

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Guilherme Oliveira Lima

**Descompressão Cirúrgica Como Tratamento Conservador de Cisto
Odontogênico Inflamatório em Paciente Pediátrico: Relato de Caso Clínico**

Governador Valadares

2022

Guilherme Oliveira Lima

**Descompressão Cirúrgica Como Tratamento Conservador de Cisto
Odontogênico Inflamatório em Paciente Pediátrico: Relato de Caso Clínico**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinto de Alcântara

Coorientador: Prof. Dr. Valdir Cabral Andrade

Governador Valadares

2022

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

Lima, Guilherme Oliveira.

Tratamento Conservador de Extenso Cisto Odontogênico Inflamatório Em Uma Criança: Relato de Caso Clínico / Guilherme Oliveira Lima. -- 2022.

29 p. : il.

Orientador: Carlos Eduardo Pinto de Alcântara

Coorientador: Valdir Cabral Andrade

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2022.

1. Cisto radicular. 2. Cisto odontogênico. 3. descompressão cirúrgica. I. Pinto de Alcântara, Carlos Eduardo , orient. II. Cabral Andrade, Valdir, coorient. III. Título.

Guilherme Oliveira Lima

Tratamento Conservador de Extenso Cisto Odontogênico Inflamatório Em Uma Criança: Relato de Caso Clínico

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em (dia) de (mês) de (ano)

BANCA EXAMINADORA

Dr. Carlos Eduardo Pinto de Alcântara – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dra. Mônica Regina Pereira Senra Soares
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dra. Rose Mara Ortega
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dedico este trabalho aos meus pais, Oziel de Souza Lima e Carmelina Mendonça de Oliveira, pelo apoio e amor durante todos esses anos. Por todo sacrifício, tenham a certeza que jamais foi e que nunca será em vão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela sua graça e misericórdia sobre mim.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, por toda a educação que me deram e por abrirem mão dos próprios sonhos para que os meus se tornassem realidade.

Ao meus familiares, por se fazerem presentes sempre quando precisei.

Aos meus professores, minha eterna gratidão por todos os ensinamentos, que mesmo em momentos sombrios e adversos, como a pandemia da COVID-19, se dispuseram a inovar para ensinar.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinto de Alcântara e Dr. Valdir Cabral Andrade, gratidão pelos conhecimentos cirúrgicos transmitidos, pelas oportunidades de experiência, pela paciência, pelo esforço e dedicação nesta nobre profissão.

RESUMO

Os cistos odontogênicos representam a maioria das lesões relacionadas aos ossos gnáticos e em sua patogênese, são diferenciados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Cistos Odontogênicos de Desenvolvimento ou Inflamatórios. Os cistos inflamatórios compreendem os cistos radiculares, residuais e colateral e normalmente estão associados a inflamações confinadas por epitélio proliferativo e decorrentes da polpa dentária, com forte relação com o ápice de dente não vital. O objetivo do trabalho é relatar a importância da decompressão cística associado à enucleação em dois momentos cirúrgicos distintos como sendo uma técnica menos invasivo em lesão cística extensa em paciente pediátrico. O presente caso clínico se trata de uma paciente do sexo feminino, de 11 anos que foi encaminhada para a clínica odontológica da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares (UFJF-GV) para avaliação de extensa lesão da região mandibular esquerda. Após exame clínico e imaginológico de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) foi possível identificar uma lesão extensa em corpo mandibular esquerdo da região do pré-molares e molares, provocando deslocamento dentário dos pré-molares e expansão e abaulamento das corticais ósseas. Após o consentimento da mãe da criança foi proposto como tratamento a realização de uma biópsia incisional seguida da técnica de decompressão cirúrgica e um dispositivo foi instalado dentro da lesão e sua margem suturada na mucosa comunicando o interior da lesão com a cavidade bucal. Após 6 meses, em novo exame de TCFC foi observado que a lesão havia diminuído seu tamanho significativamente. Em uma nova intervenção cirúrgica a lesão foi completamente enucleada e a análise histopatológica confirmou a hipótese de cisto radicular, raro em crianças. Após 6 meses, em um novo exame de TCFC foi observada neoformação óssea em toda área correspondente à lesão sem recidiva de patologia evidenciando que o tratamento de decompressão cirúrgica seguido de enucleação apresentou sucesso. A paciente foi encaminhada para tratamento ortodôntico para correção das alterações dentárias provocadas pela lesão e correção da má oclusão.

Palavras-chave: Cisto radicular; cisto odontogênico; decompressão cirúrgica.

ABSTRACT

Odontogenic cysts represent the majority of lesions related to gnathic bones and in their pathogenesis, they are differentiated by the World Health Organization (WHO) into Developmental or Inflammatory Odontogenic Cysts. Inflammatory cysts comprise radicular, residual and collateral cysts and are usually associated with inflammation confined by proliferative epithelium and arising from the dental pulp, with a strong relationship with the apex of a non-vital tooth. The objective of this study is to report the importance of cystic decompression associated with enucleation in two different surgical moments as a less invasive technique in extensive cystic lesion in pediatric patients. The present clinical case is about an 11-year-old female patient who was referred to the dental clinic of the Federal University of Juiz de Fora - Governador Valadares Campus (UFJF-GV) for evaluation of an extensive lesion in the left mandibular region. After clinical and imaging examination of panoramic radiography and cone beam computed tomography (CBCT) it was possible to identify an extensive lesion in the left mandibular body of the premolars and molars region, causing dental displacement of the premolars and expansion and bulging of the cortical bone. . After the child's mother's consent, an incisional biopsy followed by the surgical decompression technique was proposed as treatment and a device was installed inside the lesion and its margin was sutured in the mucosa communicating the interior of the lesion with the oral cavity. After 6 months, a new CBCT scan showed that the lesion had significantly decreased in size. In a new surgical intervention, the lesion was completely enucleated and the histopathological analysis confirmed the hypothesis of a radicular cyst, which is rare in children. After 6 months, in a new CBCT exam, bone neoformation was observed in the entire area corresponding to the lesion without recurrence of pathology, evidencing that the treatment of surgical decompression followed by enucleation was successful. The patient was referred for orthodontic treatment to correct the dental changes caused by the lesion and to correct the malocclusion.

Keywords: Radicular cyst; odontogenic cyst; surgical decompression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Exame extra-oral da paciente.....	12
Figura 2	- Radiografia panorâmica.....	13
Figura 3	- Cortes tomográficos iniciais	13
Figura 4	- Cirurgia para descompressão da lesão	15
Figura 5	- Cortes tomográficos 6 meses após cirurgia de descompressão ...	16
Figura 6	- Cirurgia de enucleação completa da lesão	16
Figura 7	- Cortes tomográficos 12 meses após primeira cirurgia	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	RELATO DE CASO CLÍNICO.....	12
3	DISCUSSÃO	18
4	CONCLUSÃO.....	21
5	REFERÊNCIAS.....	22
	ANEXOS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Os cistos são definidos como lesões cuja cavidade é revestida por epitélio, contendo líquido ou material semissólido em seu interior (NEVILLE et al, 2004). Quando o revestimento é derivado do germe dentário - restos de Malassez, epitélio reduzido do esmalte ou restos da lâmina dentária - são classificados como cistos odontogênicos de desenvolvimento ou inflamatórios (REGEZI; SCIUBBA, 2016) (NEVILLE et al, 2004) (RODRIGUES, 2011). Cistos Odontogênicos Inflamatórios comumente estão associados a inflamações da polpa dentária, relacionados ao ápice de dentes não vitais e ocorrem tanto em maxila quanto em mandíbula que induzidos por foco inflamatório, ficam confinados por epitélio proliferativo (YOSHIURA et al., 2003); (WHITE et al., 2003). A etiologia dos cistos inflamatórios ainda não está bem definida, mas Colic et al (2009) e Santos et al (2009) defendem que citocinas pró-inflamatórias e fatores de crescimento como a Interleucina 1 (IL-1a e IL- 1b), a Interleucina 6 (IL-6) e o Fator de Necrose Tumoral (TNF) atuam em grupos de células estimulando a proliferação e diferenciação celular. Epidemiologicamente, os cistos inflamatórios representam 7 a 13% das lesões em maxila e mandíbula, sendo que 15,3% destes acometem região posterior de mandíbula (DE MORAES, RODRIGUES, 2011).

Existem diferentes modalidades de tratamento para cistos nos ossos gnáticos, são elas: marsupialização, enucleação, enucleação e osteotomia periférica, curetagem, descompressão e até mesmo ressecção (NEVILLE et al, 2004), (PETERSON et al 2002), (MAURETTE; JORGE; DE MORAES, 2006) (LIZIO et al; 2013). Na escolha pelo profissional deve ser considerada a eficácia do resultado e o menor risco de morte ao paciente (POGREL; JORDAN, 2004). A descompressão consiste em uma técnica de instalação de dispositivo adjacente ao rebordo para que seja permitida a irrigação interna da lesão, a fim de evitar o crescimento e estimular a regressão da lesão devido à neoformação óssea. Esta técnica é a mais indicada no tratamento de lesões extensas em que há proximidade com estruturas nobres e requer dois momentos cirúrgicos para a remoção total da lesão (FREITAS, 2006).

Por vezes os autores erroneamente confundem a técnica da marsupialização com a descompressão. Ao contrário da descompressão, a primeira não utiliza artifício adjacente ao rebordo da lesão e é apontada como mais conservadora, e quando acompanhada da enucleação, não requer um segundo momento cirúrgico. Já a

técnica da descompressão consiste em realizar uma incisão ampla e circular, sutura do dispositivo junto à mucosa para manutenção da comunicação bucal com a lesão e parte da cápsula da lesão retirada ser encaminhada ao exame histopatológico (PINTO et al., 2015).

O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de tratamento de uma extensa lesão cística odontogênica inflamatória em mandíbula de uma criança de 11 anos em que foi realizada a descompressão como manobra cirúrgica previamente à enucleação da lesão.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, de 11 anos de idade foi encaminhada para a clínica odontológica da UFJF- Campus GV, para avaliação de uma lesão extensa em mandíbula, observada através de um exame radiográfico de rotina. Durante a anamnese, acompanhada da mãe, foi constatada boa saúde geral, com ausência de doença sistêmica. Ao exame físico extraoral não foi observada nenhuma assimetria facial importante. Ao exame intraoral, foi observado na arcada inferior que os pré-molares do lado direito já estavam erupcionados e em oclusão, enquanto que do lado esquerdo apenas o primeiro pré-molar estava presente. A área correspondente ao segundo pré-molar apresentava leve tumefação e aumento de volume da tábua óssea vestibular detectada através de palpação (Figura 1).

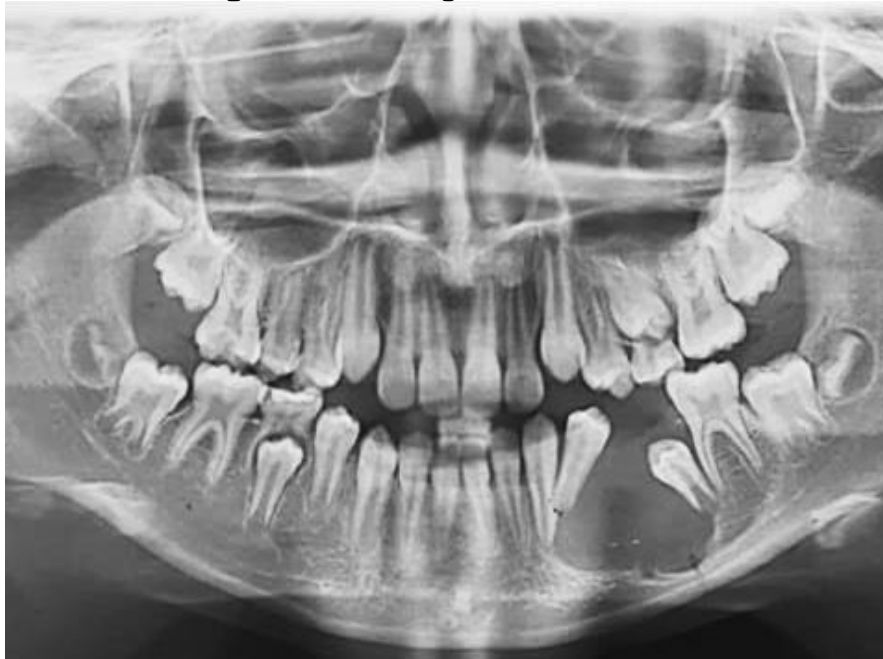
Figura 1 – Exame extra-oral da paciente: Vista frontal da face com boa simetria facial (A). Vista intrabucal do sorriso (B) e da região (C) correspondente à lesão.



FONTE: Elaborado pelo próprio autor (2022)

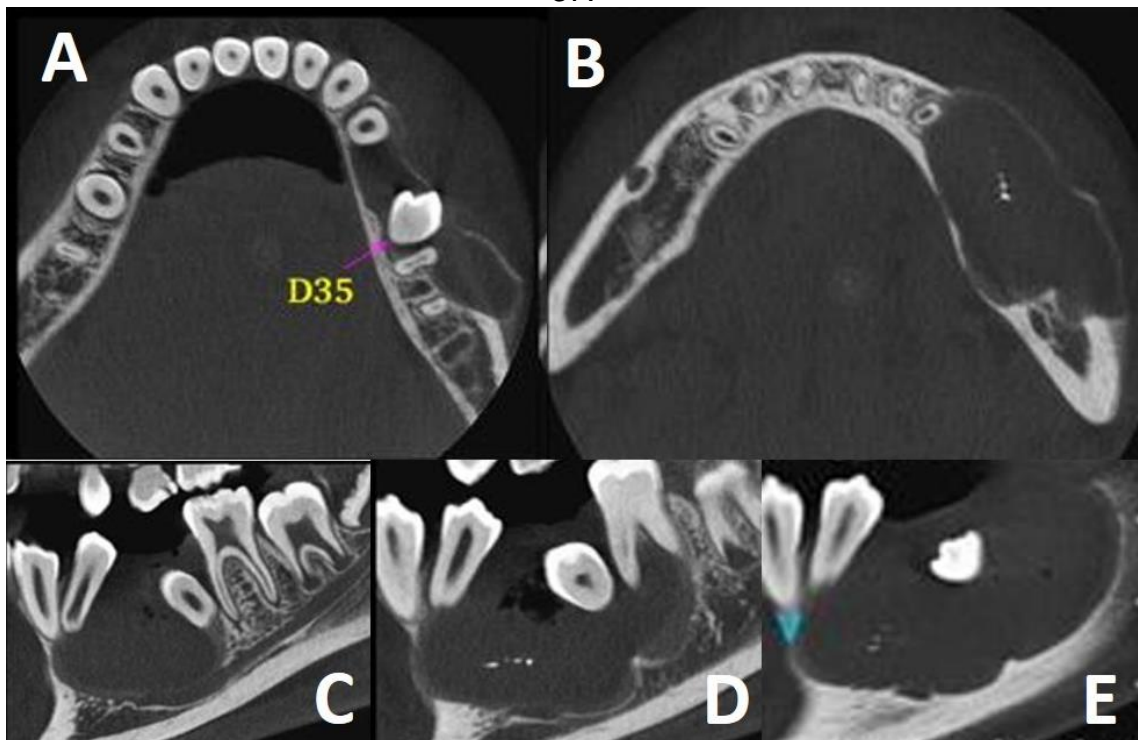
Através do exame radiográfico panorâmico (Figura 2) foi observada uma lesão radiolúcida unilocular, envolvendo o ápice do dente 33 que se estendia ao ápice do dente 35, causando deslocamento dentário dos dentes 34 e 35 que por sua vez apresentavam rizogênese incompleta. Através de um exame de tomografia computadorizada foi possível verificar a extensão total da lesão, que se apresentava como uma imagem hipodensa, unilocular, bem definida, ocupando toda extensão vestibulo-lingual e supero-inferior dos dentes 34 e 35 e ainda a metade vestibular e superior dos dentes 36 e 37. O dente 34 apresentava-se distalizado enquanto que o dente 35 encontrava-se totalmente incluído, no interior da lesão, em posição inclinada e com ápice próximo ao dente 36. Havia abaulamento da cortical vestibular e lingual e rompimento da vestibular na região do 36 (Figura 3). Ao teste de vitalidade pulpar e percussão todos os dentes responderam positivamente.

Figura 2 – Radiografia Panorâmica



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2022)

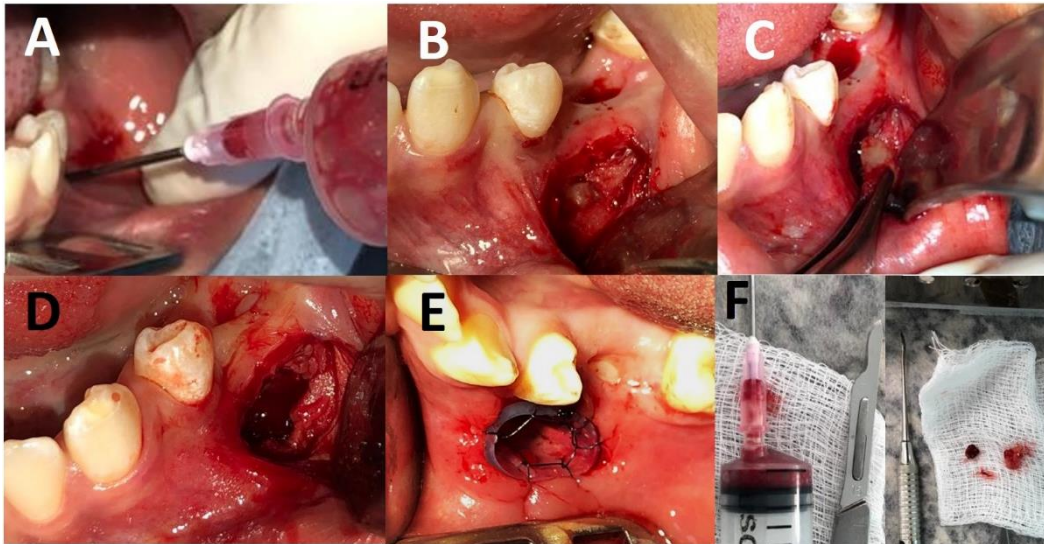
Figura 3 – Cortes tomográficos iniciais: Cortes tomográficos Axiais (A e B) e Sagitais (C, D e E) evidenciando extensa lesão hipodensa, unilocular, bem definida, ocupando toda extensão vestibulo-lingual e supero-inferior dos dentes 34 e 35 e ainda se estendendo para posterior do corpo mandibular na região dos dentes 36 e 37.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2022)

Foi proposto como hipótese diagnóstica cisto odontogênico radicular, colateral, ou cisto dentífero; ou tumor odontogênico (ameloblastoma unicístico, fibro-odontoma ameloblástico, tumor odontogênico adenomatóide). A hipótese de cisto dentífero relacionada ao dente 35 foi descartada após avaliação de ambos os exames imaginológicos. Em um segundo atendimento, foi assinado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pela paciente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mãe (TCLE). Feito isso, foi proposto como tratamento a realização de uma biópsia incisional para se obter o diagnóstico definitivo e instituir tratamento adequado. Após realizado o bloqueio anestésico dos nervos alveolar inferior/lingual/bucal com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 foi realizada uma punção aspiratória em que se obteve conteúdo líquido pouco amarelado e com sangue, característico de lesão cística. Em seguida, foi feita o acesso cirúrgico através de uma incisão com uma lâmina de bisturi 15C, na região vestibular da mucosa na área correspondente à lesão distalmente ao dente 35. Após descolamento total do retalho, foi aberta uma janela óssea circular e coletado um fragmento ósseo com auxílio de microcinzelos cirúrgicos. Em seguida, um fragmento de mucosa do interior da lesão foi coletado sendo ambos enviados para análise histopatológica. Como a lesão era muito extensa, optou-se pela técnica de descompressão cirúrgica e um dispositivo de borracha foi inserido dentro da lesão e sua margem suturada com fio de nylon 4.0 na margem circular da abertura cirúrgica. (Figura 4). Ao fim da cirurgia, foi feita a prescrição de antibiótico por 7 dias, analgésico por 48 horas e anti-inflamatório por 72 horas e foram dadas as devidas instruções de cuidados pós-operatórios, dentre elas a orientação de realizar a higienização/irrigação com soro fisiológico e auxílio de uma seringa tipo Luer e agulha 25x7 mm três vezes ao dia, principalmente após as refeições, enquanto houvesse a permanência do dispositivo. Este foi removido duas semanas após a instalação e novamente a mãe foi orientada a manter os mesmos parâmetros de higienização até o fechamento total da área. A análise histopatológica revelou se tratar de um cisto odontogênico com intenso infiltrado inflamatório.

Figura 4 – Cirurgia para descompressão da lesão. **A** – Punção aspiratória com agulha de amplo calibre para caracterizar o conteúdo da lesão; **B, C, D** – Acesso cirúrgico através de um retalho e exposição da área da lesão, remoção de janela óssea e de fragmento de mucosa da lesão. **E** – Sutura do dispositivo de borracha; **F** – Material coletado e enviado para análise histopatológica



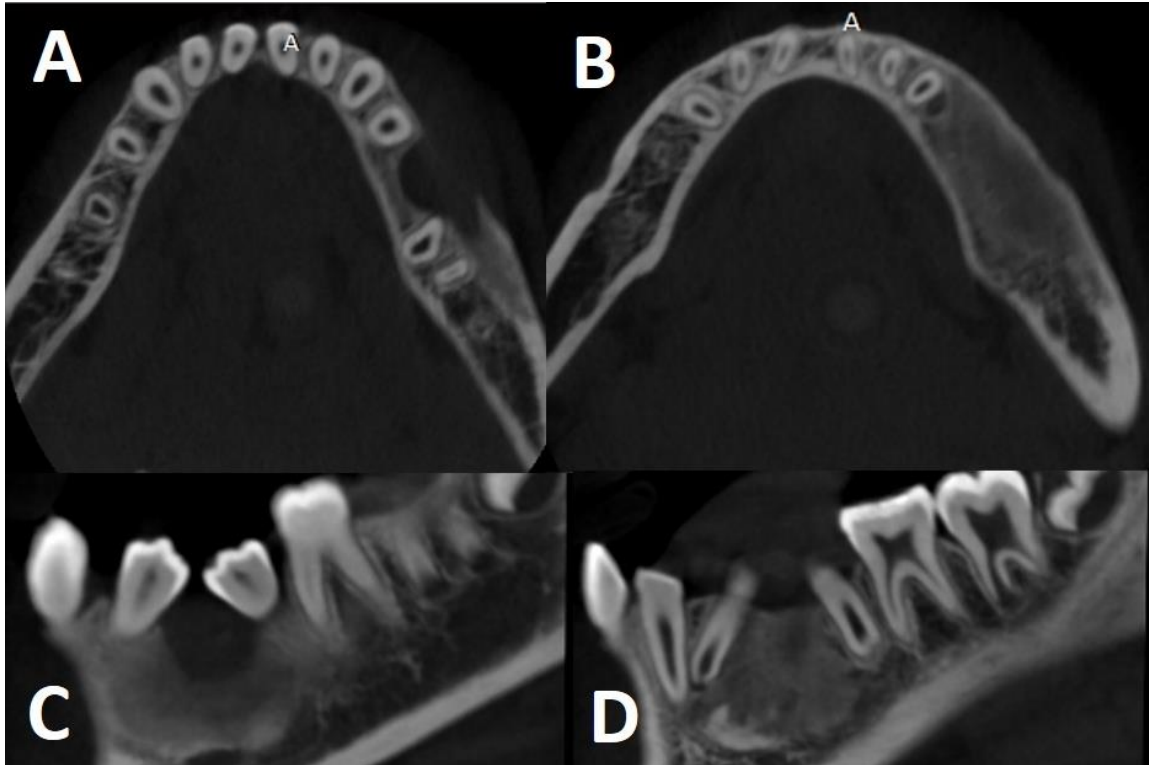
Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2022)

Após 6 meses, foi realizada nova consulta e solicitado novo exame de tomografia computadorizada. Ao exame clínico observou-se a erupção do dente 35, até então incluso na lesão. No exame de imagem, foi observado que a lesão havia diminuído de tamanho, permanecendo apenas circunscrita na área entre os pré-molares inferiores que tiveram seu processo de rizogênese continuado (Figura 5).

Dessa forma, foi proposta a remoção completa da lesão em uma nova intervenção cirúrgica em que a mesma foi completamente enucleada (Figura 6). Após nova análise histopatológica e considerando os achados imaginológicos, e histórico de extensa cárie nos dentes 74 e 75, já esfoliados, teve como laudo cisto odontogênico radicular.

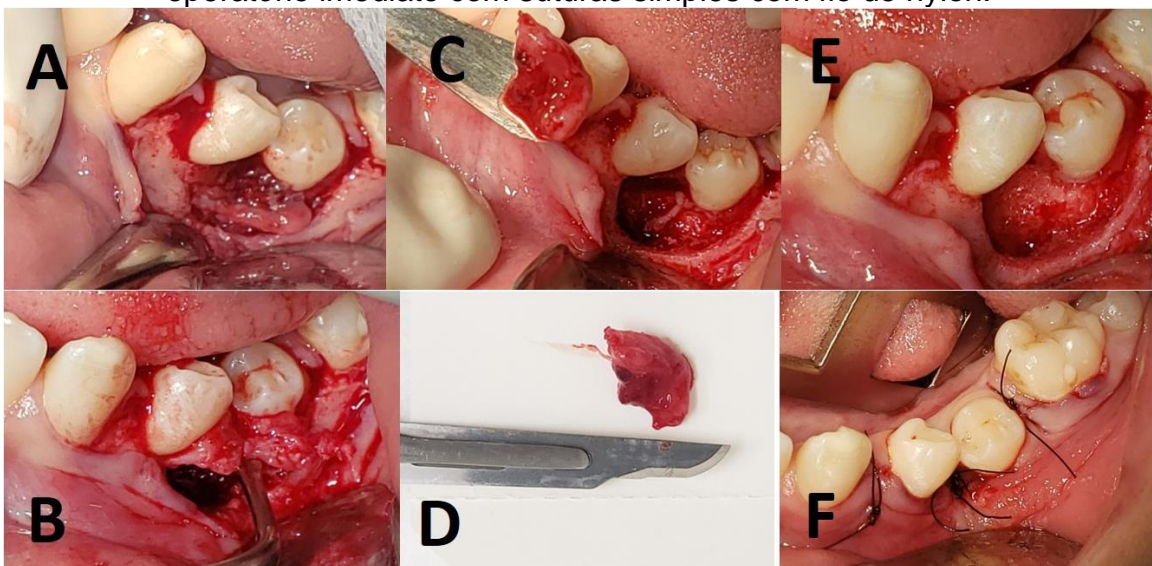
Recomendações pós-operatórias e prescrição medicamentosa foi refeita como na intervenção anterior e 10 dias após a cirurgia a sutura foi removida. Após 6 meses novo exame de tomografia foi solicitado e observada neoformação óssea na área correspondente à lesão sem recidiva de patologia (Figura 7). A paciente foi encaminhada para um tratamento ortodôntico para correção das alterações dentárias provocadas pela lesão e correção da má oclusão e posteriormente será reavaliada.

Figura 5 – Cortes tomográficos Axiais (**A e B**) e Sagitais (**C e D**) evidenciando significativa redução da lesão e neoformação óssea 6 meses após a cirurgia de descompressão.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2022)

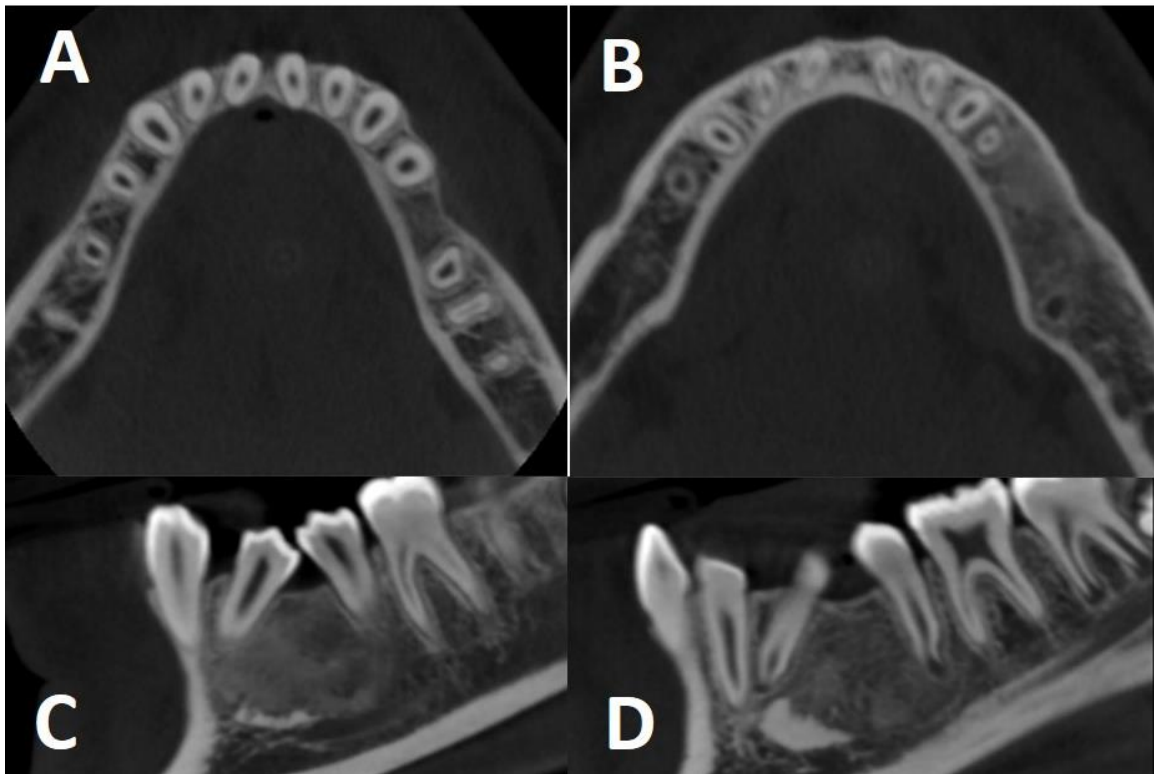
Figura 6 – Cirurgia de enucleação completa da lesão. **A, B e C** – Acesso cirúrgico e curetagem/enucleação completa da lesão. **D** – Fragmento coletado e enviado para análise histopatológica. **E** – cavidade óssea pós remoção da lesão **F** – Pós-operatório imediato com suturas simples com fio de nylon.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2022)

Recomendações pós-operatórias e prescrição medicamentosa foi refeita como na intervenção anterior e 10 dias após a cirurgia a sutura foi removida. Após 6 meses novo exame de tomografia foi solicitado e observada neoformação óssea na área correspondente à lesão sem recidiva de patologia (Figura 7). A paciente foi encaminhada para um tratamento ortodôntico para correção das alterações dentárias provocadas pela lesão e correção da má oclusão e posteriormente será reavaliada.

Figura 7 – Cortes tomográficos Axiais (**A e B**) e Sagitais (**C e D**) evidenciando total regressão da lesão com completo remodelação óssea e restabelecimento das corticais, progressão da rizogênese dos pré-molares após 12 meses da cirurgia de decompressão.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2022)

3 DISCUSSÃO

Os cistos odontogênicos didaticamente foram definidos como cavidade patológica que possui tecido epitelial como revestimento, tendo como conteúdo do seu interior material semi- sólido ou líquido (NEVILLE et al, 2004). Epidemiologicamente, os cistos inflamatórios representam 7 a 13% das lesões em maxila e mandíbula, sendo que 15,3% destes acometem região posterior de mandíbula, como o do presente caso (DE MORAES, RODRIGUES, 2011; POLITANO et al., 2009).

Quando o revestimento é derivado do germe dentário - restos de Malassez, epitélio reduzido do esmalte ou restos da lâmina dentária - são classificados como cistos odontogênicos de desenvolvimento ou inflamatórios (REGEZI; SCIUBBA, 2016; NEVILLE et al, 2004; RODRIGUES, 2011). Cistos Odontogênico Inflamatórios comumente estão associados a inflamações da polpa dentária, relacionados ao ápice de dentes não vitais e ocorrem tanto em maxila quanto em mandíbula que induzidos por foco inflamatório, ficam confinados por epitélio proliferativo (YOSHIURA et al., 2003; WHITE et al., 2003), sendo raro o cisto radicular em pacientes pediátricos (SOUZA et al., 2022).

A etiologia dos cistos inflamatórios ainda não está bem definida, mas Colic et al (2009) e Santos et al (2009) defendem que citocinas pró-inflamatórias e fatores de crescimento como a Interleucina 1 (IL-1a e IL- 1b), a Interleucina 6 (IL-6) e o Fator de Necrose Tumoral (TNF) atuam em grupos de células estimulando a proliferação e diferenciação celular.

Há a teoria que os cistos odontogênicos inflamatórios são induzidos por focos inflamatórios que inicialmente estão fechados por epitélio proliferativo. Quando este revestimento epitelial é totalmente fechado, dão origem aos cistos verdadeiros (NAIR et al., 2008) (HENRY NETO et al., 2007).

Portanto, é pressuposto que a associação entre o estímulo inflamatório - seja por fatores humorais e de crescimento ou provenientes de endotoxinas liberadas pela poupa necrótica - e a proliferação de restos epiteliais dão origem a ilhas de células que formam a lesão, que por serem avasculares e distantes do tecido conjuntivo, degeneram sua porção central, liberam enzimas, liquefazem as células mortas e formam a cavidade cística revestida por epitélio estratificado. Sendo assim, a resposta inflamatória estimula os restos epiteliais de Malassez que irão promover a resposta imune específica dos tecidos do periápice, propiciando alterações vasculares e

celulares que potencializam o desenvolvimento cístico. (HENRY NETO et al., 2007; SOARES et al., 2007; POLITANO et al., 2009).

Outro fator importante na formação cística é a pressão que o fluido encapsulado exerce nas paredes epiteliais, que por sua vez, promovem a destruição da matriz óssea adjacente, promovendo sua reabsorção seja por osteoclastos ou pela síntese de colagenases biologicamente ativas (KUBOTA et al, 2008).

Todavia, destacamos que nem todas as lesões apicais necessariamente se tornarão cistos, sendo sua prevalência em menos de 20% das lesões apicais (NAIR et al., 2008).

Em relação às modalidades de tratamento dos cistos odontogênicos, um único tratamento não é consenso entre alguns autores. Cistos periapicais podem apresentar regressão e cura após tratamento ou retratamento endodôntico (BHASKAR, 1972; SHAH, 1988; VALOIS; COSTA-JÚNIOR, 2005; VASCONCELOS et al, 2012; PINTO et al., 2015). Todavia, autores defendem que assim como cistos dentígeros e residuais, a única alternativa é a intervenção cirúrgica para a cura da lesão (PINTO et al., 2015; POGREL; JORDAN, 2004; TABRIZI et al, 2012).

A técnica de marsupialização e de descompressão são fortemente indicadas no tratamento de lesões císticas, principalmente quando associadas à enucleação. A marsupialização – sutura do rebordo incisado com a mucosa bucal sem a utilização de artifício – é mais conservadora, pouco invasiva e menos incômoda ao paciente. Acredita-se que apenas a marsupialização, isto é, quando não associados a um segundo momento cirúrgico para enucleação, é capaz de promover metaplasia escamosa do epitélio para uma mucosa normal (POGREL; JORDAN, 2004; TABRIZI et al, 2012), ou ainda pode sofrer substituição do epitélio cístico para epitélio normal por meio das bordas da lesão (POGREL; JORDAN, 2004). Porém, esta técnica é amplamente difundida no tratamento do Queratocisto Odontogênico, cassificado como cisto pela OMS em 2017 e que manteve a mesma classificação na última atualização de 2022. (POGREL; JORDAN, 2004; BASTOS et al, 2011; NEVILLE, 2004; VERED, WRIGHT, 2022).

Contudo, estudos já mostram que apenas a marsupialização pode não ser eficiente a todos os casos, podendo haver a recorrência de cistos “satélites” quando não há a cura total do epitélio cístico em mucosa normal (POGREL, 2006). No presente caso clínico a paciente, por se tratar de uma criança em fase de dentição mista e desenvolvimento e crescimento facial, a descompressão em dois momentos

foi preconizada a fim de se evitar extrações, minimizar o risco de fratura mandibular, reduzir pressão interna da lesão e sua conseqüente regressão.

A técnica de descompressão, embora descrita pela primeira vez por Partsch no final do século XIX exige alguns critérios para ser realizada e que são determinados pelo tamanho, localização e tipo da patologia encontrada (KOLOKYTHAS; SCHLIEVE; MILORO, 2011). As vantagens do tratamento de descompressão incluem diminuição gradual da cavidade cística, preservação dos tecidos orais, manutenção da vitalidade pulpar, prevenção de exodontias, prevenção de complicações relacionadas a intervenções cirúrgicas grosseiras e baixa taxa de recorrência (ANAVI et al, 2011). A descompressão também permite que os cirurgiões obtenham um diagnóstico histopatológico antes da cirurgia definitiva e pode reduzir a necessidade de anestesia geral (SAMMUT et al, 2012). Diversas desvantagens encontradas durante o tratamento de descompressão também são definidas como; um longo período de acompanhamento que pode se estender por vários meses, trauma nos tecidos moles adjacentes por tubo de descompressão/suturas, mau posicionamento de deslocamento do tubo. Essas complicações menores não são fatais, mas podem contribuir para o desconforto do paciente e dos médicos. A técnica de descompressão também requer a cooperação adequada do paciente que permite a irrigação do cisto e comparecimento regular às consultas de acompanhamento (KOLOKYTHAS; SCHLIEVE; MILORO, 2011).

A descompressão seguida da enucleação cirúrgica parece ser a melhor alternativa para tratamento de extensas lesões císticas visto a sua capacidade de manutenção de estruturas e resolução cirúrgica sem complicações maiores. A adoção dessa terapêutica se torna mais importante ainda quando se trata de crianças, uma vez que desenvolvimento crânio-facial não está completo e extensas cirurgias podem deixar sequelas e deformidades faciais (CARRILLO et al, 2008; RICUCCI; MANNOCCI; FORD, 2006). No caso clínico em questão após a resolução da lesão e neoformação óssea na área envolvida, a paciente foi encaminhada para tratamento ortodôntico para tratamento do deslocamento dentário causado pela lesão e demais alterações da oclusão.

4 CONCLUSÃO

O relato do presente trabalho evidenciou o sucesso no tratamento de extensa lesão cística odontogênica inflamatória em uma criança. A descompressão cística, em primeiro momento, e a enucleação em uma segunda intervenção foram capazes de promover a regressão da lesão com neoformação óssea satisfatória, além da preservação de dentes hígidos, fundamentais no restabelecimento oclusal ideal para a paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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**, v. 112, n. 2, p. 164-169, 2011.
- BHASKAR, S. N. Nonsurgical resolution of radicular cysts. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 34, n. 3, p. 458-468, 1972.
- BILODEAU, Elizabeth Ann; COLLINS, Bobby M. Odontogenic cysts and neoplasms. **Surgical pathology clinics**, v. 10, n. 1, p. 177-222, 2017.
- CARRILLO, Celia et al. Relationship between histological diagnosis and evolution of 70 periapical lesions at 12 months, treated by periapical surgery. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 66, n. 8, p. 1606-1609, 2008.
- CEDIN, Antonio C. et al. Endoscopic treatment of odontogenic cyst with intra-sinusal extension. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, p. 392-395, 2005.
- COLIC, M. et al. Proinflammatory and immunoregulatory mechanisms in periapical lesions. *Mol. Immunol. Oxford*, v.47, n.1, p. 101-113, Nov. 2009
- DE MORAES, Amanda Pibernat; RODRIGUES, Bianca Schmidt. Cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura. *Revista da Graduação*, v. 4, n. 1, 2011.
- DE MORAES, Amanda Pibernat; RODRIGUES, Bianca Schmidt. Cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura. **Revista da Graduação**, v. 4, n. 1, 2011.
- FREITAS, R. Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial, São Paulo, 1. **Livraria Santos Editora Com. Imp**, 2006.
- HENRY NETO, M. D. et al. Marsupialization e enucleation of radicular cyst. **Rev. IMPEO de Odontologia. Cuiabá**, v. 1, n. 1, p. 1-64, 2007.
- KOLOKYTHAS, Antonia; SCHLIEVE, Thomas; MILORO, Michael. Simple method for securing a decompression tube for odontogenic cysts and tumors: a technical note. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 69, n. 9, p. 2392-2395, 2011.
- LIZIO, Giuseppe et al. Volume reduction of cystic lesions after surgical decompression: a computerised three-dimensional computed tomographic evaluation. *Clinical oral investigations*, v. 17, n. 7, p. 1701-1708, 2013.
- MAURETTE, Paul Edward; JORGE, Jacks; DE MORAES, Marcio. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 64, n. 3, p. 379-383, 2006.
- NAIR, P. N. R.; SUNDQVIST, Göran; SJÖGREN, Ulf. Experimental evidence supports the abscess theory of development of radicular cysts. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 106, n. 2, p. 294-303, 2008.

NEVILLE, B. W. et al. Anomalias dentárias. **NEVILLE, BW, et al Patologia Oral e Maxilofacial 2ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan cap**, v. 2, p. 41-103, 2004.

Peterson LJ, Ellis III E, Hupp JR, Tucker Mr. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PINTO, Gustavo Nascimento de Souza et al. Marsupialization as definitive treatment of odontogenic cysts: report of two cases. **RFO UPF**, v. 20, n. 3, p. 361-366, 2015.

POGREL, M. A.; JORDAN, R. C. Retratação em: Pogrel MA. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 9, n. 32, p. 362-3, 2006.

POGREL, M. Anthony; JORDAN, R. C. K. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 62, n. 6, p. 651-655, 2004.

POLITANO, Gabriel Tilli et al. Cisto radicular–relato de caso clínico. **Conscientiae saúde**, v. 8, n. 1, p. 129-132, 2009.

PROCKT, Anderson P. et al. Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. **Head and neck pathology**, v. 2, n. 3, p. 150-156, 2008.

REGEZI, Joseph A.; SCIUBBA, James J.; JORDAN, Richard CK. **Oral pathology: clinical pathologic correlations**. Elsevier Health Sciences, 2016.

RICUCCI, Domenico; MANNOCCI, Francesco; FORD, Thomas R. Pitt. 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**, v. 101, n. 3, p. 389-394, 2006.

RODRIGUES, R. M. Avaliação do tipo de tratamento realizado para as lesões ósseas: cistos ósseos simples, lesão central de células gigantes e queratocisto odontogênico: análise retrospectiva (Dissertação). **Piracicaba (SP): UNICAMP/FOP**, 2011.

SAMMUT, S. et al. Decompression of large cystic lesions of the jaw: a case series. **Oral Surgery**, v. 5, n. 1, p. 13-17, 2012.

SANTOS, L. C. S. et al. Etiopatogenia do cisto radicular – Parte II. Rev. ciênc. méd. biol. Salvador, v.8, n.2, p. 219-224, maio/ago. 2009.

SANTOS, Luciano Cincurá Silva et al. Etiopatogenia do cisto radicular. Parte I. 2006.

SHAH, Naseem. Nonsurgical management of periapical lesions: a prospective study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 66, n. 3, p. 365-371, 1988.

Shear M. Speight P.M. Cistos da região bucomaxilofacial. 4.ed. São PauloSP. Ed. Santos, 2011

SOUZA, Darllon Manuel Borges et al. Marsupialização como tratamento inicial conservador do cisto odontogênico calcificante: relato de caso. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, p. e31711124860-e31711124860, 2022.

TABRIZI, Reza et al. Marsupialization as a treatment option for the odontogenic keratocyst. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 23, n. 5, p. e459-e461, 2012.

VALOIS, Caroline RA; COSTA-JÚNIOR, Edson Dias. Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy: case report. **Brazilian dental journal**, v. 16, p. 254-258, 2005.

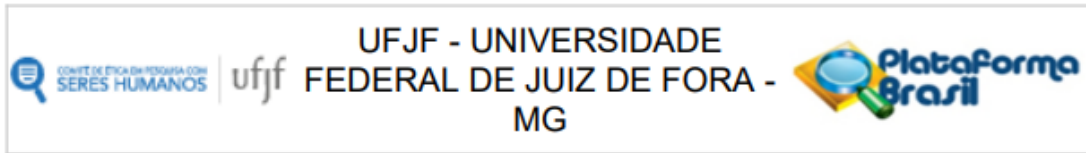
VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha et al. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções: relato de caso. 2012.

VERED, Marilena; WRIGHT, John M. Update from the 5th Edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Head and Neck Pathology**, v. 16, n. 1, p. 63-75, 2022.

WHITE, D. K. et al. Panoramic radiograph in pathology. **Atlas Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am. Philadelphia**, v.11, n.1, p.1-53. Mar. 2003.

YOSHIURA, K. et al. Cystic lesions of mandible and maxilla. **Neuroimaging Clin. N. Am. Philadelphia**, v.13, n.3, p.485-494, Aug. 2003.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tratamento conservador de extenso cisto odontogênico inflamatório em uma criança: relato de caso clínico

Pesquisador: Carlos Eduardo Pinto de Alcântara

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63063322.9.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.711.791

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Os cistos odontogênicos representam a maioria das lesões relacionadas aos ossos gnáticos e são diferenciados pela OMS em Cistos Odontogênicos de Desenvolvimento ou Inflamatórios. Os cistos inflamatórios compreendem os cistos radiculares, residuais, paradentários e o cisto da bifurcação residual e normalmente estão associados a inflamações confinadas por epitélio proliferativo e decorrentes da polpa dentária, com forte relação com o ápice de dente não vital. O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de uma paciente, de 11 anos que foi atendida, na clínica odontológica da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus GV, encaminhada para avaliação de extensa lesão da região mandibular esquerda. Após exame clínico, e de tomografia computadorizada (TC) foi possível identificar uma lesão extensa em corpo mandibular esquerdo da região do pré-molares e molares, provocando deslocamento dentário dos pré-molares e expansão e abaulamento das corticais ósseas. Após o consentimento da mãe da criança foi proposto como tratamento a realização de uma biópsia incisional seguida da técnica de decompressão cirúrgica e um dispositivo foi instalado dentro da lesão e sua margem suturada na mucosa comunicando o interior da lesão com a cavidade bucal. Após 6 meses, em novo exame de TC foi observado que a lesão havia diminuído seu tamanho significativamente. Em uma nova intervenção

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

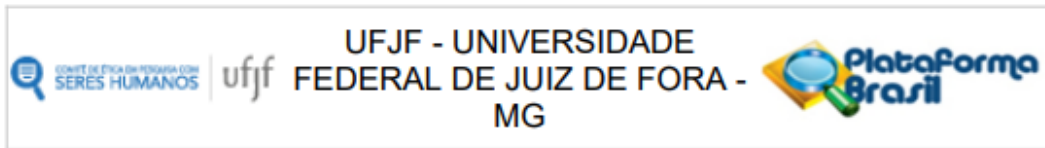
UF: MG

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

Município: JUIZ DE FORA

E-mail: cep.propp@uff.br



Continuação do Parecer: 5.711.791

cirúrgica a lesão foi completamente enucleada e a análise histopatológica confirmou cisto odontogênico inflamatório (radicular). Após 6 meses, em um novo exame de TC foi observada neoformação óssea em toda área correspondente à lesão sem recidiva de patologia evidenciando que o tratamento de descompressão cirúrgica seguido de enucleação apresentou sucesso. A paciente encontra-se em tratamento ortodôntico para correção das alterações dentárias provocadas pela lesão e correção da má oclusão."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de tratamento de uma extensa lesão cística odontogênica inflamatória em mandíbula de uma criança de 11 anos em que foi realizada a descompressão como manobra cirúrgica previamente à enucleação da lesão."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Esta pesquisa apresenta um risco classificado como RISCO MÍNIMO que se refere à identificação dos participantes a partir de seus dados. Entretanto, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, é garantido o sigilo da identificação e das informações dos nomes dos participantes e de seus demais dados como exames radiográficos e fotográficos (fotografias intra e extraorais) em que serão utilizadas técnicas de anonimato para

não identificação dos participantes. Os dados pessoais não serão divulgados e as fotos de rosto terão tarjas para não identificar o participante. Benefícios: O relato de caso clínico pode ajudar a entender melhor o uso deste método de tratamento conservador, que permite o desenvolvimento crâniofacial da criança sem sequelas e alterações."

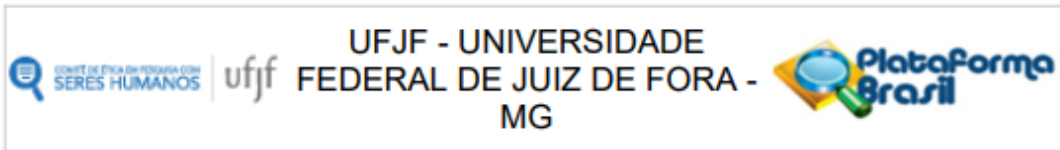
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Relato de Caso está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS, com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS e com a carta circular nº 166/2018 CONEP/SECNS/MS de 12 de junho de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.711.791

participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue ao participante, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o relato de caso está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS, com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS e com a carta circular n° 166/2018 CONEP/SECNS/MS de 12 de junho de 2018.. Data prevista para o término da pesquisa: janeiro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2013058.pdf	06/10/2022 15:54:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Assentimento_CEP_Alcantara.pdf	06/10/2022 15:53:18	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Artigo_Cientifico_CEP_Alcantara_cisto_.pdf	08/09/2022 12:33:12	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.711.791

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsaveis_Alcantara_caso_ci_inico_cisto.pdf	08/09/2022 12:30:13	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_CEP_Alcantara_cisto_infi_amatario_assinado_ok.pdf	08/09/2022 12:29:52	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 20 de Outubro de 2022

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@uff.br