

TRATAMENTO DO CISTO PERIAPICAL PELA TÉCNICA DE MARSUPIALIZAÇÃO

*TREATMENT OF PERIAPICAL CYST BY MAR-
SUPIALIZATION TECHNIQUE*

Kérseny da Silva Guaraldi ¹;

*1. Acadêmico do curso de Odontologia
do Unifeso*

Eulmar Marques Heringer ²;

*2. Docente do Curso de Graduação
em Odontologia do Unifeso*

RESUMO

O cisto mais comum da cavidade oral é o cisto radicular, podendo ser chamado também de cisto periapical. É um cisto odontogênico de origem inflamatória, e sempre vai estar associado a um elemento dentário com necrose pulpar. Normalmente é assintomático, mas quando a lesão ganha maiores dimensões, passa a ser sintomático. É descoberto por radiografias de rotina, tendo várias opções de tratamentos. O objetivo deste estudo é descrever o caso de um paciente de 43 anos com cisto periapical de grande dimensão, através do tratamento de marsupialização.

Palavras-chave: Tratamento para o cisto periapical; Cisto periapical; Cisto radicular; Marsupialização.

ABSTRACT

The most common cyst of the oral cavity is the radicular cyst, which can also be called a periapical cyst. It is an odontogenic cyst of inflammatory origin. It is associated with a dental element with pulpal necrosis. It is usually asymptomatic, however, when the lesion becomes larger, it becomes symptomatic. It is diagnosed by routine radiography and has a lot of treatment options. This study aims to describe the case of a 43-year-old patient with large periapical cyst treated by marsupialization technique.

Keywords: Treatment for periapical cyst; periapical cyst; radicular cyst; Marsupialization

INTRODUÇÃO

A maioria dos cistos odontogênicos compartilham características radiográficas e clínicas semelhantes, sendo necessário que o seu diagnóstico seja criterioso, com um exame rigoroso das suas características clínicas, radiológicas e histopatológicas. Os cistos odontogênicos são os mais comuns dos cistos que acometem os maxilares (BORGES et al., 2012; LOUREDO et al., 2017).

Segundo Neville et al. (2016), os cistos odontogênicos são classificados em dois grupos: os de origem inflamatória, que são resultados de uma inflamação, e os de origem de desenvolvimento que não são consequentes de uma inflamação. O cisto mais comum dos cistos odontogênicos é o cisto radicular, também chamado de periapical.

Os cistos periapicais são caracterizados histopatologicamente por serem uma cavidade patológica revestida internamente por epitélio, formados externamente por um tecido fibroso que abrange um material fluido ou semi-fluido. O conteúdo cístico é diversificado onde normalmente encontram-se cristais de colesterol (SANTOS et al., 2006).

Uma das teorias que explicam a formação dos cistos periapicais é a instalação de processos inflamatórios contendo linfócitos, plasmócitos, macrófagos e outros tipos de células imunorregulatórias que, quando ativadas, secretam muitos grânulos citoplasmáticos e mediadores inflamatórios lipídicos (NETO; DANESI e UNFER, 2004).

As inflamações e seus componentes estimulam os restos epiteliais odontogênicos que fazem parte do revestimento interno dos cistos periapicais. Os restos epiteliais odontogênicos são originados das lâminas dentárias formadoras dos dentes (WOO, 2013; NEVILLE et al., 2016).

Os cistos odontogênicos são originados, assim, de remanescentes da lâmina dentária ou do órgão do esmalte, que permanecem aprisionados no tecido gengival ou ósseo ou de componentes do epitélio odontogênico (NOGUEIRA et al., 2014; COSTA NETO, 2016).

Segundo Woo (2013), o epitélio do cisto odontogênico inflamatório é proliferativo e o do cisto odontogênico de desenvolvimento é uniformemente delgado, podendo ter uma proliferação epitelial causada pela inflamação.

Etiopatogenia

O cisto radicular ou periapical, se origina de restos epiteliais de Malassez e pode também estar relacionado ao epitélio crevicular, ao revestimento epitelial dos trajetos fistulosos ou revestimento sinusal (MARCUCCI, 2014).

Diversas teorias foram propostas para o possível desenvolvimento deste cisto. Pode ser formado pela deficiência nutricional, quando o crescimento das ilhas de células epiteliais em três dimensões faz com que as células centrais fiquem longe da fonte de nutrição e, com isso, ocorre à degeneração e necrose por liquefação dando origem a cavidade cística. Outra teoria explica que se ocorrer um abscesso

no tecido conjuntivo, a área infectada é envolvida pelas células epiteliais formando a cápsula do cisto (NETO, 2004; PEREIRA, 2012).

A ativação e a proliferação desses restos epiteliais de Malassez está associada a formação do cisto radicular, consequentes a estímulos inflamatórios correspondente a bactérias no interior do canal radicular de um elemento necrosado (PHILIPPI et al., 2003; CAVALLI, 2014).

A formação do cisto ainda não está clara, mas os tratamentos disponíveis são eficazes no objetivo de eliminar a lesão, motivando reparos da região perirradicular (ANDRADE, 2012).

Patogenia

A patogênese do cisto radicular ocorre por 3 fases: Na primeira fase, os restos epiteliais de Malassez iniciam a sua multiplicação agravando a inflamação, persuadida pelos fatores de desenvolvimento epidérmico, mediadores metabólicos e celulares, e por antígenos bacterianos. A segunda fase, caso seja influenciado a proliferar, os restos epiteliais agem como células-tronco com capacidade única de diferenciação, sendo assim, a criação do cisto ocorre pela fusão de cordões de células epiteliais proliferativas para desenvolver uma massa esférica tridimensional. Na terceira fase, ocorre o desenvolvimento e a ampliação do cisto provavelmente em virtude das diferenças da pressão osmótica (COSTA NETO, 2016; NEVILLE et al., 2016).

Características Clínicas e Radiográficas

Segundo Pereira (2013) e Costa Neto (2016), o cisto periapical é a lesão mais encontrada nos maxilares, atingindo 52% a 68% de todos os cistos odontogênicos diagnosticados. Ocorrem a maior parte na região anterior da maxila, seguindo-se a região posterior da maxila e, após, ambas as regiões da mandíbula. Acometem adultos de 20 a 40 anos com preferência para o grupo leucoderma mais do que o melanoderma.

O cisto radicular pode passar despercebido, pois ao iniciar-se a lesão é assintomática. Ele pode ser visualizado através de uma radiografia periapical de rotina de um elemento necrosado (PEREIRA; SHETTY, 2015; SILVA et al., 2018).

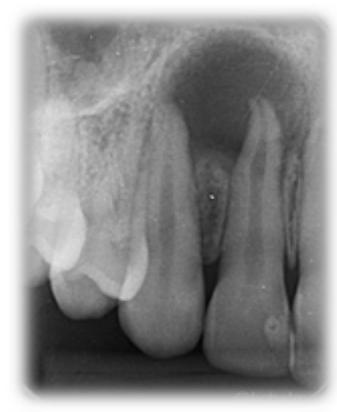
Geralmente os cistos radiculares são assintomáticos, ao menos que haja uma exacerbação inflamatória aguda, ou aumento do tamanho da lesão. Ao aumentar de tamanho pode haver deslocamento dentário, destruição da cortical óssea, reabsorção de raiz, e no exame intra oral pode-se perceber tumefação e flutuação (VALOIS; COSTA – JUNIOR, 2005; MARTINS, 2012; COSTA NETO, 2016; NEVILLE et al., 2016).

O desenvolvimento do cisto acontece de maneira constante e devagar. Para que ocorra esse crescimento precisa de incentivo. O aumento da lesão acontece a partir da descamação das células do epitélio de revestimento para dentro do cisto tendo uma maior pressão osmótica. O aumento da pressão osmótica induz o líquido intersticial para o lúmen, aumentando a pressão hidrostática e elevando o volume da cavidade cística, ocorrendo assim o prolongamento do cisto e a reabsorção do osso subjacente,

que ocorre a partir da produção de colagenases e prostaglandinas, produzidas por fibroblastos capsulares e pela indução osteoclástica ligada ao infiltrado inflamatório originados da resposta da matriz extracelular circundante, na tentativa de impossibilitar o desenvolvimento da lesão (MARTINS, 2012; PEREIRA, 2013).

Geralmente os testes térmicos, elétricos e pulpares no elemento dentário são negativos, e a ocorrência do cisto periapical sempre estará relacionado a um elemento necrosado. Os diagnósticos podem ser dados a partir de exames complementares como radiografias periapicais e panorâmicas de rotina e confirmada a partir de exames histopatológicos. Nas radiografias pode-se observar o tamanho da lesão e quais elementos são envolvidos. Elas revelam imagens radiotransparentes de densidade homogênea, geralmente circular ou ovóide e unilocular com margens radiopacas estreitas contíguas e também com a lâmina dura comprometendo o dente envolvido, podendo variar de diâmetro (figura 1) (PEREIRA et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2012; ARAÚJO, 2015; ESTEVES et al., 2017).

Figura 1 – Cisto dentário periapical.



Fonte: https://www.google.com.br/search?newwindow=1&biw=1366&bih=657&tbm=isch&sa=1&ei=HgPiW-mDGYfT_wgSywYGwDQ&q=cisto+periapical+radicular+nos+incisivos+superiores&oq=cisto+periapical+radicular+nos+incisivos+superiores&gs_l=img.3...94409.103106.0.103272.40.33.3.0.0.0.174.3446.12j20.32.0.0.1c.1.64.img..8.3.230...0i30k1j35i39k1.0.yg9mSxfM37A#imgcr=7t58UJkwq4ehOM:

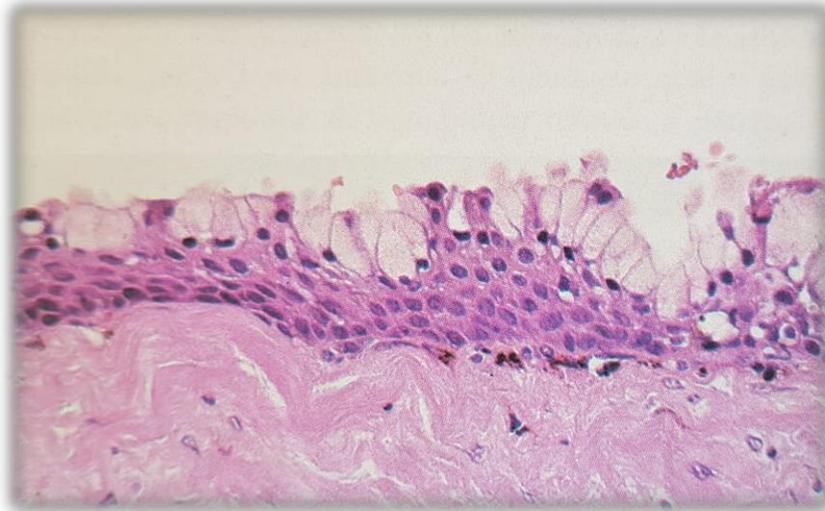
Características Macroscópicas e Histopatológicas

Quando o conteúdo do cisto é aspirado obtém-se um líquido de coloração palha ou citrino, com partes brilhantes que indicam cristais de colesterol. Após obtido, seu conteúdo passa a ser avaliado microscopicamente onde são encontradas células de origem inflamatória, constituída especialmente por macrófagos. Os cristais de colesterol encontrados se deslocam em sentido a cavidade cística que é coberta por epitélio, mas a cápsula colagenosa externa da lesão dificulta a movimentação desses cristais (MARTINS 2012; COSTA NETO, 2016).

A análise macroscópica da lesão, mostra uma massa cística intacta esférica ou ovóide. A parede do cisto pode variar de tamanho podendo ser muito fina ou até mesmo ter uma espessura de até 5mm. A superfície externa pode ser corrugada ou lisa (NETO; DANESI e UNFER, 2004).

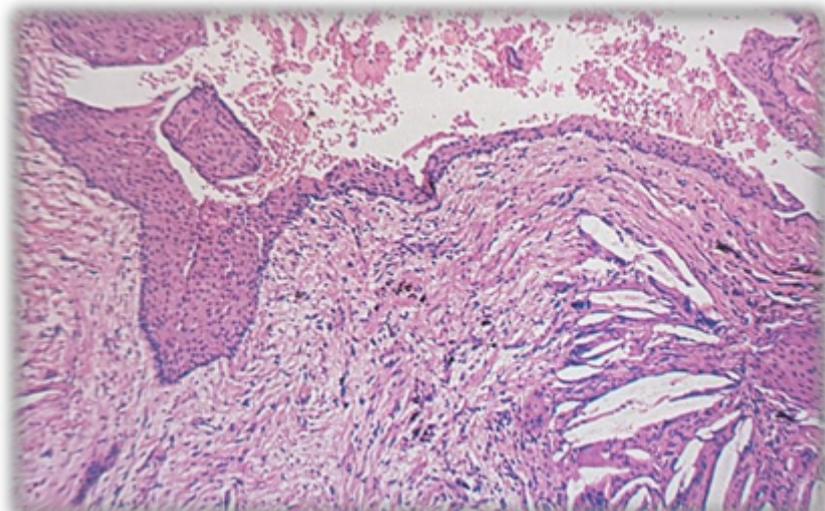
Na análise histopatológica, o revestimento epitelial da lesão cística pode ser do tipo pavimentoso estratificado não queratinizado, de espessura variável. Pode também ser do tipo cilíndrico ciliado, ou colunar pseudoestratificado quando se origina do epitélio sinusal adjacente (Figura 2; Figura 3) (NETO; DANESI e UNFER, 2004; NEVILLE et al., 2016).

Figura 2 – Cisto Periapical: Revestimento epitelial escamoso estratificado contendo muitas células mucosas.



Fonte: Neville et al. (2016)

Figura 3 – Cisto periapical. Cisto revestido por epitélio escamoso estratificado. Infiltrado inflamatório crônico e vários cristais de colesterol.



Fonte: Neville et al. (2016).

Tratamento

Obtendo-se o diagnóstico, deve ser traçado um plano de tratamento, que pode seguir o mesmo tratamento de um granuloma periapical. Se o elemento envolvido ao cisto indicar uma inflamação do

periápice, deve-se realizar a extração ou o tratamento endodôntico conservador (NEVILLE et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2016).

O tratamento endodôntico, por ser conservador, é o mais indicado mas deve-se levar em consideração se só ele é eficaz ao ponto de reduzir um cisto perirradicular. A causa principal do crescimento da lesão pode variar, mas se ela for microbiana, a desinfecção do canal radicular pode ser útil para o início de um tratamento. Ele elimina o impulso antigênico e estimula a ação das reações de natureza imunológica, intervindo no acúmulo e na operação das células inflamatórias no mecanismo imunopatológico das lesões císticas radiculares. Quando a causa da proliferação epitelial é suprimida, ela começa a regredir, fazendo com que o sistema imune aja diminuindo e eliminando as células epiteliais proliferadas permitindo o reparo da região. A reparação ocorre após a sobreinstrumentação, estabelecendo a drenagem intraluminal cística (ANDRADE, 2012; PEREIRA, 2013).

No tratamento endodôntico, seguindo-se a técnica convencional, são realizados o acesso e preparo biomecânico utilizando como medicação intracanal drogas com base de hidróxido de cálcio, que além de ser biocompatível e estimular a reparação do tecido após o tratamento, exibe um elevado potencial antimicrobiano. O tempo do uso da medicação é de 15 a 30 dias considerado o ideal. E, após é realizado o selamento do canal (PEREIRA, 2013).

Além do tratamento endodôntico convencional, há várias formas de tratar a lesão, como através de enucleação, ou a marsupialização, ou combinação entre elas, ou apenas a enucleação com curetagem (NETO; DANESI e UNFER, 2004).

Segundo Neville et al. (2016), o tratamento endodôntico conservador seguido da marsupialização, descompressão ou fenestração tem demonstrado sucesso em lesões extensas relacionadas a dentes restauráveis.

A biópsia é realizada para diagnosticar a lesão, sendo o material retirado e encaminhado para exame histopatológico (ANDRADE, 2012).

A marsupialização consiste em suturar as paredes do cisto ao tecido subjacente, criando-se uma janela e derramando o conteúdo cístico mantendo-se o seguimento entre o cisto, e a cavidade oral, o seio maxilar ou a cavidade nasal. Este procedimento diminui a pressão intracística, estimulando a redução da lesão e favorecendo o preenchimento ósseo. A marsupialização tem como principal vantagem a sua simples realização e a maior desvantagem é que o paciente deve ser orientado a higienizar a área, evitando a infecção. Após o procedimento, a cicatrização ocorre rapidamente (NETO; DANESI e UNFER, 2004; ENDO et al., 2016).

Silva et al. (2018), afirmaram que a marsupialização é um ótimo tratamento, com a colaboração do paciente. No relato de caso objeto do nosso estudo, o paciente não foi colaborador, por isso optou-se fazer uma curetagem da lesão, ao invés de continuar com a marsupialização.

A descompressão é indicada em grandes cistos próximos a estruturas nobres com o objetivo de preservação destas, e tem demonstrado bons resultados. Quando concluída, é seguida de enucleação.

Este procedimento diminui a pressão intracística, promovendo a redução do cisto e resultando em preenchimento ósseo (PEREIRA, 2013; PINTO et al., 2015).

A enucleação também é citada como possível tratamento e reduz as chances de recidiva. A partir dela obtemos a remoção total do cisto, sem ruptura. A principal vantagem é permitir o exame histopatológico integral da lesão (MARTINS, 2012).

O tratamento varia de acordo com o tamanho da lesão, relação com estruturas nobres, evolução, origem, característica clínica da lesão, cooperação e condição sistêmica do paciente (PEREIRA, 2013).

Diante do exposto, o presente artigo se trata de um relato de caso com o objetivo de descrever o tratamento do cisto periapical pela técnica de marsupialização, realizada na Clínica Escola Professor Laucyr Pires Domingues do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido sob a abordagem qualitativa do tipo pesquisa descritiva por pretender demonstrar a evolução do tratamento do cisto do tipo periapical.

O estudo foi desenvolvido na Clínica Escola de Odontologia Prof. Laucyr Pires Domingues do UNIFESO.

O sujeito do estudo é uma paciente do gênero feminino, 43 anos de idade, portadora de cisto inflamatório periapical de grande tamanho, no elemento 12.

Atendendo aos princípios da Resolução nº466/2012 do CNS, ao que tange à pesquisa com seres humanos, foi solicitado a paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do UNIFESO (ANEXO A).

O tratamento endodôntico foi realizado pela autora e o tratamento cirúrgico de marsupialização, contou com a colaboração do Prof. Giovanni Polignano Castanheira, na Clínica Escola do UNIFESO.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 43 anos de idade, fumante, compareceu à Clínica Escola de Odontologia Prof. Laucyr Pires Domingues do UNIFESO, queixando-se de aumento de volume de um lado da face na região maxilar e uma pulsação próximo ao lábio superior do lado direito, com uma sintomatologia dolorosa positiva a palpação. Foi relatado pela paciente que os sinais e sintomas apareceram há 6 meses.

Ao realizar o exame clínico extra oral, observou-se assimetria facial, com aumento de volume labial do lado direito, próximo ao terço médio da face (Figura 4).

Figura 4 – Paciente com aumento labial no lado direito.



Fonte: A autora.

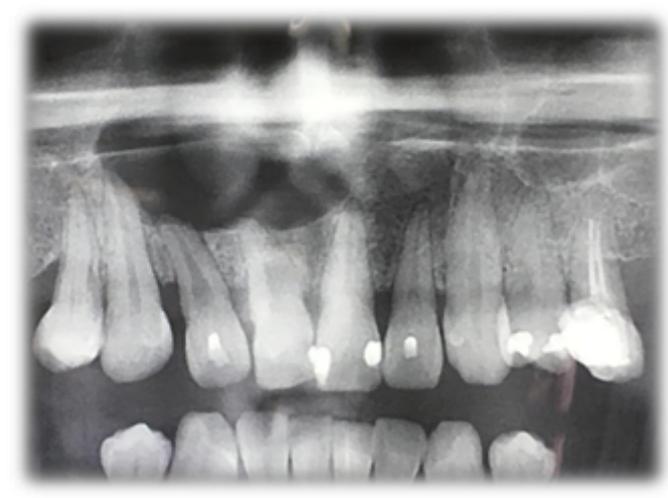
Ao realizar-se o exame intra oral, foi constatado uma tumefação de consistência amolecida na região vestibular dos elementos 21, 11, 12 e 13. Com um aumento significativo de volume, mas com coloração normal da gengiva. O elemento 12 não respondeu aos testes de sensibilidade pulpar, ENDO-ICE (Maquira®, Maringá, PR, BRASIL) (Figura 5).

Figura 5 – Elemento dentário (12) envolvido sem responder ao teste pulpar.



Fonte: A autora.

Na radiografia panorâmica, apresentada pela paciente, foi evidenciada uma lesão que se estendia do elemento 13 ao 21. A lesão apresentava-se com característica radiolúcida unilocular, ovóide bem delimitada, com contornos regulares e limites parcialmente definidos associada ao elemento 12 (Figura 6).

Figura 6 – Radiografia panorâmica inicial.

Fonte: A autora.

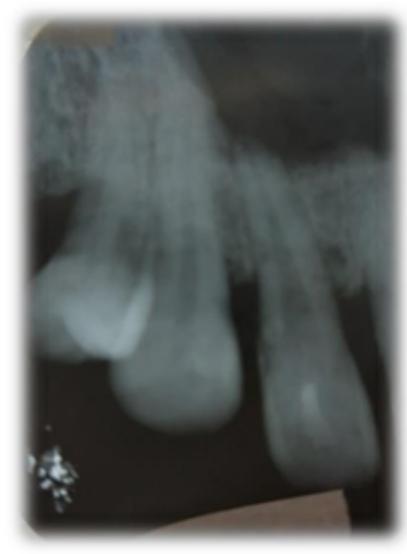
A formação do cisto determinava a elevação do assoalho da região anterior da maxila. Constatou-se a compressão da lesão sobre a fossa nasal direita, deslocamento dentário, destruição regular da cortical óssea, e reabsorção de raiz.

Ao realizar-se os exames físicos intra e extra orais, obteve-se uma hipótese de diagnóstico sugestiva de cisto periapical. O início do tratamento foi realizado através do tratamento endodôntico no elemento 12 (foi utilizado para realizar o procedimento, uma bandeja clínica, sonda exploradora endodôntica nº 16, pinça clínica para algodão, cabo de espelho, espelho bucal nº5, régua milimetrada, seringa carpule com refluxo, grampo nº 210, espátula para resina, alicate perfurador Ainsworth O fabricante Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil. Foi utilizada também uma Espátula Endo Flex Intrafill Duflex e o anestésico local lidocaína com epinefrina 1:100.000 (SS White®, Juiz de Fora, MG, Brasil).

Foi realizado o acesso do elemento utilizando as brocas: 1011, 1012, 1012 HL, brocas Gates 1, 2, 3, broca endo-z (Microdont®, São Paulo, Brasil). E a instrumentação biomecânica do canal, as limas que realizaram a limpeza do canal foram as limas de 25 mm, de 1ª e 2ª série (Maillefer®, Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil). Após a instrumentação foi utilizada a medicação intracanal escolhida que foi a pasta HPG Hidróxido de Cálcio, Paramonoclorofenol Canforado e glicerina (Biodinâmica®, São Paulo, SP) após a colocação dessa medicação, foi colocado um curativo cujo o material utilizado foi o coltosol (Biodinâmica, São Paulo, SP).

Seguido 7 dias, continuou-se o tratamento com a remoção do curativo, a irrigação e aspiração do canal e colocação do EDTA (Maquira®, Maringá, PR). A irrigação e aspiração foi realizada novamente em 2 minutos, seguido da secagem do canal com cones de papel (Maillefer®, Dentsply, Petrópolis, RJ), após o canal radicular estar bem seco, é começado o processo de selamento do canal, utilizando os cones de guta percha calibrada (Maillefer®, Dentsply, Petrópolis, RJ) e cimento endodôntico (SS White®, Juiz de Fora, MG). Seguido do selamento do canal, foi feito um curativo com coltosol (Coltene®, São Paulo, SP) (Figura 7A; Figura 7B).

Figura 7A – Radiografia periapical inicial do elemento 12, para começar o tratamento endodôntico.



Fonte: A autora.

Figura 7B – Radiografia periapical após o tratamento endodôntico.



Fonte: A autora.

Antes de realizar os procedimentos de biópsia e marsupialização foi aferido a pressão arterial da paciente que estava normal 120/ 80 mmHg. O campo foi preparado com todos os materiais necessários e a paciente foi anestesiada realizando a técnica do bloqueio do nervo infra-orbitário utilizando um tubete de solução anestésica. A escolhida foi a lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000. Após a anestesia, foi realizado aspiração com remoção do conteúdo líquido interno do cisto diminuindo a pressão, o conteúdo foi removido com uma agulha com o diâmetro de 1,20x25 (25x12), (BD®, Becton Dickinson, Curitiba, PR, Brasil), e foi identificado um líquido de coloração palha (Figura 8).

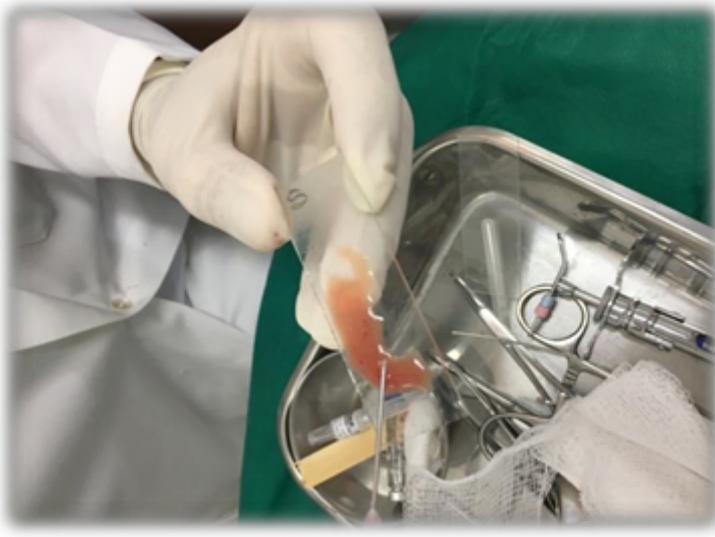
Figura 8 – Aspiração com a remoção do líquido.



Fonte: A autora.

Após realizar-se a aspiração o líquido com o volume de 30 ml, foi colocado e fixado em uma lâmina com álcool (Figura 9).

Figura 9 – O conteúdo sendo fixado sobre a lâmina.



Fonte: A autora.

Em seguida, foi feita uma pequena incisão na região anterior da maxila com a lâmina bisturi do tipo 15c (Lamedid®, China, República Popular), utilizando o cabo nº 3 (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil) (Figura 10).

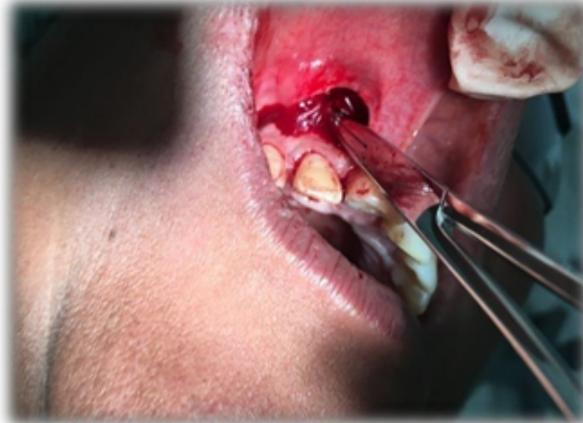
Figura 10 – Incisão realizada na região anterior da maxila.



Fonte: A autora.

Após a incisão foi retirado uma amostra da lesão e fixada em um frasco com formol a 10 % (Asfer®, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) (Figura 11; Figura 12).

Figura 11 – Realizando a remoção da amostra.



Fonte: A autora.

Figura 12 – Amostra sendo fixada no formol a 10%.



Fonte: A autora.

Após obter a amostra, foi realizada a marsupialização suturando com o fio de sutura de seda 3-0, (Procure®), China, República Popular), as paredes internas do cisto com as paredes externas da mucosa (Figura 13).

Figura 13 – Marsupialização.



Fonte: A autora.

A paciente foi orientada quanto ao procedimento de higienização, já que a cavidade ia ficar “*in situ*”. Foi entregue a paciente uma seringa para que irrigasse todos os dias, 3 vezes ao dia, com soro fisiológico higienizando o local.

O material foi enviado para o Laboratório de Patologia Medicina Diagnóstica. Através da microscopia do bloco celular obtido de PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina) de lesão de fundo de vestibulo do elemento 12, foi encontrada grande quantidade de material proteináceo englobando células inflamatórias.

A citopatologia oncológica, da PAAF de lesão de cavidade oral fundo de vestibulo anterior superior em ápice, revelou no laudo microscópico grande quantidade de material protéico, leucócitos mono e polimorfonucleares, hemácias, histiócitos volumosos vacuolizados, por vezes contendo pigmento castanho compatível com hemossiderina.

As peças cirúrgicas simples enviadas foram em total de 3 fragmentos de tecido, medindo 1x0,6x0,4 cm o conjunto de cor pardo-escuros, irregulares e firmes. Foi analisado pela microscopia no Laboratório de Patologia de Medicina Diagnóstica, no qual, identificou-se cavidade cística parcialmente revestida por epitélio escamoso não ceratinizado, em certo trecho, eroso. A parede é de tecido conjuntivo fibroso denso apresentando infiltrado inflamatório mononuclear e extravasamento hemático.

Todos os fragmentos e líquido intersticiais foram analisados, e o laudo final de cada micro e macroscopia foi o de quadro morfológico compatível ao cisto periapical.

A paciente ficou com a cavidade “*in situ*” por 21 dias, pois não colaborou. Sendo assim, a sutura foi removida e a cavidade foi cicatrizada rapidamente. Após o tratamento a paciente realizou

outra radiografia panorâmica, 3 meses depois, tendo uma pequena diminuição da lesão do cisto periapical, já que a paciente deveria estar em tratamento de marsupialização por 6 meses a 1 ano (Figura 14).

Figura 14 – Radiografia realizada após o tratamento endodôntico, e a técnica de marsupialização, pode-se perceber uma diminuição considerável da lesão.



Fonte: A autora.

Após 1 ano de tratamento foi realizada a remoção total da lesão, ou seja, a enucleação (Figura 15).

Figura 15 – Peça cirúrgica removida.



Fonte: a autora.

DISCUSSÃO

Os cistos odontogênicos são subclassificados em inflamatórios ou de desenvolvimento e os autores afirmam que são os mais encontrados na cavidade oral, assim como o cisto radicular é o mais comum dos cistos odontogênicos inflamatórios (WOO, 2013; NEVILLE et al., 2016).

Costa Neto (2016) afirma que dentre os cistos odontogênicos mais comuns temos o cisto radicular, e, após, o cisto dentígero confirmando a pesquisa realizada por Nogueira (2016), onde ele diz que o cisto radicular tem em prevalência de 72,5 %, seguidos pelos dentígeros com 22,2%. Costa Neto

(2016), afirma que o cisto periapical acomete mais a 3ª década de vida. Porém, Pereira (2012), afirma que acomete adultos na faixa da 3ª e a 6ª década de vida. O estudo relatado foi realizado com uma paciente na 4ª década de vida, confirmando a pesquisa de Pereira.

Neto, Danesi e Unfer (2004) e Pereira (2012) afirmaram que o cisto periapical, acomete mais adultos de raça leucoderma do que adultos de raça melanoderma. Neto, Danesi e Unfer (2004) ainda destacaram que acomete mais pessoas do gênero masculino.

Marcucci (2014) e Neville et al. (2016) afirmam que o cisto periapical tem origem de restos epiteliais de Malassez, podendo também ter origem no epitélio crevicular, trajetos fistulosos e revestimento sinusal. Porém, Neto, Danesi e Unfer (2004) afirmam que o cisto se origina a partir de um granuloma periapical, ou seja, a formação se dá após ter formado um granuloma periapical, sem cuidados, ele desencadeia o cisto periapical.

Vasconcelos (2012) diz que o cisto radicular é assintomático, podendo ser sintomático com uma exarcebação aguda. Já, Martins (2012) e Costa Neto (2016) afirmam que além da exarcebação, pode ser sintomático com o aumento da lesão e também com o aumento de tamanho pode haver deslocamento dentário, destruição da cortical óssea, reabsorção de raiz. No exame intra oral pode ser encontrado tumefação e flutuação, assim como o relatado no trabalho (MARTINS, 2012; COSTA NETO, 2016; NEVILLE et al., 2016). A paciente do relato de caso começou a sentir uma pulsação no local da lesão, o que a levou a procurar a clínica escola do UNIFESO. Após exame de rotina percebeu-se a lesão que já se estendia aos elementos 21, 11, 12, 13. Com necrose pulpar no elemento 12. A sintomatologia começou com a infecção e pelo tamanho exagerado da lesão. Observou-se que havia tumefação e flutuação na região.

O teste térmico, elétrico e pulpar testado no elemento dentário é negativo, o que nos leva a acreditar em vários trabalhos já citados, que o cisto periapical sempre está relacionado a um elemento necrosado. Os exames complementares que devem ser realizados são radiografias periapicais e panorâmicas de rotina, que revelam imagens radiotransparentes de densidade homogênea, e geralmente circular. Após esses exames, para confirmar se é uma lesão cística e qual lesão se trata, é preciso realizar um exame histopatológico (SANTOS, 2009; PEREIRA, 2012; VASCONCELOS, 2012). A radiografia da paciente foi avaliada, onde pode-se perceber uma lesão de grande extensão, ovóide, radiotransparente, com margens radiopacas. Prosseguimos com o plano de tratamento e o próximo passo foi realizar o tratamento endodôntico do dente para enfim fazer a marsupialização e realizar a biópsia para mandar ao laboratório de histopatologia.

Segundo Nogueira et al. (2014), os tratamentos possíveis para as lesões císticas relacionam curetagem, enucleação, ressecção marginal e cirurgia endoscópica, que é uma alternativa viável principalmente em casos de extensão ao seio maxilar. Já Cavalli, Modolo e Rivero (2014) afirmam que a melhor forma de eliminar a inflamação presente no elemento dentário é realizando o tratamento endodôntico. Neville et al. (2016) diz que os cistos de grandes extensões estão sendo tratados com a descompressão, onde realiza-se o tratamento endodôntico, depois a marsupialização e enucleação do cisto.

O tratamento da paciente começou com o tratamento endodôntico e a marsupialização para a diminuição da lesão, com uma biópsia incisional. Pinto et al. (2015) realizou um trabalho que afirma através de dois relatos de caso que o cisto não precisa de descompressão e a marsupialização, pode sim ser um tratamento definitivo, desde que tenha a colaboração total do paciente e que o procedimento seja executado corretamente, por mais que demore mais tempo, ela faz com que ocorra uma reparação óssea e cura total da lesão, sem precisar de uma segunda intervenção cirúrgica, que no caso seria a enucleação para a remoção total do cisto.

Segundo Neville et al. (2016), o tratamento endodôntico sendo um tratamento conservador é o primeiro a ser realizado no plano de tratamento de uma lesão periapical de grande extensão. Além disso, afirma Silva (2018) que o tratamento citado além de cessar a infecção ele ajuda na reparação tecidual. Andrade (2015) concorda com o autor anterior mas relata que ao realizar o tratamento endodôntico do elemento envolvido, é importante realizar a instrumentação além do forame apical produzindo uma inflamação aguda transitória que terá como consequência a destruição do revestimento do cisto, fazendo com esse tecido tenha granulações, o que tem melhor resolução. No caso clínico, o tratamento endodôntico conservador foi realizado com a instrumentação total do ápice, trabalhando com a patência, assim também foi a obturação do elemento.

A marsupialização diminui a pressão intracística, estimula o reparo ósseo e também facilita a próxima etapa que é a enucleação. Ela auxilia na prevenção de possíveis complicações além de ser um procedimento menos invasivo, podendo manter o elemento dentário na cavidade oral (PINTO et al., 2015). Ela pode trazer desvantagens, tais como inflamação da mucosa alveolar, e infecção aguda ou crônica na lesão durante o tratamento (PEREIRA, 2013). No relato de caso citado por esse autor, a marsupialização foi interrompida, pois não teve a colaboração da paciente, por isso realizou a curetagem da lesão no ambiente hospitalar (SILVA et al., 2018). No caso clínico realizado por Endo et al. (2016), além da realização da descompressão, foi necessário realizar um enxerto ósseo bovino, após 8 meses para o reparo do osso, assim ele já estava verificando que não havia tido recorrência da lesão. A paciente deste relato de caso clínico está sendo acompanhada, para que o tratamento possa prosseguir com sucesso o reparo total da lesão.

Após a marsupialização, se preciso, realiza-se a enucleação da lesão cística, como ocorreu no caso do estudo. A enucleação é a remoção total da lesão cística sem ruptura da mesma, por isso a cápsula do cisto sendo espessa facilita a remoção da lesão e o tempo de cirurgia é menor. Quando a cápsula do cisto é delgada o tempo de cirurgia é maior e torna-se mais difícil removê-la sem ruptura, caso haja ruptura da lesão durante o procedimento pode haver curetagem, por isso é importante que a lesão esteja pequena, para que durante esse procedimento não envolva áreas nobres e não tendo intercorrências. Após a enucleação da lesão é reduzido o grau de recidiva e deve ser acompanhado durante 12 meses com radiografias, para visualizar o reparo ósseo também (NETO et al., 2004; PEREIRA et al., 2012; VASCONCELOS et al., 2012; SILVA et al., 2018).

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi apresentado o caso de um paciente com cisto periapical de grande dimensão. O tratamento consistiu em realizar o procedimento conservador endodôntico e a marsupialização para a redução da lesão. A paciente após esses procedimentos não teve nenhuma sintomatologia e o cisto teve uma redução mesmo com a diminuição do tempo da marsupialização, o que ajudou a paciente a partir para uma nova etapa do tratamento que foi a enucleação. Concluo que o tratamento de marsupialização é sim eficaz, podendo ser um tratamento definitivo desde que o paciente esteja cooperando e todas as etapas sejam executadas corretamente.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, A. L. Expressão imuno-histoquímica de IL-17, TGF- β 1 e FOXP3 em granulomas periapicais, cistos radiculares e cistos radiculares residuais. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado em Patologia Oral) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
2. ARAÚJO, J. P. Estudo epidemiológico, clínico e imaginológico das lesões ósseas dos maxilares. 2015. 70p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
3. BORGES, L. B. et al. Odontogenic lesions of the jaw: a clinical – pathological study of 461 cases. *Rev. Gaucha Odontol.*, v. 60, n. 1, p. 71-78, jan./mar. 2012.
4. CAVALLI, D.; MODOLO, F.; RIVERO, E. R. C. Avaliação do metabolismo epitelial em cistos radiculares pela técnica de AgNORS. *Rev. OdontolUNESP.*, v. 43, n. 2, p. 7781, mar./abr. 2014.
5. COSTA NETO, H. Avaliação imuno-histoquímica de CD34 de triptase em cistos odontogênicos radiculares e cistos dentígeros inflamados. 2016. 93 f. Dissertação (Mestrado em Patologia Oral) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Natal.
6. ENDO, M. S. et al. Management of radicular cyst: endodontic retreatment associated to marsupialization and enucleation. *Dental Press Endod.*, v. 6, n. 3, p. 18-25, set./dez. 2016.
7. ESTEVES, L. S. et al. Actinomyces is not frequent in the periapex but is a persistent lesion. *Brazilian Dent Journal.*, v. 28, n. 6, p. 688-693, 2017.
8. LOUREDO, B. V. R. et al. Estudo epidemiológico de lesões odontogênicas provenientes do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 74, n. 2, p. 126-32, abr./jun. 2017.
9. SUGAIA, N. N.; SILVA, S. S. Lesões Ósseas. In: _____. MARCUCCI, G. Fundamentos de Odontologia e Estomatologia. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. cap. 11,
10. MARTINS, T. H. Cistos e tumores odontogênicos: estudo retrospectivo. 2012. Trabalho de conclusão de curso (Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná.
11. NETO, M. M.; DANESI, C. C.; UNFER, D. T. Contribuição ao estudo do cisto radicular: revisão de literatura. *Saúde.*, v. 30, n. 2, p. 90-99, 2004.
12. NEVILLE, B. W. et al. Doença pulpar e periapical. In: _____. NEVILLE, B.W. et al. Patologia oral & maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. cap. 3, p. 119-120.
13. NOGUEIRA, A. S. et al. Simultaneous occurrence of dentigerous cyst and residual cyst in the maxilla. *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, v. 80, n. 1, p. 88-89, 2014.
14. NOGUEIRA, E. F. C. et al. Analysis of the presence and location of mast cells in periapical cysts and periapical granulomas. *Rev. Gaúch. Odontol.*, v. 64, n. 4, p. 37638, out./dez. 2016.
15. PEREIRA, J. S. et al. Cisto radicular residual incomum: relato de caso. *Brasilia Med.*, v. 47, n. 4, p.

491-495, 2010.

16. PEREIRA, J. S. et al. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco – Maxilo – Fac., v. 12, n. 2, p. 37-42, abr./jun 2012.
17. PEREIRA, R. C. Tratamento de cisto periapical de grande extensão: relato de dois casos. 2013. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em endodontia) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, São Paulo.
18. PEREIRA, T.; SHETTY, S.; Rushton bodies: a pathological enigma. Braz. Dent. Sci., 18, n. 2, 2015.
19. PHILIPPI, C. K. et al. Distribution of CD8 and CD20 lymphocytes in chronic periapical inflammatory lesions. Rev. Dent. J., v. 14, n. 3, p. 182-186, 2003.
20. PINTO, G. N. S. et al. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. RFO., v. 20, n. 3, p. 361-366, set./ dez. 2015.
21. SANTOS, L. C. S. et al. Etiopatogenia do cisto radicular. Parte I. R. Ci. Méd. Biol., v. 5,1, p. 69-74, jan./abr. 2006.
22. SANTOS, L. C. S. et al. Etiopatogenia do cisto radicular. Parte II. R. Ci. Méd. Biol., v. 8, n. 2, p. 219-224, mai./ago. 2009.
23. SILVA, R. N. F. et al. Tratamento de cisto radicular de grande extensão: relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central., v. 27, n. 80, p. 52-56, 2018.
24. VALOIS, C. R. A.; COSTA-JUNIOR, E.D. Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy – Case Report. Braz. Den. J., v. 16, n. 3, p. 254-258, 2005.
25. VASCONCELOS, R. G. et al. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções – relato de caso. R. Bras. Ci. Saúde., v. 16, n. 3, p. 467-474, 2012.
26. WOO, S. B. Cistos Odontogênicos. In: _____ .WOO, S. B. Atlas de patologia oral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. cap. 14, p. 320-321.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE/
RESPONSÁVEL**

Título do projeto de pesquisa: “Tratamento do cisto periapical pela técnica de marsupialização”.

Introdução: Para participar deste projeto, você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Antes de consentir com a sua participação neste projeto, é importante e necessário que você leia atentamente as informações contidas neste documento. Aqui estão os esclarecimentos sobre os objetivos, os benefícios, os riscos, os desconfortos e os procedimentos deste estudo. Você será esclarecido (a) no que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não trará qualquer problema para você. Seu nome será mantido em segredo mesmo quando houver uma apresentação em congresso ou publicado em alguma revista. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será dada para você e a outra ficará com o pesquisador. Você não pagará nada além do que é cobrado para o tratamento do cisto periapical de acordo com a tabela de procedimento da clínica e não receberá qualquer remuneração por esta participação.

Objetivo da pesquisa: Demonstrar o tratamento do cisto periapical, de grande tamanho, por meio da técnica de marsupialização.

Procedimentos: O tratamento consistirá das seguintes etapas: Etapa 1: Tratamento endodôntico conservador do dente 12.

Riscos e Desconforto: Não haverá risco adicional para você. Apenas aqueles semelhantes a um tratamento de canal do elemento 12, com o uso de limas manuais, ou seja, a possibilidade de fratura de instrumento, perda da trajetória do canal e leve desconforto pós-operatório.

Benefícios: Este procedimento irá permitir a conservação do elemento 12, além de estimular a reparação do tecido após o tratamento, e seguir para a segunda etapa do tratamento que é a marsupialização.

Procedimentos: Etapa 2: Marsupialização, procedimento cirúrgico que consiste em suturar as paredes do cisto com as paredes subjacentes, estimulando a redução da lesão.

Riscos e desconforto: Semelhantes a uma intervenção cirúrgica de baixo risco, que consiste em suturar a borda do cisto aos tecidos subjacentes, ao qual irá içar “in situ” e o paciente precisa higienizar para evitar a infecção.

Benefícios: Permitirá a redução do tamanho do cisto, a diminuição da pressão intracística, e favorece o preenchimento ósseo, facilitando a terceira etapa.

Procedimentos: Etapa 3: Enucleação de lesão residual do cisto, que é a remoção total da lesão.

Riscos e desconforto: Semelhantes a uma intervenção cirúrgica de baixo risco, que consiste na remoção total do cisto, sem ruptura.

Benefícios: O cisto é removido totalmente, diminuindo as chances de recidiva.

Confidencialidade: As informações fornecidas sobre você serão acessíveis apenas aos pesquisadores. Dentro dos limites da lei, os dados serão mantidos em sigilo. Os resultados não serão divulgados de maneira que possam identificar qualquer pessoa, e ninguém, com exceção dos

pesquisadores, que poderão ter acesso aos resultados da pesquisa. Cada participante poderá ter acesso apenas ao seu resultado. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa estiver finalizada. O seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua autorização. Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Contato com o pesquisador: Em caso de qualquer esclarecimento poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Kérseny da Silva Guaraldi e o Prof. Eulmar Marques Heringer através dos telefones: (22) 98164-2154 e (22) 99961-0441.

Diante de qualquer dúvida a respeito dos direitos e deveres como participante da pesquisa ou caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNIFESO, pelo telefone: (21) 2641-7000, de segunda à sexta das 8 às 17 horas.

Consentimento: Li e entendi as informações contidas neste documento. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas satisfatoriamente. Estou participando desta pesquisa por minha vontade, até que eu decida o contrário.

_____ Data __/__/__
Nome do Paciente Assinatura do Paciente

Kérseny da Silva Guaraldi _____ Data __/__/__
Pesquisadora Responsável Assinatura da Pesquisadora Responsável

Eulmar Marques Heringer _____ Data __/__/__
Orientador Responsável Assinatura do Orientador Responsável

_____ Data __/__/__
Nome da testemunha Assinatura Testemunha