



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

CURSO DE ODONTOLOGIA

CAMPUS BENFICA

THAYNÁ LOPES DE SOUSA CAVALCANTI

**TRATAMENTO CIRÚRGICO RECONSTRUTIVO DE EXTENSA LESÃO
CÍSTICA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2024

THAYNÁ LOPES DE SOUSA CAVALCANTI

TRATAMENTO CIRÚRGICO RECONSTRUTIVO DE EXTENSA LESÃO
CÍSTICA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel
em Odontologia.

Orientador(a): Prof(a). Dra. Maria Elisa Quezado Lima Verde

FORTALEZA
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Centro Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C376t Cavalcanti, Thayná Lopes de Sousa.
TRATAMENTO CIRÚRGICO RECONSTRUTIVO DE EXTENSA
LESÃO CÍSTICA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA: RELATO
DE CASO / Thayná Lopes de Sousa Cavalcanti. - 2024.
36 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,
Fortaleza, 2024.

Orientação: Profa. Dra. MARIA ELISA QUEZADO LIMA
VERDE.

1. Lesões extensas. 2. Cisto odontogênico. 3. Cirurgia
parendodôntica. I. Título.

CDD 617.605

THAYNÁ LOPES DE SOUSA CAVALCANTI

TRATAMENTO CIRÚRGICO RECONSTRUTIVO DE EXTENSA LESÃO
CÍSTICA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel
em Odontologia.

Orientador(a): Prof(a). Dr. Maria Elisa Quezado Lima Verde

Aprovado em: 28/11/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dra. Maria Elisa Quezado Lima Verde (Orientador)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof(a). Dra. Juliana Ximenes Damasceno
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof(a). Dra. Nadine Luisa Guimarães Albuquerque
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

AGRADECIMENTOS

A Deus, gostaria de expressar minha profunda gratidão, fonte inesgotável de força, amor e esperança. Foi Ele quem me sustentou em cada passo desta jornada, renovando minha fé nos momentos de cansaço e desânimo. Em sua infinita bondade, Deus me amparou de diversas formas, guiando meus caminhos e me enchendo de coragem para seguir adiante. Agradeço por sua presença constante, que me deu a certeza de que, com Ele, sempre há luz mesmo nos momentos mais difíceis. Que Ele continue a me fortalecer e a iluminar minha vida com sua graça imensurável.

À minha mãe, minha melhor amiga e meu porto seguro. Mãe, palavras nunca serão suficientes para expressar minha gratidão por tudo o que você fez por mim ao longo dessa jornada. Seu esforço, dedicação e amor incondicional foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Você sempre me ofereceu o melhor de si, se sacrificando para que eu tivesse as melhores oportunidades e pudesse conquistar meus sonhos. Seu apoio, em todos os momentos, foi meu alicerce e minha motivação. Agradeço por acreditar em mim, por estar ao meu lado nos dias difíceis e por me dar o melhor de você, sem esperar nada em troca. Esta conquista é sua também, e sou eternamente grato por tudo o que fez para me ver chegar até aqui. Te amo imensamente!

À minha orientadora, que foi muito mais do que uma professora. Elisa ou melhor, Dory, ao longo de todo o processo, você se tornou uma verdadeira amiga, sempre pronta para me ouvir, orientar e apoiar em cada desafio. Sua paciência, sabedoria e dedicação foram essenciais para que eu pudesse crescer e superar obstáculos. Agradeço, especialmente, pela confiança que depositou no meu potencial como aluna, acreditando em mim mesmo nos momentos de dúvida. Sua postura de conselheira, sempre atenta às minhas necessidades acadêmicas e pessoais, fez toda a diferença nesta caminhada. Tenho você como uma verdadeira inspiração, não apenas pela sua sabedoria e competência profissional, mas também pela sua humanidade e generosidade. Agradeço profundamente por cada ensinamento, por estar ao meu lado em cada etapa e, acima de tudo, por me incentivar a ir além. Sem o seu apoio, este trabalho não teria sido possível. Obrigada mais uma vez.

Ao meu namorado, que foi essencial em cada passo dessa jornada. Agradeço profundamente por todo o apoio, carinho e compreensão que você sempre me ofereceu. Em momentos de incerteza e desafio, você foi o meu porto seguro, me trazendo paz, paciência e tranquilidade quando eu me sentia como uma tempestade. Mais do que isso, sou grata por você ter entendido os momentos em que precisei me ausentar, abdicar de certos momentos e dedicar todo o meu tempo e energia para essa conquista, permitindo que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Este momento é apenas uma etapa da história linda que vamos construir juntos. Sei que o melhor ainda está por vir, e que juntos, com amor e dedicação, vamos conquistar muito mais. Te amo imensamente e sou eternamente grata por ter você ao meu lado, não só nesse capítulo, mas em todos os outros que escreveremos juntos no futuro.

À minha querida dupla, amiga e parceira Bibi, que foi fundamental em cada etapa dessa jornada. Você não foi apenas minha colega de faculdade, mas uma verdadeira amiga, companheira e fonte constante de apoio. Agradeço por todo o comprometimento, por estarmos juntas nos momentos mais desafiadores e por todas as risadas e aprendizados que compartilhamos ao longo do caminho. O que vivemos juntas nesta trajetória vai ficar para sempre na minha memória e no meu coração. Sei que nossos caminhos podem seguir direções diferentes daqui para frente, mas quero que saiba que sempre poderá contar comigo, assim como eu sei que posso contar com você, independentemente de onde a vida nos levar. O laço que criamos é forte e vai além da faculdade. Te amo muito, Bibi, e sou imensamente grata por todo o tempo e energia que você dedicou essa jornada ao meu lado. Nossa amizade e parceria são eternas.

Aos meus amigos que a odontologia me deu, agradeço por todas as risadas, pelo companheirismo e pela união que sempre encontrei em cada um de vocês. Em todos os momentos, eu sabia que poderia contar com cada um de forma única e especial. Quero também agradecer de coração por todas as vezes que me ajudaram, seja vendendo as trufas ou os EPIs, vocês foram meus melhores vendedores e, de alguma forma, contribuíram diretamente para que eu conseguisse concluir essa etapa da minha vida. Sem o apoio de vocês, muitas vezes, as coisas teriam sido mais difíceis, e foi graças à colaboração e ao espírito de equipe que conseguimos atravessar tantos desafios.

"A respeito do direito da conquista,
não há outro fundamento afora a lei do
mais forte."

(ROUSSEAU, 2014, p. 27)

RESUMO

O cisto periapical é uma lesão odontogênica inflamatória associada ao ápice de um dente com presença de necrose ou infecção pulpar. O tratamento dessas lesões envolve, primariamente, a terapia endodôntica, podendo também incluir abordagens cirúrgicas em casos de insucesso ou de indicação primária. Este trabalho objetivou relatar um caso de tratamento cirúrgico reconstrutivo de extensa lesão cística em região anterior de maxila. Paciente do sexo feminino, 20 anos, compareceu à Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus, queixando-se de "inchaço no céu da boca". Observou-se extensa lesão osteolítica abrangendo os terços anterior e médio do palato duro, associada a fenestração das corticais vestibular e palatina, com tempo de evolução de aproximadamente 3 meses e sem associação a sintomatologia dolorosa. Após punção exploratória, a conduta cirúrgica inicial consistiu na marsupialização + biopsia incisional da lesão, cuja conclusão histopatológica foi compatível com o diagnóstico clínico de cisto periapical inflamatório. Após queixas de desconforto e não colaboração da paciente com o tratamento conservador, optou-se pela realização da enucleação cirúrgica da lesão + apicectomia do dente 12, que foi realizada após tratamento endodôntico dos dentes 11 e 12. Foi realizada, ainda, a reconstrução óssea da região com enxerto ósseo bovino e membrana de colágeno. O acompanhamento clínico de 1 ano e 6 meses evidenciou densidade e integração satisfatória do enxerto ósseo com a área receptora, além de ausência de sinais de infecção, inflamação, reabsorção óssea ou dentária ou outro sinal sugestivo de recidiva da lesão. O tratamento cirúrgico reconstrutivo de lesões císticas periapicais extensas, como o caso relatado, demonstrou ser uma abordagem eficaz diante da falha ou impossibilidade de adesão ao manejo conservador. A combinação de enucleação da lesão, apicectomia e reconstrução óssea com enxerto bovino e membrana de colágeno possibilitou a regeneração óssea satisfatória e o restabelecimento funcional e estético da região acometida. O acompanhamento clínico e radiográfico de longo prazo confirmou a estabilidade dos resultados obtidos, sem sinais de recidiva ou complicações, destacando a importância do planejamento multidisciplinar e do monitoramento contínuo no sucesso terapêutico de casos complexos.

Palavras chaves: Lesões extensas; Cisto odontogênico; Cirurgiaarendodôntica.

ABSTRACT

The periapical cyst is an inflammatory odontogenic lesion associated with the apex of a tooth with necrosis or pulp infection. Treatment of these lesions primarily involves endodontic therapy, which may also include surgical approaches in cases of failure or primary indication. This study aimed to report a case of reconstructive surgical treatment of an extensive cystic lesion in the anterior maxilla. A 20-year-old female patient presented to the School of Dentistry Clinic at Centro Universitário Christus, complaining of "swelling in the roof of the mouth." An extensive osteolytic lesion was observed, affecting the anterior and middle thirds of the hard palate, associated with fenestration of the buccal and palatal cortices, with a progression time of approximately 3 months and no associated pain symptoms. After exploratory puncture, the initial surgical approach consisted of marsupialization and incisional biopsy of the lesion, whose histopathological conclusion was consistent with the clinical diagnosis of inflammatory periapical cyst. After complaints of discomfort and non-compliance with conservative treatment, the decision was made to perform surgical enucleation of the lesion and apicoectomy of tooth 12, which was carried out after endodontic treatment of teeth 11 and 12. Bone reconstruction of the region was also performed with bovine bone graft and collagen membrane. Clinical follow-up of 1 year and 6 months showed satisfactory graft integration and bone density, with no signs of infection, inflammation, bone or dental resorption, or any indication of lesion recurrence. The reconstructive surgical treatment of extensive periapical cystic lesions, as reported in this case, proved to be an effective approach when conservative management fails or is not feasible. The combination of lesion enucleation, apicoectomy, and bone reconstruction with bovine graft and collagen membrane enabled satisfactory bone regeneration and functional and aesthetic restoration of the affected area. Long-term clinical and radiographic follow-up confirmed the stability of the results, with no signs of recurrence or complications, highlighting the importance of multidisciplinary planning and continuous monitoring in the therapeutic success of complex cases.

Keywords: Extensive lesions, odontogenic cyst, periapical surgery.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVO	14
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1.	Cisto periapical: características clínicas, diagnóstico e tratamento.....	15
3.2.	Abordagem cirúrgica de lesões extensas em maxila: considerações anatômicas e técnicas	16
4.	MATERIAIS E MÉTODOS	18
4.1.	Natureza do estudo.....	18
4.2.	Aspectos éticos	18
4.3.	Coleta de dados do caso clínico	18
5.	RESULTADOS.....	19
6.	DISCUSSÃO	26
7.	CONCLUSÕES	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	ANEXO I.....	32
	ANEXO II.....	35
	ANEXO III.....	36

1. INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos inflamatórios são lesões patológicas comuns dos maxilares, caracterizadas pela formação de cavidades preenchidas por fluido, geralmente associadas a processos infecciosos crônicos, como a necrose do tecido pulpar. Esses cistos são considerados benignos e apresentam baixo índice de recorrência após o tratamento adequado. As lesões que envolvem os dentes anteriores (incisivos centrais, incisivos laterais e caninos) podem resultar em efeitos desfavoráveis na função e causar sintomatologia dolorosa, afetando diretamente a autoestima, o comportamento e o sucesso pessoal, especialmente se há perda dentária permanente. (ALMEIDA; GARCIA JÚNIOR, 2019).

Os cistos periapicais representam uma parede de tecido conjuntivo fibroso revestido por epitélio, contendo, em seu interior, fluido e resíduos celulares. A maioria dos cistos periapicais cresce lentamente e de forma assintomática, e não atinge um tamanho grande, apesar de poderem variar em relação a sua extensão. Lesões maiores, por sua vez, podem estar associadas a áreas de fenestração cortical e sensibilidade, além de queixas estéticas e funcionais, tais como mobilidade dentária (ALMEIDA; GARCIA JÚNIOR, 2019)

O diagnóstico diferencial dessas lesões é fundamental, uma vez que outras condições, como tumores odontogênicos, podem apresentar características radiográficas semelhantes (NEVILLE et al., 2016). O diagnóstico é geralmente obtido por meio de exames de imagem, como as radiografias periapical ou panorâmica, e/ou a tomografia computadorizada (TC). Os exames histopatológicos, por sua vez, auxiliam na diferenciação entre os diversos tipos de lesões císticas odontogênicas (SANTOSH, 2020).

Os cistos de grande extensão, especialmente localizados na região anterior da maxila, representam um desafio cirúrgico devido à proximidade com estruturas anatômicas importantes, como a membrana de revestimento do seio maxilar e cavidade nasal. Isso pode caracterizar maior dificuldade cirúrgica. A maxila, em particular, apresenta uma estrutura óssea mais esponjosa, o que favorece a expansão dessas lesões, tornando o tratamento mais complexo. Além disso, a região anterior da maxila é de grande importância estética e funcional, e qualquer

intervenção cirúrgica deve considerar esses fatores para evitar comprometimentos futuros (SANTOSH, 2020).

Quando o tratamento endodôntico não é capaz de resolver a lesão, a abordagem cirúrgica passa a ser considerada, especialmente para lesões extensas que causam destruição significativa do osso maxilar. A cirurgia paredodôntica, que inclui a enucleação do cisto e a remoção de parte do ápice radicular (apicectomia), é uma opção para o tratamento de lesões resistentes ao tratamento endodôntico convencional ou de lesões mais extensas (LIMA et al, 2023). Pode-se, ainda, considerar a reconstrução da cavidade óssea resultante com o uso de enxertos ósseos autógenos, alógenos, aloplásticos e/ou fatores de crescimento, promovendo a regeneração e estabilidade do osso afetado (CALORI et al, 2011).

A justificativa para o presente estudo se baseia na raridade e complexidade do caso relatado, que envolveu um cisto odontogênico inflamatório extenso na região anterior da maxila, sem sinais de infecção, fratura ou trauma dentário. A maioria dos casos de cistos inflamatórios está diretamente associada a fatores infecciosos, como necrose pulpar ou periodontite, como indicado pela literatura (CANASSA; PAVAN, 2014). No entanto, este caso, onde não havia indícios clínicos de infecção ou trauma, apresenta características atípicas, justificando a importância de seu relato.

O presente trabalho visa, portanto, preencher uma lacuna no entendimento sobre o manejo de cistos inflamatórios sem causa infecciosa óbvia, oferecendo novas perspectivas sobre a abordagem cirúrgica reconstrutiva e a utilização de biomateriais para reparação óssea em defeitos extensos da maxila.

2. OBJETIVO

Relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico reconstrutivo de extensa lesão cística em região anterior de maxila.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Cisto periapical: características clínicas, diagnóstico e tratamento.

O cisto periapical, também conhecido como cisto radicular, é uma das lesões císticas mais comuns associadas a infecções endodônticas crônicas. Sua origem está ligada a uma resposta inflamatória crônica na região apical do dente causada por infecção pulpar persistente, o que leva à formação de uma cavidade cística preenchida por fluido ou material semi-sólido, delimitada por uma cápsula epitelial (NEVILLE et al., 2016). Para a abordagem desse tipo de lesão, o tratamento endodôntico é geralmente o primeiro recurso terapêutico, uma vez que a desinfecção do sistema de canais radiculares pode reverter a inflamação periapical e possibilitar a cura da lesão (FERNANDES; DE ATAIDE, 2010).

O tratamento endodôntico visa eliminar a infecção bacteriana do canal radicular, removendo os tecidos necróticos e criando um ambiente propício à regeneração dos tecidos periapicais. Em muitos casos, o sucesso da terapia endodôntica leva à redução e até ao desaparecimento completo do cisto periapical ao longo do tempo (FERNANDES; DE ATAIDE, 2010). Estudos apontam que o tratamento de canal, quando bem-sucedido, permite a reabsorção progressiva da lesão periapical, eliminando a necessidade de intervenção cirúrgica em lesões menores (DE SOUZA NETO et al, 2023).

No entanto, em casos de cistos periapicais de grande extensão ou em lesões que não respondem ao tratamento endodôntico convencional, pode ser necessária a intervenção cirúrgica para remover a lesão de forma mais direta. A persistência do cisto periapical após o tratamento endodôntico pode ocorrer devido a falhas na eliminação completa dos microrganismos do sistema de canais radiculares, o que justifica a enucleação cirúrgica em casos refratários. (VALOIS; COSTA JÚNIOR, 2005)

Embora o tratamento endodôntico seja o principal recurso para eliminar infecções e controlar lesões periapicais, ele pode se mostrar insuficiente em casos de cistos periapicais extensos ou com recidiva. Nesses casos, o tratamento cirúrgico de enucleação da lesão e apicectomia (cirurgia parendodôntica) e a subsequente reconstrução óssea são considerados (OLIVEIRA et al, 2017). A combinação entre essas abordagens é fundamental para o sucesso terapêutico, especialmente em lesões que ameaçam a estrutura e função da maxila e dos dentes envolvidos.

3.2. Abordagem cirúrgica de lesões extensas em maxila: considerações anatômicas e técnicas.

A maxila, por sua anatomia e proximidade com estruturas como o seio maxilar e a cavidade nasal, traz desafios adicionais para a intervenção cirúrgica de lesões císticas. Estudos sugerem que grandes cistos na região maxilar apresentam maior risco de recorrência, além de dificuldades no acesso cirúrgico e na preservação das estruturas anatômicas envolvidas (GIULIANI et al., 2006). O tratamento cirúrgico de lesões extensas envolve, em grande parte, a marsupialização (com biópsia incisional) ou enucleação completa juntamente com a biópsia excisional, dependendo da extensão da lesão e sua relação com estruturas adjacentes. Em casos extensos, a reconstrução óssea com o uso de enxertos é ideal para restabelecer a integridade da maxila e garantir um bom prognóstico funcional e estético (JÚNIOR et al., 2014).

O tratamento endodôntico prévio é fundamental ao prognóstico cirúrgico da enucleação de lesões extensas, pois a desinfecção dos canais e o vedamento do forame apical dos dentes envolvidos na lesão é primordial para o êxito terapêutico. A apicectomia, por sua vez, é um procedimento crucial na realização de cirurgias parendodônticas, que consiste na remoção cirúrgica de parte do ápice radicular de um dente. Em casos em que o tratamento seja ineficaz, a cirurgia parendodôntica com curetagem da lesão se traduz em uma alternativa viável para regredir a origem infecciosa e, juntamente com a obturação retrógrada da raiz associada ao uso de Agregado de Trióxido Mineral (MTA), minimiza as chances de insucesso e recidivas. (MELO, 2022)

Quanto à enucleação propriamente dita, pondera-se que a separação da cápsula cística de estruturas de tecidos moles não patológicos (quando as lesões rompem a cortical óssea) é um desafio, considerando a friabilidade destas e o limitado acesso cirúrgico de lesões em maxila, sobretudo em regiões interradiculares, já que os poucos relatos de recidiva de lesões dessa natureza são justificados pela permanência de fragmentos císticos entre as raízes dos elementos dentários envolvidos. (OLIVEIRA et al., 2014). Assim, faz-se necessário um debridamento cuidadoso para garantir a remoção completa da lesão.

Em caso de defeitos extensos, o uso de biomateriais, como enxertos ósseos bovinos ou membranas regenerativas, tem demonstrado sucesso na regeneração óssea pós-cirúrgica, promovendo a osteointegração e minimizando o risco de recidiva (AYOUB; AL FOTAWEI, 2021). Para maximizar os resultados, membranas de barreira e biomateriais têm sido empregados, o que favorece a regeneração tecidual e minimiza o risco de recidiva. Esses materiais permitem que o osso seja reconstituído de maneira

gradual, ajudando a manter a função e a estética do local (SALMEN et al., 2017).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Natureza do estudo

Estudo documental e clínico com delineamento do tipo observacional, descritivo, do tipo relato de caso.

4.2. Aspectos éticos

Para o relato de caso clínico, foi realizada inicialmente a submissão do caso ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), com posterior aprovação (ANEXO I), para posterior descrição do relato e publicação em repositório digital.

4.3. Coleta de dados do caso clínico

Para a coleta de dados, foram obtidos dados contidos no prontuário odontológico da paciente, localizado no serviço da Clínica Escola de Odontologia Unichristus. Além disso, foi realizada a documentação fotográfica e radiográfica da paciente nos momentos pré, trans e pós-operatórios.

5. RESULTADOS

Paciente A.D.A.S, sexo feminino, 20 anos, compareceu à Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus, queixando-se de "inchaço no céu da boca" (*sic*). Durante a anamnese, a paciente relatou não apresentar nenhuma alteração sistêmica.

O exame físico intraoral evidenciou uma lesão nodular, séssil, normocrômica, com área discretamente eritematosa, firme à palpação, abrangendo os terços anterior e médio do palato duro (entre os dentes 12 e 15) (Figura 1), com tempo de evolução de aproximadamente 3 meses e sem associação a sintomatologia dolorosa. Não foram observadas alterações no exame extraoral.

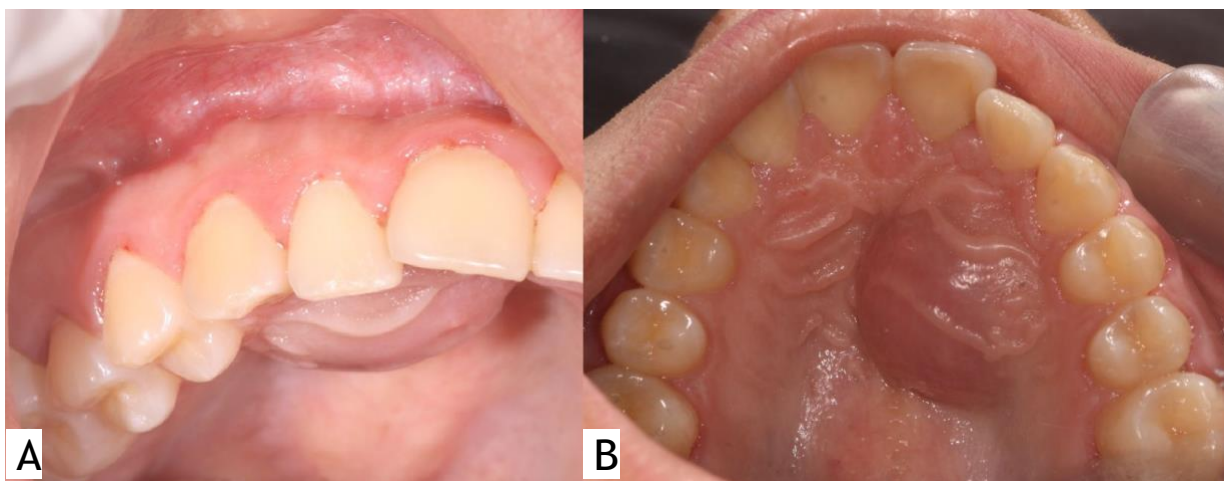


Figura 1. Aspecto clínico intraoral inicial, evidenciando aumento de volume na região anterior de palato (A e B), sem sinais de aumento de volume, comprometimento ou apagamento do fundo de sulco vestibular (A).

Para auxílio diagnóstico e condução do caso, foram solicitados os seguintes exames complementares: exame radiográfico (radiografia periapical) e hematológicos (hemograma completo e coagulograma). Nenhuma alteração digna de nota foi observada nos exames hematológicos da paciente. No entanto, ao exame radiográfico, observou-se uma lesão radiolúcida bem circunscrita se estendendo na região de periápice dos dentes 11 a 13 (Figura 2).



Figura 2. Radiografias periapicais iniciais de canino do lado direito (A) e incisivos (B), evidenciando área radiolúcida bem circunscrita, apresentando íntima relação com os ápices dos dentes 11 e 12.

Para melhor avaliação radiográfica e planejamento do caso, solicitou-se um exame tomográfico, a partir do qual foi possível observar uma extensa lesão envolvendo diretamente os ápices dos dentes 11 e 12 e, apesar de envolver o dente 13, observou-se discreta dilaceração da raiz, confirmando ausência de comunicação entre o ápice do dente e o interior da lesão. Observou-se, ainda, extensa área de fenestração das corticais ósseas vestibular e lingual, além de solução de continuidade na região do soalho da fossa nasal (Figura 3).

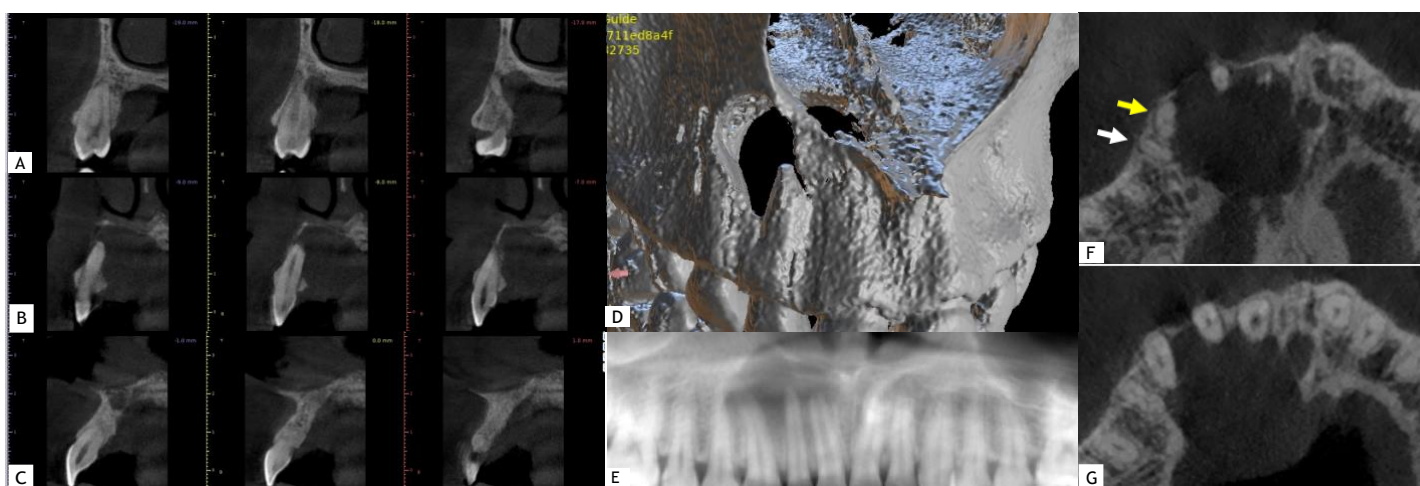


Figura 3. Aspecto tomográfico evidenciando extensa área hipodensa, compreendendo a região dos dentes 14 a 21. Os cortes sagitais demonstram extensão da lesão até a mesial do dente 14 (A), íntima relação da lesão com o dente 12, além de área de solução de continuidade nas corticais ósseas vestibular, palatina e no assoalho da fossa nasal (B), e extensão da lesão até a distal do dente 11 (C). A reconstrução tridimensional (D) e panorâmica (E) permitem uma compreensão dos extensos limites da lesão. Os cortes axiais demonstram preservação da região do forame incisivo, além de ausência de relação direta entre a lesão e os forames apicais dos

dentes 13 (seta amarela) e 14 (seta branca) (F). Observa-se, ainda, maior extensão da lesão para a região palatina, e envolvimento das raízes dos dentes 11, 12 e 13 (G).

Clinicamente, nenhum dos dentes associados à lesão apresentava comprometimento periodontal, conforme avaliado pelo exame de profundidade à sondagem dos dentes 14, 13, 12 e 11. Além disso, os dentes envolvidos e adjacentes à lesão apresentavam-se hígidos, sem nenhum envolvimento por processo carioso ou fraturas dentárias associadas, o que levantou a possibilidade de uma lesão de origem de um traumatismo dentário anterior (apesar de não relatado durante a anamnese). Realizaram-se os testes de sensibilidade ao frio dos dentes 11, 12 e 13, que mostraram resultado negativo para os dentes 11 e 12, e positivo para o dente 13. Quanto aos testes de sensibilidade à percussão, os resultados foram negativos para o dente 13 e positivos para os dentes 11 e 12 tanto na percussão vertical quanto na horizontal. Ainda para fins diagnósticos, foi realizada uma punção exploratória da lesão, a qual foi positiva para líquido amarelado, por vezes sanguinolento, sugestivo de exsudato purulento (Figura 4).



Figura 4. Punção exploratória da lesão, mostrando-se positiva para conteúdo amarelado, por vezes sanguinolento.

Optou-se, portanto, pelo acesso cirúrgico para biópsia incisional e marsupialização da lesão. O acesso foi realizado por vestibular, sob anestesia local, por meio de uma incisão semilunar e descolamento da região. Fragmentos da lesão foram coletados para análise anatomopatológica. Foi realizada sutura contínua fenestrada com fio de seda 3-0 nas margens do acesso cirúrgico (Figura 5). O laudo anatomopatológico indicou que a amostra era compatível com lesão cística, com predomínio de achados neutrofilicos e fibróticos, com moderado achado inflamatório misto, compatível com diagnóstico de cisto periapical inflamatório (ANEXO II).

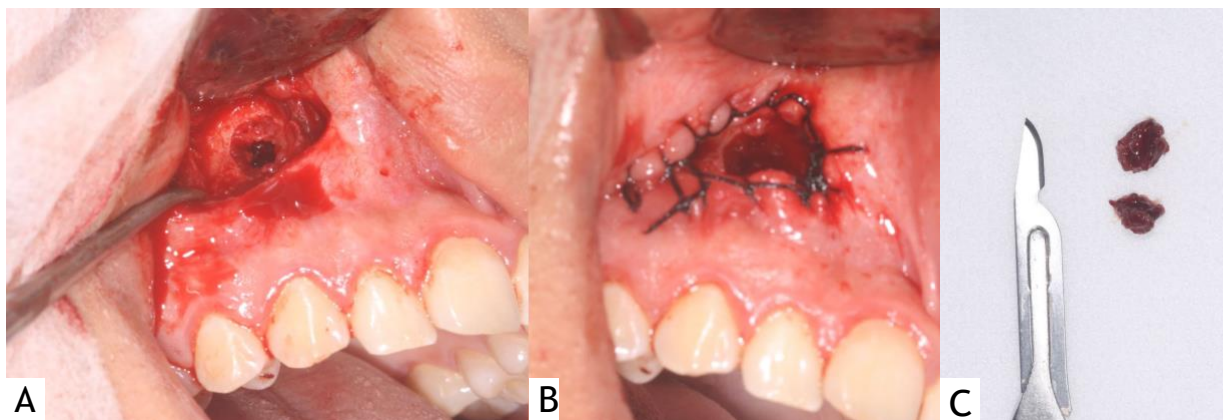


Figura 5. Cirurgia de realização de biopsia incisional + marsupialização. A. Acesso cirúrgico da lesão. B. Sutura contínua fenestrada e pós-operatório imediato da cirurgia de marsupialização. C. Fragmentos coletados e enviados ao exame anatomopatológico.

O tratamento da paciente foi conduzido por meio do acompanhamento da lesão (aguardando, por meio da marsupialização, a redução das dimensões da lesão para posterior exérese), bem como o tratamento endodôntico dos dentes associados (Figura 6). A paciente permaneceu sob avaliação da equipe interdisciplinar em Odontologia e iniciou o tratamento endodôntico dos elementos 11 e 12, além da instrução de higiene da janela cística.

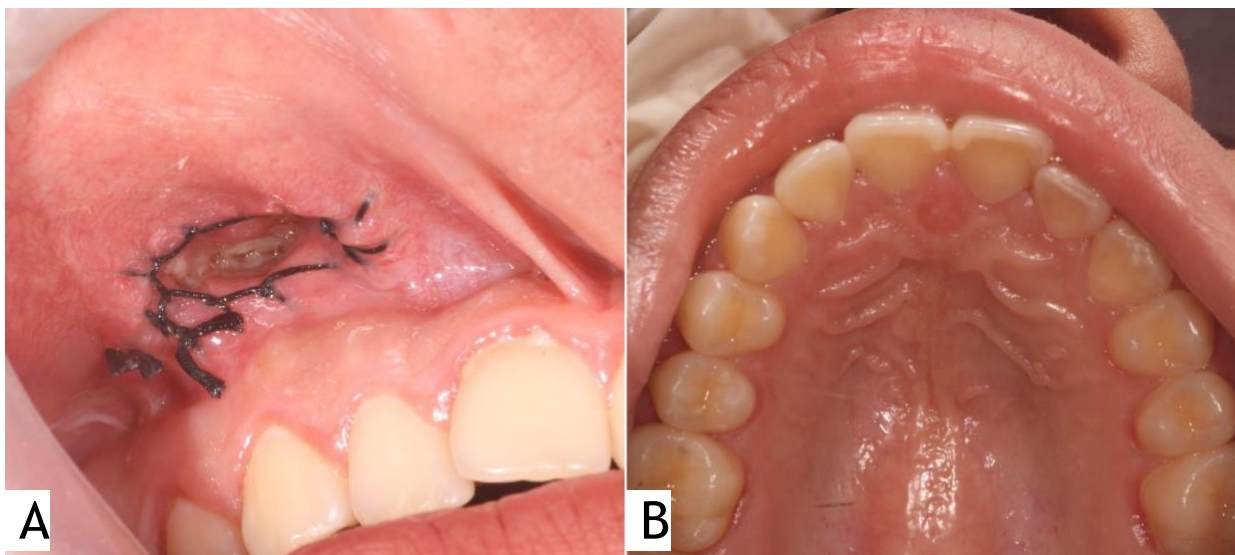


Figura 6. Acompanhamento clínico da lesão por 6 meses, evidenciando higienização satisfatória do acesso cirúrgico (A) e diminuição do aumento de volume na região palatina (B).

Após acompanhamento clínico da lesão por 6 meses, a paciente compareceu com queixas de dificuldade de higienização da região e de comparecimento aos retornos, limitações de sua vida social e vontade de resolutividade do quadro clínico de forma

antecipada.

Assim, foi planejada a remoção completa da lesão e preenchimento do defeito ósseo com enxerto ósseo bovino (Straumann® cerabone®, 3,0cc, grânulos de 1,0 a 2,0 mm) e sobreposição de membrana de colágeno porcina sobre os defeitos ósseos (Straumann® Jason®, 20 x 30cm). O procedimento seguiu todos os protocolos de biossegurança da Clínica Escola de Odontologia. Realizou-se antissepsia intra (clorexidina 0,12%) e extraoral (clorexidina 2%) para a cirurgia, realizada sob anestesia local com 4 tubetes de mepivacaína 2% e Epinefrina 1:100.000 (Mepiadre®, DFL) + 1 tubete articaína 4% e Epinefrina 1:200.000 (Articaine®, DFL), para bloqueio dos nervos alveolar superior anterior e médio, nasopalatino e infraorbitário.

O acesso cirúrgico da lesão foi realizado por meio de diérese incisa das regiões vestibular (retalho triangular - incisão intrasulcular do elemento dentário 11 até o 13 + incisão relaxante parapapilar na mesial do dente 14) e palatina (retalho em envelope - incisão intrasulcular do elemento dentário 11 até o 15), e diérese romba (descolamento dos retalhos pelas paredes vestibular e palatina. Posteriormente, realizou-se a enucleação e curetagem da lesão por completo. Na mesma sessão, foi realizado o procedimento de apicectomia do dente 12 (cl clinicamente visível no transoperatório) e retroobturação com cimento reparador biocerâmico de alta plasticidade (MTA REPAIR HP®). Após esse procedimento, foi realizado enxerto ósseo bovino (Straumann Cerabone) com grânulos de 1,0 – 2,0 mm e utilização da membrana regenerativa porcina com dimensão 20x30 mm (Straumann Jason Botis), finalizando com sutura suspensória na região operada (Figura 7). A análise anatomopatológica da biopsia excisional confirmou o diagnóstico inicial da biopsia incisional (ANEXO III).

Após 6 meses da última intervenção cirúrgica, a paciente retornou para avaliação dos parâmetros de osseointegração do biomaterial e acompanhamento clínico. A paciente foi monitorada clinicamente e radiograficamente durante 12 meses. Exames de controle por tomografia computadorizada foram realizados para avaliar a integração do enxerto ósseo e o processo de reparação tecidual (Figura 8). Ao final do período de acompanhamento, observou-se completa regeneração óssea na área operada. A avaliação do sucesso do tratamento foi baseada em parâmetros clínicos, como a ausência de dor e infecções, bem como na recuperação da função e estética da região operada. Radiograficamente, o critério de sucesso foi a neoformação óssea na área

previamente ocupada pelo cisto.

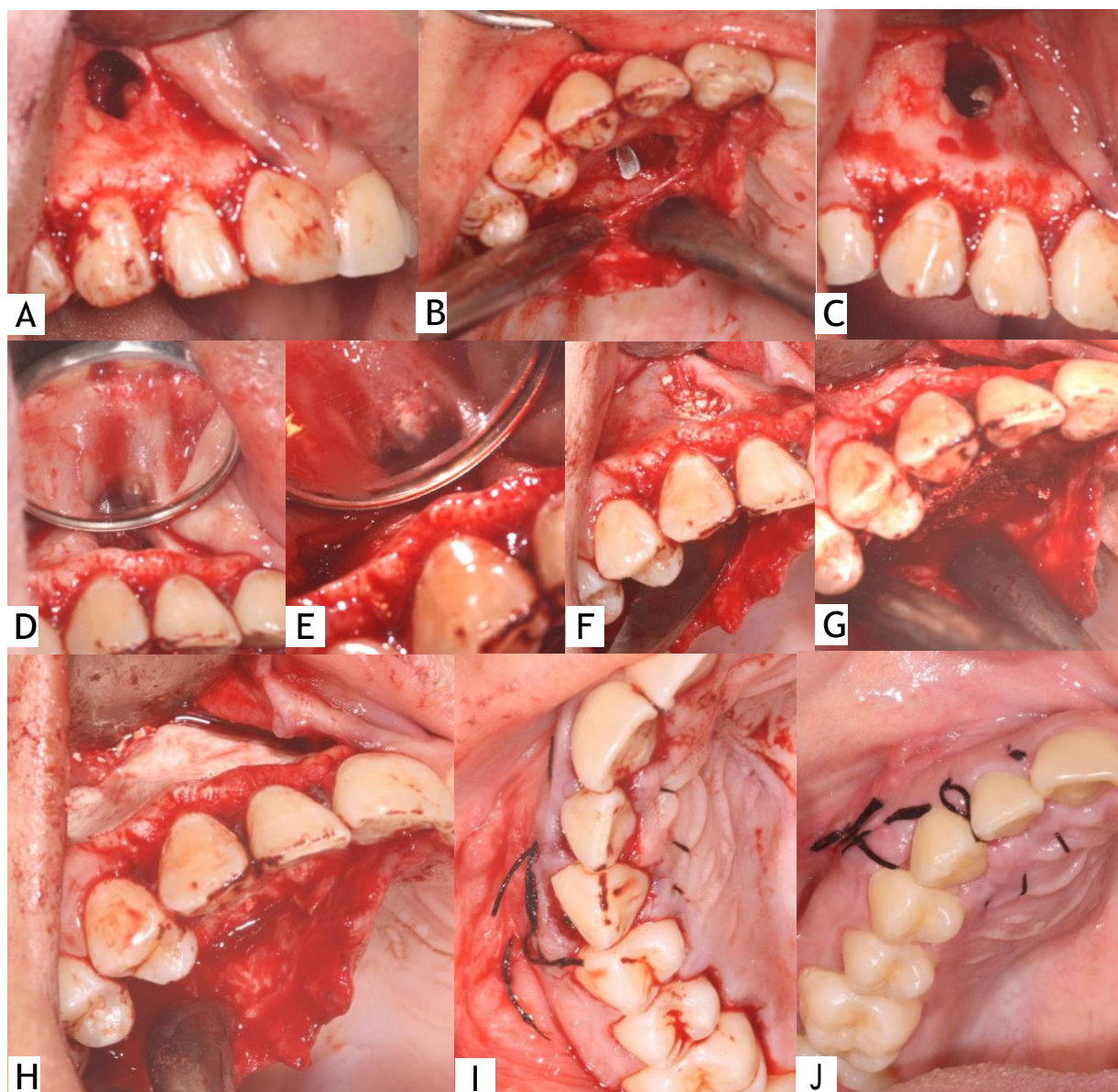


Figura 7. A-I: Imagens transoperatórias da abordagem cirúrgica da lesão, evidenciando o acesso vestibular (A) e palatino, com a presença de defeito ósseo comunicando as duas corticais ósseas (B). Apicetomia do dente 12, parcialmente (C) e totalmente (D) realizada, com posterior retro-obturação com MTA (E). Aspecto clínico vestibular (F) e palatino (F) após aposição do enxerto ósseo particulado e após aposição das membranas de colágeno nas duas corticais (H). Pós-operatório imediato após realização de sutura interrompida em U vertical ou 8 (I). Acompanhamento pós-operatório de 7 dias (J), evidenciando discreto edema na região palatina, mas sem sinais de deiscência de sutura, infecção, exposição da área enxertada ou inflamação.

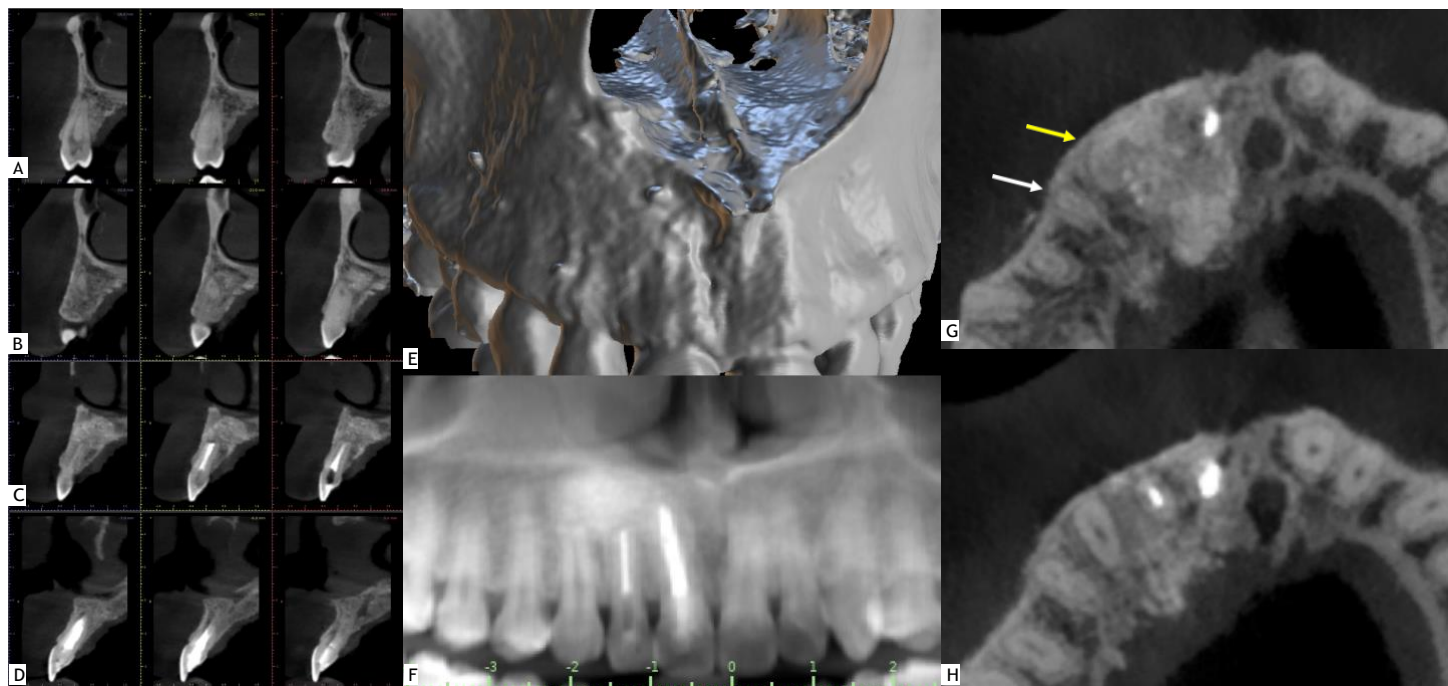


Figura 8. Aspecto tomográfico evidenciando área de trabeculado ósseo em continuidade com área hiperdensa, compreendendo a região dos dentes 14 a 21. Os cortes sagitais demonstram presença de trabeculado ósseo e ausência de área hipodensa osteolítica na região mesial do dente 14 (A), área hiperdensa em continuidade com o trabeculado ósseo na região do dente 13 (B), padrão que se repete também na região dos dentes 12 (C) e 11 (D), que se apresentam com condutos totalmente obturados. Observa-se, ainda, ausência de solução de continuidade das corticais ósseas vestibular e lingual ou do soalho da fossa nasal nos cortes sagitais (A-D). A reconstrução tridimensional (E) e panorâmica (F) permitem uma compreensão da extensão da área de formação óssea / integridade do enxerto ósseo. Os cortes axiais (G e H) demonstram preservação da região do forame incisivo e da lâmina dura dos dentes previamente adjacentes à lesão, especialmente os dentes 13 e 14 (G, setas amarela e branca, respectivamente), além de continuidade da região do enxerto com o trabeculado ósseo adjacente, sugerindo sucesso do processo de reconstrução.

6. DISCUSSÃO

A literatura odontológica frequentemente associa cistos odontogênicos inflamatórios, como os cistos periapicais, a processos infecciosos que resultam em necrose pulpar ou inflamações periodontais crônicas. Esses cistos são tipicamente encontrados em áreas onde houve estímulo de origem infecciosa, como cáries profundas ou traumatismos que comprometem a vitalidade pulpar. Contudo, no caso relatado, observa-se uma lesão cística inflamatória na região anterior de maxila, envolvendo dentes hígidos, sem evidência de infecção pulpar ou periapical. Isso contrasta com o padrão usualmente descrito para essas lesões, tornando este caso particularmente interessante (SANTOSH, 2020).

A raridade de cistos inflamatórios em dentes sem sinais clínicos detectáveis levanta questionamentos acerca da etiologia da lesão. Apontam que fatores anatômicos, como a relação íntima entre a raiz dos dentes e o seio maxilar, podem contribuir para a formação de cistos mesmo na ausência de infecção. Além disso, inflamações subclínicas, não visíveis ao exame físico, ou microtraumas recorrentes, como forças oclusais excessivas ou hábitos parafuncionais, podem atuar como desencadeadores. Outras hipóteses incluem predisposições genéticas ou fatores sistêmicos, que podem predispor o paciente ao desenvolvimento de cistos inflamatórios, mesmo em dentes hígidos (CANASSA; PAVAN, 2014).

Nos casos incomuns em que o cisto não está relacionado a infecções evidentes ou trauma dentário, a abordagem diagnóstica torna-se mais desafiadora. A ausência de sinais clínicos de infecção, como dor ou inflamação visível, pode retardar o diagnóstico e permitir a progressão da lesão, aumentando sua complexidade. Nesse contexto, apesar de sua prevalência significativa, os cistos odontogênicos que não apresentam relação direta com infecção dentária ou trauma são raros e é essencial realizar uma avaliação diagnóstica cuidadosa para sua correta caracterização, considerando causas sistêmicas ou genéticas, que possam contribuir para o desenvolvimento da lesão (DE SOUZA NETO et al., 2023).

Para cistos periapicais, a radiografia periapical e a tomografia computadorizada (TC) são fundamentais (DE SOUZA NETO et al., 2023). A TC permitiu uma avaliação detalhada da extensão da lesão e sua relação com as estruturas anatômicas adjacentes, como a fenestração da cortical

óssea vestibular e lingual, e a proximidade com o soalho da fossa nasal. A punção exploratória confirmou a presença de exsudato purulento, característico de cistos inflamatórios, enquanto a análise anatomopatológica foi essencial para a compatibilização com o diagnóstico clínico de cisto periapical inflamatório. Esses achados ressaltam a importância do uso de exames complementares para um diagnóstico preciso e definição do tratamento mais adequado.

A escolha da abordagem cirúrgica foi guiada pela extensão da lesão e sua localização. Lesões císticas extensas, como a relatada, apresentam um desafio cirúrgico considerável, especialmente em regiões anatômicas complexas como a maxila anterior (JÚNIOR et al., 2014). A técnica de marsupialização foi inicialmente escolhida como forma de reduzir o tamanho da lesão, preservando ao máximo as estruturas ósseas adjacentes. A marsupialização é uma técnica conservadora amplamente aceita em lesões císticas de grande extensão, pois promove uma descompressão gradual do cisto, evitando ressecções ósseas mais agressivas. A manutenção de uma janela cística comunicando com a cavidade bucal, suturada à mucosa, permite o esvaziamento progressivo da lesão, facilitando o acesso posterior para sua remoção completa. Quanto à descompressão, outra modalidade de tratamento, considera-se a viabilidade de instalação de um dispositivo para manter íntegra a janela cirúrgica da lesão. No entanto, descompressão de lesões com relação anatômica predominantemente palatina, como a relatada neste trabalho, apresentam difícil execução e prognóstico desfavorável (ALMEIDA; GARCIA JÚNIOR, 2019).

O sucesso da técnica de marsupialização ou descompressão depende diretamente da colaboração do paciente, sendo fundamental a manutenção de rigorosa higiene local e acompanhamento periódico. A paciente foi instruída quanto à higienização do local da marsupialização, especialmente devido à presença do acesso por vestibular, uma região de difícil acesso e suscetível a irritações mecânicas, atrito constante e possível comprometimento das funções cotidianas, como fala, alimentação e interações sociais (LIZIO et al., 2013).

Após a fase inicial de marsupialização, o tratamento cirúrgico incluiu a enucleação completa da lesão, seguida de apicectomia no dente 12, que apresentou comprometimento pulpar. A apicectomia, como descrito por diversos autores, é um procedimento eficaz para a remoção de focos infecciosos periapicais remanescentes e

promove uma resolução mais definitiva das lesões, especialmente quando associada ao uso de materiais biocompatíveis como o MTA. O MTA é amplamente utilizado em procedimentos endodônticos cirúrgicos devido às suas propriedades selantes e à sua capacidade de induzir a neoformação óssea, minimizando o risco de reinfecção endodôntica (MELO, 2022).

A regeneração óssea foi planejada com o uso de enxerto ósseo bovino particulado e membrana de colágeno de pericárdio porcino, a fim de promover a reconstrução do defeito ósseo causado pela lesão. A utilização de biomateriais xenógenos de alta biocompatibilidade, como o enxerto bovino, é amplamente documentada na literatura odontológica por sua capacidade de promover a regeneração óssea em grandes defeitos císticos. Estudo demonstra que a combinação de enxertos ósseos com membranas regenerativas acelera a cicatrização óssea, reduzindo o tempo de reparação e melhorando os resultados estéticos e funcionais (AYOUB; AL FOTAWEI, 2021).

O prognóstico a longo prazo para pacientes com lesões císticas inflamatórias extensas é geralmente favorável, especialmente em casos tratados com a combinação de técnicas cirúrgicas regenerativas e endodônticas. A formação óssea após a enucleação completa do cisto é esperada em aproximadamente seis meses, período durante o qual será avaliada a osseointegração do biomaterial e a regeneração das estruturas envolvidas. O sucesso do tratamento, especialmente em pacientes sem fatores infecciosos exacerbados, depende do acompanhamento rigoroso e da adesão ao tratamento proposto. A literatura sugere que, com a utilização de biomateriais de alta qualidade e técnicas cirúrgicas avançadas, o risco de recidiva é mínimo, proporcionando ao paciente um excelente prognóstico funcional e estético (LI et al., 2024).

Dessa forma, visando otimizar os resultados terapêuticos e estéticos, reforça-se a importância de uma abordagem interdisciplinar no diagnóstico e tratamento de lesões de grande extensão e de características clínicas incomuns.

7. CONCLUSÕES

O presente caso demonstrou a eficácia no tratamento cirúrgico de uma extensa lesão cística inflamatória na região anterior da maxila, mesmo na ausência de uma causa etiológica infecciosa e/ou inflamatória evidente, o que reforça a importância de uma abordagem diagnóstica e terapêutica minuciosa, interdisciplinar e individualizada, além de um monitoramento clínico contínuo para garantir a eficácia e a longevidade do tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M.; GARCIA JÚNIOR, I. R. M. J. Tratamento cirúrgico de cisto odontogênico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, [s.l.], v. 7, 2019. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4567>. Acesso em: 12 abril de 2024.
- AYOUB, A.; AL-FOTAWEI, R. Biomaterials in the Reconstruction of the Oral and Maxillofacial Region. **Frontiers of oral biology**, [s.l.], v. 17, p. 101-114, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26201280/>. Acesso em: 18 jun. 2024.
- CALORI, G. M. *et al.* The use of bone-graft substitutes in large bone defects: any specific needs? **Injury**, [s.l.], v. 42, p. S56-S63, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21752369/>. Acesso em: 18 jun. 2024.
- CANASSA, Bruna Castilho; PAVAN, Ângelo José. Inflammatory odontogenic cysts: a brief literature review. **Journal of Surgical and Clinical Dentistry – JSCD**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 20-28, 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140716_144203.pdf. Acesso em: 12 abril de 2024.
- DE SOUZA NETO, A. D. *et al.* Diagnóstico e tratamento de periapicopatias endodônticas. **Brazilian Journal of Health Review**, [s.l.], v. 6, n. 6, p. 31356–31365, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65551>. Acesso em: 12 abril de 2024.
- FERNANDES, Marina; DE ATAIDE, Ida. Nonsurgical management of periapical lesions. **Journal of Conservative Dentistry and Endodontics**, [s.l.], v. 13, n. 4, p. 240-245, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21217952/>. Acesso em: 18 jun. 2024.
- GIULIANI, Michele *et al.* Conservative management of a large odontogenic keratocyst: report of a case and review of the literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [s.l.], v. 64, n. 2, p. 308-316, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16413905/>. Acesso em: 27 ago 2024.

JÚNIOR, H. C. C. O. *et al.* Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral. **Journal of Orofacial Research**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 15-20, 2014.

Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102014000100003. Acesso em: 27 ago 2024.

LIMA, Danubya Sayonara dos Santos *et al.* Uma abordagem da cirurgia paraendodôntica e apicectomia como uma opção ao insucesso do tratamento endodôntico convencional. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 12, n. 12, e58121243930, 2023.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/375763989_Uma_abordagem_da_cirurgia_paraendodontica_e_apicectomia_como_uma_opcao_ao_insucesso_do_tratamento_endodontico_convencional. Acesso em: 27 ago 2024.

LI, Nayun *et al.* Advances in biomaterials for oral-maxillofacial bone regeneration: spotlight on periodontal and alveolar bone strategies. **Regenerative Biomaterials**, [s.l.], v. 11, rbae078, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39055303/> Acesso em: 22 fev. 2024.

LIZIO, Giuseppe *et al.* Volume reduction of cystic lesions after surgical decompression: a computerised three-dimensional computed tomographic evaluation. **Clinical Oral Investigations**, [s.l.], v. 17, p. 1701-1708, 2013. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23099727/> Acesso em: 22 fev. 2024.

MELO, A. L. G. de. Cirurgia paraendodôntica: apicectomia com obturação retrógrada e selamento de MTA. 2022. Disponível em:

<https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/1907> Acesso em: 22 fev. 2024.

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

Elsevier, Guanabara Koogan, 2016. 912 p. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-36730> Acesso em: 10 jul. 2024.

OLIVEIRA, Guilherme Augusto Alves de *et al.* Cirurgia paraendodôntica: apicetomia com curetagem periapical. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 112, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/21142> Acesso em: 10 jul. 2024.

SALMEN, Fued Samir *et al.* Enxerto ósseo para reconstrução óssea alveolar: revisão de 166 casos. **Revista Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, [s.l.],

v. 10, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/ij/rcbc/a/yHWzyxt3TLzcQPjtrGVkNqm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 jul. 2024.

SANTOSH, Arvind Babu Rajendra. Odontogenic cysts. **Dental Clinics**, [s.l.], v. 64, n. 1, p. 105-119, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31735221/> Acesso em: 10 jul. 2024.

VALOIS, Caroline R. A.; COSTA-JÚNIOR, Edson Dias. Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy: case report. **Brazilian Dental Journal**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 187-190, dez. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16429195/> Acesso em: 10 jul. 2024.

ANEXO I



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRATAMENTO CIRÚRGICO RECONSTRUTIVO DE EXTENSA LESÃO CÍSTICA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO.

Pesquisador: Maria Elisa Quezado Lima Verde

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79599224.9.0000.5049

Instituição Proponente: Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda-IPADE/Faculdade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.857.563

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional do tipo descritivo

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo objetiva descrever o tratamento cirúrgico reconstrutivo de extensa lesão cística em região anterior de maxila.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste relato de caso estariam relacionados com a quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e identificação não autorizada pelo paciente, o qual resultaria em danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou a terceiros. Porém, todos os cuidados serão tomados para que a identidade do paciente não seja revelada e a autorização para o uso de imagens será obtida expressamente por meio do TCLE.

Benefícios:

Este estudo contribuirá para aprimorar o diagnóstico e a abordagem terapêutica de pacientes com esta condição, garantindo uma melhor qualidade de vida à paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os termos foram apresentados.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 6.857.563

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os termos foram apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2335750.pdf	06/05/2024 19:06:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinado.pdf	06/05/2024 19:05:21	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
Outros	5_fieldepositario.pdf	06/05/2024 09:50:06	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_Thayna_Platbr.pdf	06/05/2024 09:49:42	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5_TCLE.pdf	06/05/2024 09:47:55	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
Outros	5_responsabilidade_autores.pdf	06/05/2024 09:44:56	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
Outros	5_autorizacaoparaestudo.pdf	06/05/2024 09:44:12	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
Outros	5_anuenciasup.pdf	06/05/2024 09:43:46	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito
Outros	5_anuencia.pdf	06/05/2024 09:43:17	Maria Elisa Quezado Lima Verde	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 6.857.563

FORTALEZA, 29 de Maio de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br

ANEXO II

Microscopia e parecer diagnóstico: Os cortes histológicos mostram fragmentos de lesão cística sem revestimento epitelial distinto, apresentando superfície erodida, moderado infiltrado inflamatório misto, com predomínio neutrofílico, fibrose, vasos congestos e sinais de hemorragia recente e antiga. Ausência de componente de células gigantes. Ausência de granulomas. Ausência de sinais de malignidade.

Conclusão

- Achados compatíveis com **parede de cisto inflamatório**.

Macroscopia:

Dois fragmentos de formatos e superfícies irregulares, pardovinhosos, firmes elásticos, medindo em conjunto 1,3 x 0,5 x 0,3cm. Aos cortes, exibem superfície compacta e pardacenta. 4F-1C-SR

ANEXO III

Microscopia e parecer diagnóstico:

Fragmentos de lesão cística parcialmente revestida por epitélio estratificado escamoso sem sinais de displasia, com erosões, tecido de granulação e moderado infiltrado inflamatório misto. Parede com espessamento de fibras colágenas, vasos espessados e sinais de hemorragia recente e antiga. Ausência de componente de células gigantes e granulomas. Ausência de sinais de malignidade.

Conclusão

-Cisto Periapical Inflamatório.

Macroscopia:

Fragmentos de formato e superfícies irregulares, firmes elásticos, pardoescurcidos, medindo em conjunto 1,8 x 1,7 x 0,5cm. Aos cortes do maior fragmento, exibiu superfície compacta e pardoescurcida. 11F-1C-SR

Obs: amostra acompanha periápice de dente em questão, que não foi encaminhado para histopatológico.