Após a enucleação, essas lesões císticas apresentam uma baixa taxa de recorrência, resultando em um bom prognóstico pós-cirúrgico. No entanto, se durante a remoção cirúrgica o revestimento e a parede do cisto se fragmentarem severamente, deixando restos epiteliais na cavidade, é possível que um cisto residual reapareça na área após algum tempo^{8,18}.

Os cistos inflamatórios residuais são conhecidos por terem uma baixa taxa de recorrência (1,6%), mas exibem uma alta incidência de alterações malignas no seu epitélio em comparação com outros cistos odontogênicos^{3,5}. Sendo assim, é recomendado um acompanhamento de 1 ano para monitorar possíveis formações malignas¹⁹. No caso relatado, houve sinais de regressão da lesão e neoformação óssea em sua extensão.

Por fim, além de todos os fatores citados que justificam o tratamento cirúrgico, a presença do cisto residual inflamatório no paciente edêntulo, impede sua reabilitação funcional devido ao defeito ósseo causado^{16,20}.

CONCLUSÃO:

Os cistos são lesões comuns na Odontologia, benignas por natureza, mas capazes de causar destruição óssea substancial. Este desfecho sublinha a eficácia do tratamento cirúrgico conservador adotado, destacando a importância do monitoramento regular para a avaliação da resposta terapêutica e a progressão da cicatrização tecidual.

REFERÊNCIAS:

1. Dupont LL, Silva RT, Almeida JP, Souza FM. Etiologia e tratamento de cisto odontogênicos, conduta frente ao cisto radicular. *Braz J Saúde Rev.* 2024; 7(3); e70353-e70353.
2. Paes SM, Silva CBO, Rahmeier FL, Sousa IG, Cerqueira NS, Santos JA, et al. *Patologia oral e maxilofacial*, Porto Alegre: Sagah; 2022.

3. Titinchi F, Morkel J. Residual cyst of the jaws: A clinico-pathologic study of this seemingly inconspicuous lesion. *Plos One*. 2020 Dec 17;15(12):e0244250.
4. McLean AC, Vargas PA. Cystic Lesions of the Jaws: The Top 10 Differential Diagnoses to Ponder. *Head and Neck Pathology*. 2023 Mar 16; 17 (1); 85-98.
5. Etemadi M, Aghamohseni MM, Norouzi A, Sadeghi S, Ranjbarian P. Functional denture obturator for marsupialization of residual cyst: A novel approach. *Clinical Case Reports [Internet]*. 2022 Nov 1 [cited 2023 Oct 2];10(11). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9701859/>.
6. Perjuci F, Ademi-Abdyli R, Abdyli Y, Morina E, Gashi A, Agani Z, et al. Evaluation of Spontaneous Bone Healing After Enucleation of Large Residual Cyst in Maxilla without Graft Material Utilization: Case Report. *Acta Stomatologica Croatica*. 2018 Mar 15;52(1):53–60.
7. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic Cysts and Neoplasms. *Surgical Pathology Clinics [Internet]*. 2017 Mar 1;10(1):177–222. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28153133>.
8. Oliveros-Lopez L, Fernandez-Olavarria A, Torres-Lagares D, Serrera-Figallo M, Castillo-Oyague R, Segura-Egea J, et al. Reduction rate by decompression as a treatment of odontogenic cysts. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2017; 5: e643.
9. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours [Internet]. 4.ed Lyon:Iarc; 2017. Available from: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Head-And-Neck-Tumours-2017>.
10. Tjioe KC, Imada TSN, Pardo MP, Consolaro A, Gonçalves ES. Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. *Revista da Associação Paulista de Cirurgioes Dentistas [Internet]*. 2015 [cited 2024 Nov 27];69(4):383–6. Available from: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762015000300011&script=sci_arttext.
11. Heikinheimo K., Huhtala JM, Thiel A, Kurppa KJ, Heikinheimo H, Kovac M, et al. The Mutational Profile of Unicystic Ameloblastoma. 2019 Jan 1;98(1):54–60.
12. Carvalho GAO, Souza JR, Câmara JVF, Ribeiro AOP, Pierote JJA. Etiopatogenia e diagnóstico de cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura. *Research, Society and Development*. 2020 Jun 2;9(7):e671974797.
13. Neville WB, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

14. Abdullah WA. Surgical treatment of keratocystic odontogenic tumour: A review article. *The Saudi Dental Journal* [Internet]. 2011 Apr [cited 2019 Jun 29];23(2):61–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770236/>.
15. Mendonça JCG, Gaetti-Jardim EC, Macena JA, Teixeira FR, Santos CM dos, Oliveira MM, et al. Cisto periapical residual tratado por descompressão: relato de caso clínico-cirúrgico. *Archives of health investigation* [Internet]. 2015 Dec 31;4(5). Available from: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/923/155>.
16. Silva VT, Campos WG, Leone C, de Abreu Alves F, Lemos CA. Which devices can be used to decompress odontogenic cystic lesions in the oral cavity? A systematic review. *The British journal of oral & maxillofacial surgery* [Internet]. 2024 Apr;62(3):252–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38458909/>
17. Wang L, Ma C, Li X, Wang L, Cui C, Guo B, et al. Comparison of wall removal type versus wall retaining type of decompression for treating large mandibular odontogenic cysts. *Oral Diseases*. 2020 Jan 2;26(2):350–9.
18. Jamdade A, Nair GR, Kapoor M, Sharma N, Kundendu A. Localization of a Peripheral Residual Cyst: Diagnostic Role of CT Scan. *Case Reports in Dentistry*. 2012;2012:1–6.
19. Torul D, Bereket CM, Ozkan E. Tratamento de grande cisto residual em paciente idoso apenas com descompressão: relato de caso. *Balk J Dent Med*. 2018, 22 (3), 171-4.
20. Nogueira AS, Sampieri MBS, Sanches-Gonçales ES, Barreto-Gonçales Andrea Guedes, Soares ECS. Simultaneous occurrence of dentigerous cyst and residual cyst in the maxilla. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2014 Jan;80(1):88–9.

4 CONCLUSÃO

Os cistos, embora sejam lesões benignas, têm o potencial de provocar destruição óssea significativa. A identificação precisa e o tratamento adequado são cruciais para minimizar complicações, como a destruição de estruturas vitais e a assimetria facial. O diagnóstico preciso, fundamentado em exames clínicos, radiográficos e histopatológicos, é essencial para determinar a conduta terapêutica mais adequada. Métodos como a descompressão seguida de enucleação cirúrgica têm demonstrado eficácia, particularmente em casos de cistos extensos. No entanto, o acompanhamento pós-operatório é fundamental para detectar eventuais recorrências ou transformações malignas. Portanto, uma abordagem cuidadosa e individualizada no manejo dos cistos odontogênicos é essencial para garantir a saúde e o bem-estar duradouros dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, W.A. Tratamento cirúrgico de tumor odontogênico ceratocístico: Um artigo de revisão. **The Saudi Dental Journal** , v. 23, n. 2, p. 61-65, 2011.

BILODEAU, E.A; COLLINS, B.M . Cistos odontogênicos e neoplasias. **Surgical Pathology Clinics** , v. 10, n. 1, p. 177-222, 2017.

CARVALHO, G.A.O. et al. Etiopatogenia e diagnóstico de cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 7, p. e671974797, 2020.

DE MENDONÇA, J.C.G et al. Cisto residual periapical tratado por descompressão: relato de caso clínico-cirúrgico. **Arquivos de Investigação em Saúde** , v. 4, n. 5, 2015.

DEMIRKOL, M. et al. Estudo clinicopatológico de cisto de mandíbula na região sudeste da Turquia. **Revista Europeia de Odontologia**, v.8, n.1, p.107-111, 2014.

DUPONT, L.L. et al. Etiologia e tratamento de cistos odontogênicos, conduta frente o cisto radicular. **Brazilian Journal of Health Review**, v.7, n.3, p. e70353-e70353, 2024.

EL-NAGGAR, A.K et al. **Classificação da OMS de tumores de cabeça e pescoço**. 4. ed. Lyon: IARC, v. 9, 2017.

ETEMADI, S.M et al. Obturador de prótese funcional para marsupialização de cisto residual: Uma nova abordagem. **Clinical Case Reports** , v. 10, n. 11, 2022.

HEIKINHEIMO, K. et al. O perfil mutacional do ameloblastoma unicístico. **Revista de Pesquisa Odontológica**, v. 1, pág. 54–60, 2019.

JAMDADE, A. et al. Localização de um cisto periférico residual: papel diagnóstico da tomografia computadorizada. **Relatos de Casos em Odontologia** , v. 2012, p. 760571, 2012.

MCLEAN, A.C; VARGAS, P.A Lesões císticas dos maxilares: os 10 principais diagnósticos diferenciais a serem considerados. **Head and Neck Pathology** , v. 17, n. 1, p. 85-98, 2023.

NEVILLE, B.W et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2016.

NOGUEIRA, A.S et al. Ocorrência simultânea de cisto dentígero e cisto residual na maxila. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** , v. 80, p. 88-89, 2014.

NORTJÉ, C.J . Maxillofacial Radiology 178. **Revista Odontológica Sul-Africana** , v. 75, n. 2, p. 100, 2020.

OLIVEROS-LOPEZ, L. et al. Taxa de redução por descompressão como tratamento de cistos odontogênicos. **Medicina Oral, Patologia Oral e Cirugía Bucal** , v. 5, pág. e643, 2017.

PAES, S.M et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Porto Alegre: SAGAH, 2022.

PERJUCI, F. et al. Avaliação da cicatrização óssea espontânea após enucleação de grande cisto residual em maxila sem utilização de material de enxerto: relato de caso. **Acta Stomatologica Croatica** , v. 1, pág. 53-60, 2018.

SILVA, V.T. et al. Quais dispositivos podem ser utilizados para descompressão de lesões císticas odontogênicas na cavidade oral? Uma revisão sistemática. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery** , v. 62, n. 3, p. 252-258, 2024.

TITINCHI, F.; MORTEL, J. Cisto residual dos maxilares: Um estudo clínico-patológico desta lesão aparentemente imperceptível. **Plos One** , v. 15, n. 12, p. e0244250, 2020.

TIJOE, K.C et al. Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo o seio maxilar. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas** , v. 4, pág. 383-386, 2015.

TORUL, D.; BEREKET, C.M; ÖZKAN, E. Tratamento de grande cisto residual em paciente idoso apenas com descompressão: relato de caso. **Balkan Journal of Dental Medicine** , v. 3, pág. 171-174, 2018.

WANG, L. et al. Comparação do tipo de remoção de parede versus tipo de descompressão de retenção de parede para tratamento de grandes cistos odontogênicos mandibulares. **Oral Diseases** , v. 26, n. 2, p. 350-359, 2020.

ANEXO A - Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos

principal sair

Breno Nogueira Silva - Pesquisador | V3.9.2

Sua sessão expira em: 30min 41

Cadastros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESCOMPRESSION E POSTERIOR ENUCLEAÇÃO DE EXTENSO CISTO RESIDUAL EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO
Pesquisador Responsável: Breno Nogueira Silva
Área Temática:
Versão: 1
CAAE:
 Submetido em: 08/12/2023
Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ☒ Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
 - ☒ Projeto Original (PO) - Versão 1
 - ☒ Documentos do Projeto
 - Cronograma - Submissão 1
 - Declaração de Instituição e Infraestrutura
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Subm
 - Orçamento - Submissão 1
 - Outros - Submissão 1
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigaç
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - ☒ Apreciação 1 - Universidade Federal de Juiz de Fora
 - ☒ Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

LISTA DE APECIAÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Breno Nogueira Silva	1	08/12/2023	08/12/2023	Em Recepção e Validação Documental	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	08/12/2023 16:37:37	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador POp = Projeto Original de Centro Participante POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
 E = Emenda de Centro Coordenador Ep = Emenda de Centro Participante Ec = Emenda de Centro Coparticipante
 N = Notificação de Centro Coordenador Np = Notificação de Centro Participante Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

Diagrama de formação do CAAE:

Seqüencial para todos os Projetos submetidos para apreciação: n n n n n n

Dígito verificador: a a .

Seqüencial quando estudo possui Centro(s) Participante(s) e/ou Coparticipante(s): d v .

Código do Comitê que está analisando o projeto: t x x x . l l l l l

Voltar

Chat

ANEXO B - Normatização Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre

Diretrizes para Autores

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre (RFO-POA) destina-se à publicação de comunicações breves, trabalhos de pesquisa (básica e aplicada), relatos de casos clínicos e revisões de literatura (simples, integrativas ou sistemáticas) com ou sem meta-análises. Os artigos devem ser inéditos, redigidos em português ou inglês e destinar-se exclusivamente à RFO-POA, não devendo ser apresentados, simultaneamente, a outro periódico. Para submissão, pelo menos **1** dos autores deve possuir título de mestrado. Não serão aceitos manuscritos que tenham sido previamente depositados em um servidor de preprint. A revista não requer taxas de assinatura, submissão, avaliação, edição ou publicação.

ASPECTOS ÉTICOS

Autoria

A Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre adota às recomendações do [International Committee of Medical Journal Editor \(ICMJE\)](#) em relação à definição de autoria. Adota também a identificação de responsabilidade do autor pelo conteúdo e integridade da pesquisa, conforme [Declaração de Singapura](#).

Conflito de interesses

Os autores devem declarar a inexistência de conflitos de interesse na submissão do trabalho. Os revisores devem mencionar a existência de tais conflitos ao receber a solicitação de revisão, declinando de realizá-la.

Aprovação por comitê de ética

Estudos que envolvam seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução **466/12** do Conselho Nacional de Saúde e/ou com a Declaração de Helsinki, devendo constar no texto a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com respectivo número de aprovação (número do parecer ou CAAE). Estudos que envolvam experimentos com animais devem mencionar no texto a aprovação (número do parecer ou CAAE) pelo Comitê de Ética da instituição do autor ou Comitê de Ética da instituição onde os animais foram obtidos e os experimentos realizados. Além disso, no site da Revista, na submissão de relatos de caso ou de artigos originais que envolvam seres humanos ou animais é OBRIGATÓRIO o envio como documento suplementar do parecer de aprovação do Comitê de Ética. Submissões que não apresentarem a documentação descrita serão imediatamente rejeitadas antes da revisão por pares.

Política antiplágio

Os manuscritos passarão por procedimentos de investigação de possíveis plágios, anteriormente ao envio para a avaliação às cegas. A Revista repudia qualquer forma de plágio, sendo responsabilidade do autor garantir a originalidade de seu trabalho, realizando as citações conforme as Diretrizes para Autores. Na hipótese de verificação de plágio, o trabalho científico será imediatamente rejeitado.

Infrações éticas

Em caso de infrações éticas - publicação duplicada, plágio, fabricação de dados, questões relacionadas à autoria, conflitos de interesse não mencionados, apropriação indevida de ideias ou dados por parecerista, entre outras - quaisquer membros da comunidade acadêmica ou público em geral podem realizar denúncia através do e-mail: revistaodonto@ufrgs.br. A revista segue os [diagramas de fluxo do COPE](#) para identificação e orientação sobre más condutas. Eventualmente se houver contestação da decisão adotada, constitui-se um comitê de membros do corpo editorial e externos ao periódico para análise.

Correções e retratação

Em caso de [correções](#) e [retratação](#) são adotadas as recomendações do ICMJE.

DIRETRIZES E GUIAS INTERNACIONAIS

Consultar diretrizes e guias de acordo com o tipo de estudo realizado:

Ensaios clínicos:

Os manuscritos que relatam ensaios clínicos devem ser registrados em uma das plataformas de registro listadas pela Organização Mundial da Saúde ([REBEC](#), [ClinicalTrials.gov](#)). O número da inscrição deve ser apresentado no próprio trabalho. Deve ser informado, também, ao final do resumo do artigo, onde o estudo foi registrado, as iniciais e / ou o número do ensaio clínico. A submissão de ensaios clínicos deve estar de acordo com a declaração [CONSORT](#).

Estudos observacionais:

Em casos de submissão de estudos observacionais, solicita-se adesão aos guias do [STROBE](#) para a preparação do manuscrito.

Estudos de acurácia diagnóstica:

Observar orientações do [STARD](#) ou [TRIPOD](#).

Estudos de melhoria da qualidade:

Observar orientações do [SQUIRE](#).

Estudos pré-clínicos em animais:

Observar orientações do [ARRIVE](#).

Estudos qualitativos:

Observar orientações do [COREQ](#) (checklist) ou [SRQR](#).

Protocolos de estudos:

Observar orientações do [SPIRIT](#).

Relatos de casos:

Observar orientações do [CARE](#).

Revisões sistemáticas e meta-análises:

Observar orientações do [PRISMA](#) ou [MOOSE](#).

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Os trabalhos encaminhados (sem limites de páginas) deverão ser redigidos em fonte Arial tamanho 12, com espaçamento 1,5, página tamanho A4 e margens de 3 cm. Devem ser encaminhados no formato Microsoft Word (não ultrapassando 2MB) e observar as instruções abaixo:

Título

Conciso e indicativo dos objetivos e métodos do estudo (máximo 25 palavras).

Resumo e Abstract

Deverão ser redigidos resumos em português e inglês (abstract). O Resumo deve ser acompanhado das palavras-chave retiradas dos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#) ou [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#). O Resumo não deve exceder 250 (duzentas e cinquenta) palavras e deve conter, conforme o tipo de estudo, os tópicos descritos abaixo, destacados em negrito, seguidos de dois pontos:

- Casos clínicos: objetivo, relato do caso, discussão e conclusão.
 - Revisão de literatura: objetivo, revisão da literatura, resultados (em caso de revisão sistemática), discussão e conclusão.
 - Trabalhos de pesquisa: objetivo, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão. Nos ensaios clínicos deve-se informar, no final do resumo e abstract, o nome da base de dados onde ocorreu o registro, sigla e/ou número do Ensaio Clínico, conforme orientações do item Diretrizes e Guias Internacionais.
 - Comunicação breve: os tópicos abstratos variam de acordo com o tipo de estudo (caso clínico, revisão de literatura ou artigo de pesquisa).
-

Corpo do trabalho

De acordo com o tipo de estudo, são tópicos obrigatórios no arquivo do manuscrito:

- Casos clínicos: título, resumo, abstract, introdução, relato do caso, discussão, conclusão e referências.
- Revisão de literatura: título, resumo, abstract, introdução, revisão da literatura, resultados em caso de revisão sistemática, discussão, conclusão e referências.
- Trabalhos de pesquisa: título, resumo, abstract, introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusão e referências.
- Comunicação breve: deve conter as mesmas seções de acordo com o tipo de estudo (casos clínicos, revisão de literatura ou artigos de pesquisa).

Observações adicionais:

- Estudos envolvendo seres humanos e/ou animais: deve constar, no texto, a aprovação por Comitê de Ética com respectivo número de aprovação, conforme instruções na seção [Diretrizes Éticas](#).
- Ensaios clínicos: deve constar, no texto, o número de identificação (registro) em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde, conforme instruções na seção Diretrizes e guias internacionais. Deve-se observar as orientações quanto a diretrizes e guias internacionais de acordo com o tipo de estudo. A identificação de autoria NÃO pode constar no corpo do trabalho, devendo ser removida também da opção Propriedades no Word.

Folha de rosto

Para garantir o cegamento da avaliação por pares, a folha de rosto deve ser anexada como documento suplementar, SEPARADAMENTE do arquivo que contém o corpo do trabalho. A apresentação dos dados deve seguir o [RFO-POA's title page template](#) modelo de folha de rosto da RFO-POA, onde deve constar:

- título em português e inglês;
- nome(s) completo(s) do(s) autor(es) seguido(s) pela indicação de letras sobrescritas, aos quais, ao fim da página, se referirão ao vínculo institucional, cidade, estado e país da instituição de cada autor;
- [Orcid](#) de todos os autores;
- autor de correspondência e endereço eletrônico (e-mail);
- declaração de inexistência de conflito de interesses;
- dados de financiamento: patrocinador e número do processo;
- agradecimentos;
- qualquer outra informação que possa ser declarada na folha de rosto. **IMPORTANTE:** O nome de todos os autores, juntamente com seus dados, deverá ser incluído no sistema durante a submissão online, no passo 2 (preenchimento dos metadados, botão "Incluir Autor"). A inclusão dos nomes dos autores deve seguir a ordem de citação da folha de rosto. Qualquer inconsistência entre os dados da Folha de Rosto e os metadados incorrerá em devolução do artigo antes da revisão por pares. A RFO-POA não se responsabiliza por possíveis inconsistências nos nomes dos autores.

Abreviaturas

As abreviaturas devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Deve-se evitar o uso de abreviatura no título, exceto em casos, em que esta seja a forma mais conhecida do termo. Ao utilizar abreviaturas no título, deve-se fazê-lo sem a expressão corresponde por extenso, a qual deverá constar no corpo do texto quando mencionada pela primeira vez, seguida da abreviatura entre parênteses.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc.)

Todas as figuras devem ser numeradas com algarismos arábicos (1, 2, 3, etc.) na ordem de aparecimento no texto. A legenda deve ser clara e objetiva, aparecendo na base da Figura. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Fotos não devem permitir a identificação do paciente. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos JPG, com resolução mínima de 150 dpi. Gráficos devem ser apresentados, preferencialmente, em duas dimensões. Todas as figuras, devidamente identificadas, devem estar inseridas no corpo do texto no arquivo word, exatamente localizadas onde devem aparecer na edição final. Além disso, as figuras em formato JPG também devem ser submetidas separadamente como "documento suplementar".

Tabelas

As tabelas deverão estar inseridas no corpo do texto, formatadas em editor de texto e não em formato de figura, contendo respectivas legendas e notas de rodapé quando for necessário. As tabelas NÃO devem ser enviadas separadamente.

Citações

As citações devem ser indicadas no texto através do sistema numérico sobrescrito obedecendo ao estilo Vancouver. Ao citar usando os sobrenomes dos autores, adotar a seguinte padronização:

- artigos com até dois autores: mencionar todos, seguido do número da referência. Ex.: Henz e Nied¹
- artigos com três ou mais autores: mencionar apenas o primeiro autor, seguido de et al. e do número da referência. Ex.: Toniolli et al.¹

REFERÊNCIAS

As referências devem ser apresentadas seguindo estilo Vancouver, também conhecido como [Uniform Requirements](#), ordenadas e numeradas conforme a ordem de aparecimento no texto, e alinhadas a margem esquerda da página. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Observar as seguintes orientações:

- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; as abreviaturas podem ser obtidas através da publicação da NLM: [List of Serials Indexed for Online Users](#).
- Comunicações pessoais, trabalhos em andamentos e inéditos não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé.
- O uso do et al. nas referências deve considerar o número de autores:
 - Publicações com até seis autores: listar todos;
 - Publicações com mais de seis autores: listar os seis primeiros e acrescentar et al.
- Quando a autoria for uma organização, instituição etc. deve-se iniciar a referência pelo nome completo.
- Quando não existir um autor pessoal ou entidade, deve-se iniciar a referência pelo título.
- Este material não dispensa a consulta ao [Uniform Requirements](#).

Modelos de referências

Livros

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília; 2010.

Ferreira FV. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 7. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Mccabe IF. Applied dental materials. 9th ed. Oxford: Blackwell; 2008.

Contribuições em livros (autor do capítulo não é autor do livro)

Kinane DF, Lindhe J. Periodontite crônica. In: Lindhe J, Karring T, Lang N, editores. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 205-11.

Parte de livros (autor do capítulo é autor do livro)

Barrett KE, Barman SM, Boitano S, Brooks HL. Fisiologia médica de Ganong. 24. ed. Porto Alegre: AMGH Editora; 2014. Capítulo 1, Princípios gerais e produção de energia na fisiologia médica; p. 3-33.

Artigos de periódicos

Baraldi CEE, Pretto SM, Puricelli E. Evaluation of surgically assisted maxillary expansion using acoustic rhinometry and postero-anterior cephalometry. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2007 Apr [acesso 2017 mar 8];36(4):305-9. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WGW-4MWPV7R-1-1&_cdi=6833&_user=687304&_orig=browse&_coverDate=04%2F30%2F2007&_sk=999639995&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkzk&md5=246923bfc9f2b97cef7e56aeb175c7d&ie=/sdarticle.pdf.

Bernhardt JM, Felter EM. Online pediatric information seeking among mothers of young children: results from a qualitative study using focus groups. *J Med Internet Res*. 2004 Mar;6(1):e7.

Lazos JP. Lesiones estomatológicas asociadas a terapia oncológica. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2003 abr-mayo;91(2):100-3.

Oliveira MG, Chaves ACM, Visioli F, Rojas EU, Moure SP, Romanini J, et al. Peripheral clear cell variant of calcifying epithelial odontogenic tumor affecting 2 sites: report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod*. 2009 Mar;107(3):407-11.

Pyysalo S, Salakoski T, Aubin S, Nazarenko A. Lexical adaptation of link grammar to the biomedical sublanguage: a comparative evaluation of three approaches. *BMC Bioinformatics* [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9];7 Suppl 3:Article S2. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1764446&blobtype=pdf>.

Prates N, Bacchi E. Tratamento ortodôntico da classe III. *R Gaúcha Odontol*. 1989 set-out;37(5):331-4.

Dissertações e Teses

Garcia R. Densidade óssea: estudo in vivo na área entre incisivos laterais e caninos na maxila [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia; 1995.

Basso CL. Imagens fantasmas nas radiografias [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.

Legislação

Brasil. Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 fev. 1997. Seção 1, p. 2191.

Brasil. Lei nº 6050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 maio 1974. Seção 1, p. 6021.

Trabalhos apresentados em eventos

Valauri AJ. Reconstrução mandibular. In: Anais do 1º Simpósio Latino-Americano de Reabilitação da Face e de Prótese Buco-Maxilo-Facial; 1977; São Paulo. São Paulo: Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia; 1977. p. 197-198.

Comunicação Breve

Relato de resultados preliminares de pesquisas originais, textos de reflexão ou resenhas críticas sobre temas de interesse para os leitores da revista apresentados de forma sucinta (máximo de 2000 palavras e 3 figuras).

Artigos originais

São aceitos artigos de pesquisas originais.

Revisão de literatura

São aceitas revisões integrativas, sistemáticas de literatura, com ou sem meta-análise.

Relato de caso

São aceitos artigos de relatos de caso clínico quando os mesmos apresentarem condições raras e adicionarem conhecimento inédito.

Declaração de Direito Autoral

Todos os trabalhos publicados nesta revista adotam uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 \(CC BY 4.0\)](#), e seu uso deve ser feito sob essas condições de licenciamento. Os autores concedem à revista o direito de primeira publicação e têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicado nesta revista, como publicar em repositório institucional, com reconhecimento de autoria e publicação inicial.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.