



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

DANIELE DANTAS DA SILVA ROMAN

MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO RADICULAR NA MAXILA: RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE - PB

2019

DANIELE DANTAS DA SILVA ROMAN

MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO RADICULAR NA MAXILA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba-Campus I

Orientadora: Prof. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos

CAMPINA GRANDE – PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

R758m Roman, Daniele Dantas da Silva.
Marsupialização de cisto radicular na maxila [manuscrito] :
Relato de caso / Daniele Dantas da Silva Roman. - 2019.
24 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos ,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Endodontia. 2. Cisto radicular . 3. Descompressão
cirúrgica. I. Título
21. ed. CDD 617.634 2

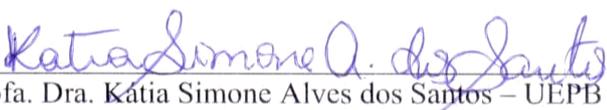
DANIELE DANTAS DA SILVA ROMAN

MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO RADICULAR NA MAXILA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba-Campus I

Aprovado em: 27/11/2019.

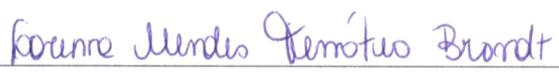
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Kátia Simone Alves dos Santos – UEPB
Orientadora



Prof. Me. Robeci Alves Macêdo Filho – UEPB
Examinador



Prof. Dra. Lorena Mendes Temóteo Brandt – UEPB
Examinadora

Dedico este trabalho a Deus, pois Dele, por meio Dele e para Ele são todas as coisas.

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e
seus planos serão bem sucedidos”
Provérbios 16:3

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte de toda minha força e sabedoria. Sempre esteve comigo nos momentos mais difíceis, me consolando, me animando, me enchendo de graça, de esperança, e me capacitando para que eu pudesse chegar até aqui, a Ele toda honra e toda glória!

Aos meus pais por todo apoio e todo incentivo, por acreditarem sempre em mim e não medirem esforços para a concretização desse sonho. Vocês são minha base, palavras de agradecimento seria muito pouco perto do que já fizeram por mim, devo tudo a vocês!

A meu esposo pela paciência e compreensão, por suportar minha ausência e entender as noites que passei estudando. Pelas palavras de incentivo, por abraçar os meus sonhos e sonhar junto comigo. Você sempre trouxe leveza aos meus dias, tornando a caminhada mais agradável. Obrigada por me ajudar em todos os momentos e fazer parte desse sonho. Chegamos juntos até aqui!

Aos meus irmãos pelo carinho e pela torcida, aos meus sogros pelo apoio mesmo de longe, a minha avó pelas intercessão constante, tenho certeza que as suas orações me alcançaram e me fortaleceram. A toda minha família, muito obrigada!

Aos meus colegas de curso e a minha querida dupla de clínica pelo apoio mútuo, por compartilharmos os desafios e crescermos juntas.

A todos os meus amigos que me ajudaram a relaxar nos momentos difíceis e me colocaram para cima quando mais precisei. Vocês foram essenciais!

Agradeço profundamente a minha orientadora, professora Dra. Kátia Santos e meu querido professor Robeci Macêdo que estiveram comigo durante toda a elaboração do meu TCC, pelo empenho dedicado a este trabalho, pela paciência, disposição, pelas correções, e por todo suporte que me deram. Minha eterna gratidão!

A esta Universidade, professores, funcionários e direção, por ter me recebido de braços abertos e me proporcionado um ambiente de aprendizado, desenvolvimento pessoal e profissional. Tenho um carinho imenso por este lugar e levarei para sempre no meu coração!

Minha eterna gratidão a todos que fizeram parte dessa conquista!

RESUMO

Introdução: A Periodontite Apical é um processo patológico que ocorre nos tecidos periapicais em detrimento a um quadro infeccioso no sistema de canais radiculares, dentre as periodontites apicais crônicas destaca-se o granuloma e o cisto radicular. O cisto radicular é uma lesão inflamatória odontogênica com a maior prevalência na cavidade oral, sendo geralmente diagnosticado com pequenos diâmetros. Ao realizar a terapia endodôntica convencional alcança-se a regressão da lesão, no entanto em algumas situações, como diante de fracassos endodônticos geralmente devido a falhas na execução da técnica, o tratamento cirúrgico surge como complemento terapêutico. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi relatar a utilização da marsupialização associada à terapia endodôntica para o tratamento de um cisto radicular de grande extensão na maxila. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, com queixa de dor e edema na região da maxila esquerda. Ao exame clínico, observou-se região de maxila esquerda edemaciada, aumento de volume na região de fundo de sulco anterior da maxila e região de palato, além de mal posicionamento dos dentes 22 e 23. Ao exame imaginológico revelou uma imagem radiolúcida extensa unilocular de contornos irregulares que se estendia do dente 12 ao 23. Realizou-se biópsia incisional obtendo diagnóstico de cisto odontogênico de origem inflamatória. Procedeu a abordagem terapêutica inicial com o tratamento endodôntico não cirúrgico dos dentes 21 e 23 e o retratamento endodôntico do dente 22. Em seguida, devido a grande extensão da lesão, realizou-se a técnica cirúrgica de marsupialização utilizando um dreno, com o objetivo de reduzir a pressão intracística e o volume da lesão. Posteriormente, foi realizada cirurgia parodontológica com enucleação total da lesão cística. A paciente foi acompanhada durante quatro meses, sendo observado regressão dos sinais e sintomas da paciente. **Conclusão:** Conclui-se que a técnica da marsupialização como tratamento preditor de Cisto Radicular de grande extensão mostrou-se eficaz na diminuição da lesão e possibilidade de enucleação sem comprometimento de estruturas adjacentes como seio maxilar. A terapia estabelecida proporcionou regressão dos sinais e sintomas, alcançando restabelecimento da homeostasia oral da paciente.

Palavras-chaves: Endodontia. Cisto Radicular. Descompressão Cirúrgica.

ABSTRACT

Introduction: Apical Periodontitis is a pathological process that occurs in periapical tissues to the detriment of an infectious condition in the radicular canal system. Among chronic apical periodontitis, granuloma and radicular cyst stand out. The radicular cyst is an odontogenic inflammatory lesion with the highest prevalence in the oral cavity and is usually diagnosed with small diameters. When performing conventional endodontic therapy, regression of the lesion is achieved; however, in some situations, such as endodontic failures usually due to failures in the technique, surgical treatment appears as a therapeutic complement. **Objective:** The objective of this study was to report the use of marsupialization associated with endodontic therapy for the treatment of a large maxillary radicular cyst. **Case report:** Female patient, 26 years old, complaining of left jaw pain and edema. Clinical examination revealed swollen left maxilla region, swelling in the anterior groove fundus and palate region, besides mispositioning of teeth 22 and 23. Imaging revealed an unilocular extensive radiolucent image of irregular contours extending from the tooth 12 to 23. An incisional biopsy was performed, obtaining a diagnosis of an odontogenic cyst of inflammatory origin. The initial therapeutic approach was performed with non-surgical endodontic treatment of teeth 21 and 23 and endodontic tooth retreatment 22. Then, due to the large extent of the lesion, the surgical marsupialization technique was performed using a drain to reduce intracystic pressure and lesion volume. Subsequently, parendodontic surgery was performed with total enucleation of the cystic lesion. The patient was followed for four months and the patient's signs and symptoms regressed. **Conclusion:** It can be concluded that the marsupialization technique as a predictive treatment of a large radicular cyst was effective in reducing the lesion and the possibility of enucleation without compromising adjacent structures such as the maxillary sinus. The therapy provided regression of signs and symptoms, achieving the restoration of the patient's oral homeostasis.

Keywords: Endodontics, Radicular Cyst, Descompression Surgical.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 RELATO DE CASO.....	12
3 DISCUSSÃO.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Define-se como Periodontite Apical (PA) como um processo patológico: agudo ou crônico; sintomático ou assintomático e primário ou secundário que ocorre nos tecidos periapicais em detrimento a um quadro infeccioso no sistema de canais radiculares após necrose do tecido pulpar. Dentre as periodontites apicais crônicas destaca-se o granuloma e o cisto radicular como as principais doenças relacionadas a esta condição (LOPES e SIQUEIRA., 2015; COHEN e HARGREAVES., 2017).

O Cisto Radicular (CR) é caracterizado como uma cavidade patológica revestida por epitélio que contém em seu interior material fluido ou semifluido (DANTAS et al., 2014; TJIOE et al., 2015). Origina-se a partir de um dente desvitalizado, com polpa necrosada, procedente de um granuloma periapical, o qual é derivado de uma infecção endodôntica prolongada que estimula a proliferação dos restos epiteliais de Malassez próximo a região infectada, formando assim uma cavidade cística que se desenvolve em função do acúmulo de líquido em seu interior (BORDINI e GROSSO., 2013; NEVILLE et al, 2016; SILVA et al., 2018). Aos aspectos histopatológicos se concebe ao CR como um revestimento epitelial escamoso e estratificado, que pode conter exocitose, espongirose, hiperplasia e corpúsculos de Rushton (NEVILLE et al., 2016).

O estudo de Sousa et al. (2010) e Grossman et al. (2017) e certificam que o CR é a lesão inflamatória de maior prevalência na cavidade oral, correspondendo a cerca de 60% de todos os cistos odontogênicos. O CR Possui um padrão de acometimento em adultos entre a terceira e sexta década de vida, localizado com maior frequência na região anterior da maxila (JOHSON et al., 2013; REGEZI., 2017).

A maioria dos CR se desenvolvem em um longo período, podendo assim atingir grandes extensões. O diagnóstico do CR, habitualmente ocorre por radiografias bucais de rotina, a não ser em casos de agudização por infecções secundárias, em que o paciente pode apresentar sintomatologia dolorosa (BORDINI e GROSSO., 2013; KADAM et al.,2014; NEVILLE et al., 2016). Nestes casos, a infecção bacteriana secundária ou reagudização pode provocar dor espontânea, exsudação e aumento rápido de volume da cavidade cística (DANTAS et al., 2014). Em relação ao teste de percussão o CR não apresenta resposta positiva, assim como em relação aos testes pulpares térmicos e elétricos, a não ser que a necrose pulpar esteja associada a um único canal de um dente multirradicular (VASCONCELOS et al., 2012).

Aos aspectos radiográficos o CR, geralmente, apresenta área radiolúcida, unilocular, circular ou oval, de limites bem definidos e regulares, contínuo em relação à lâmina dura do dente, adjacentes a raiz de um dente desvitalizado (MAHESH et al., 2017). Na maior parte dos casos, pode se apresentar com tamanhos que variam de 5mm até vários centímetros de diâmetro, porém a maioria apresenta diâmetro médio de 1,5cm (BRAVE et al, 2011). Quando apresentam grande extensão, podem ser observadas tumefação, sensibilidade, sintomatologia dolorosa, mobilidade e deslocamento dentário (ARAÚJO et al., 2013; LOPES e SIQUEIRA., 2015).

Diante de CR com maiores diâmetros se pode lançar mão de Tomografia *Computadorizada Cone Beam* (TCCB), em virtude da reprodução tridimensional de imagens com mínima distorção, permitindo a visualização da região acometida em profundidade e, associação com estruturas anatômicas adjacentes (KAMBUROGLU, 2015; TJIOE et al., 2015; MAHESH et al, 2017).

Em hipóteses de diagnóstico do CR com grande extensão, sugere-se a realização de biópsia incisional para auxiliar no diagnóstico diferencial, pois aspectos clínicos e radiográficos tende a ser semelhantes a outras lesões que acometem o sistema estomatognático, como em ceratocisto odontogênico, ameloblastoma unicístico, lesões de células gigantes, doenças metastáticas, tumores ósseos primários, dentre outras (ASSUNÇÃO et al., 2013; EL NAGGAR et al., 2017; MENDONÇA et al., 2017; SILVA., 2018).

A partir do diagnóstico, diversos tratamentos podem ser indicados para o CR, a depender do tamanho e localização da lesão, da integridade óssea adjacente e da proximidade de estruturas vitais (KADAM et al., 2014). Para lesões menores o tratamento de escolha inicial é terapia endodôntica não cirúrgica, ao passo que em lesões extensas o tratamento mais adequado é a marsupialização seguida de enucleação cística, tratamento endodôntico e proervação (LAGARES et al., 2011; MAHESH et al., 2017).

Após o tratamento de lesões císticas, independentemente do diâmetro da lesão ou abordagem terapêutica, se faz necessário o acompanhamento clínico e radiográfico para avaliar o reparo tecidual, observar processo de neoformação óssea e a ausência de sintomatologia (PINTO et al., 2015). Normalmente, os cistos de origem inflamatória não recidivam após um tratamento adequado e ocasionalmente podem ocorrer cicatrizes fibrosas ao invés de neoformação óssea, contudo, estas não necessitam de intervenção (VASCONCELOS et al., 2012; MENDONÇA et al., 2017).

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico utilizando a técnica de marsupialização para o tratamento de um CR de grande extensão associado ao tratamento endodôntico.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, buscou atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas de Solânea-PB com queixa de dor e edema na região da maxila esquerda. Ao exame clínico, observou-se na região referida tumefação em fundo de sulco e região de palato, além de apinhamento nos dentes 22 e 23 (Figura 1).



Figura 1: Aspecto intraoral inicial observando-se aumento de volume na região do palato anterior do lado esquerdo, tumefação na região de fundo de sulco e apinhamento dos dentes 22 e 23.

Os dentes 21, 22 e 23 responderam negativamente ao teste de vitalidade pulpar. A radiografia panorâmica (Figura 2) revelou uma imagem radiolúcida extensa unilocular de contornos irregulares que se estendia do dente 21 ao 24, e evidenciou o dente 22 com tratamento endodôntico não satisfatório.



Figura 2: Aspecto radiográfico inicial evidenciando imagem radiolúcida extensa envolvendo a região apical do dente 12 ao 23.

Solicitou-se o exame de TCCB para avaliar os limites da lesão e a relação com as estruturas anatômicas adjacentes. A TCCB mostrou imagem hipodensa, bem delimitada, unilocular, com halo hiperdenso em região anterior da maxila esquerda (Figura 3A, 3B e 3C).



Figura 3: Aspecto Tomográfico mostrando em (A) corte sagital, (B) corte axial e (C) corte coronal, imagens hipodensas, bem delimitadas, uniloculares, com halos hiperdensos.

Diante dos aspectos clínicos e imagiológicos obtiveram-se as hipóteses diagnósticas de cisto radicular e ameloblastoma unicístico, sendo indicada a biópsia incisional para confirmação do diagnóstico. Assim, realizou-se a biópsia incisional (Figura 4 A e B) com anestesia local infiltrativa utilizando mepivacaina 2% com adrenalina 1:100.000, a incisão foi realizada com cabo de bisturi lâmina nº 15 e os fragmentos removidos foram encaminhados para análise histopatológica obtendo o laudo de cisto odontogênico de origem inflamatória.



Figura 4: (A) Transcirúrgico de Biópsia incisional e (B) Múltiplos fragmentos de tecido mole na região de periápice do dente 12, de formato e superfície irregular, medindo em conjunto 1,6 x 1,1 x 0,4.

A partir desse diagnóstico, sob isolamento absoluto, realizou-se o acesso endodôntico com broca esférica dos dentes 21, 22 e 23 e desobturação do dente 22 utilizando o sistema Pro-Design R (Easy), sendo observado constante excreção de exsudato purulento (figura 5). Foi realizado limpeza e desinfecção dos canais com Hipoclorito de Sódio (NaClO) à 2,5%, inserção nas câmaras pulpares de

medicação intracanal (Formocresol-Biodinâmica) com algodão embebido e removido o excesso e selamento provisório com Cimento de Ionômero de Vidro. Por conseguinte, devido a grande extensão da lesão e a presença de exsudato purulento, observado durante o acesso endodôntico, optou-se por realizar a técnica cirúrgica de marsupialização (Figura 6) com o objetivo de reduzir a pressão intracística e o volume da lesão.



Figura 5: Exsudato persistente durante a desobturação do dente 22.

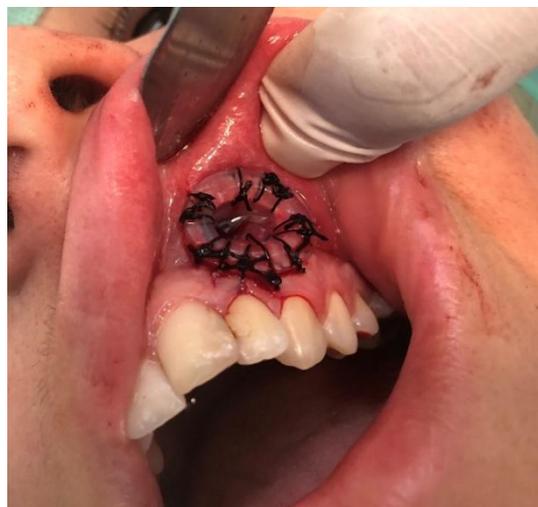


Figura 6: Técnica da Marsupialização

Assim, foi realizada a anestesia local infiltrativa utilizando mepivacaina 2% com adrenalina 1:100.000 e realizado incisão circular e ampla utilizando cabo de bisturi e lâmina nº15, tendo um dreno de borracha suturado com pontos simples e fio de seda nº03 junto a mucosa para constante drenagem e manutenção da janela cirúrgica. A paciente foi orientada a realizar limpeza da cavidade com bochecho de Digluconato de Clorexidina a 0,12% e limpeza com gaze estéril na região, para prevenir infecções secundárias. O dreno permaneceu durante 21 dias e a paciente relatou que durante todo o período ocorria a excreção de exsudato purulento. Após os 21 dias, o dreno foi removido, havendo continuação de excreção. A paciente foi acompanhada durante 3 meses, e após esse período, foi relatado ausência do exsudato purulento, sendo observado a diminuição do edema facial. Assim, livre de exsudato, foi realizado a odontometria eletrônica com o localizador Romiapex a15 (Rompidan) dos dentes 21, 22 e 23 e terapia endodôntica não cirúrgica propriamente dita com refinamento manual usando limas tipo K #35, #40, #45 e #50 e no dente 23 foi utilizado até a lima tipo K #60, sendo utilizado hipoclorito sódico (NaClO) a 2,5% como solução irrigadora, para promover a limpeza do conduto entre as trocas de lima. Por conseguinte, foi realizado a obturação dos canais utilizando o cone Odous calibrado e cimento obturador Sealer 26 (Dentisply).

Durante o retratamento endodôntico do dente 22, foi constatado perda de trajetória no ápice, ocasionando falha no vedamento apical. Diante disso, após 8 dias da obturação dos canais, optou-se pela cirurgia parendodôntica do dente 22. Inicialmente, foi feita a anestesia local infiltrativa utilizando mepivacaina 2% com adrenalina 1:100.000. Após a anestesia, foi realizada a incisão semilunar utilizando cabo de bisturi e lâmina nº 15. Em seguida, realizou-se o descolamento gengival com o descolador de Molt e por conseguinte, realizou-se a osteotomia com a broca cirúrgica carbide em alta rotação na cortical óssea vestibular da região apical do dente 22, onde se encontrava a lesão. Feita a abertura da loja óssea e expondo a região periapical, realizou-se apicectomia com remoção do terço apical com broca diamantada extra fina seguindo a orientação em bisel. Após a apicectomia, foi realizado retro-obturação com inserto ultrasônico p1 (Helsen) e foi realizado lavagem e irrigação com clorexidina em gel a 2% deixando agir por 5 minutos, em seguida, foi feito vedamento apical com cimento odontológico reparador PBS HP (CIMMO) e realizado a enucleação total da lesão cística sendo a peça encaminhada para análise histopatológica. O laudo histopatológico revelou fragmentos de lesão cística de origem odontogênica inflamatória revestida por epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado, reiterando o diagnóstico de cisto radicular. O retalho foi posicionado e então suturado com fio de seda nº 4 em pontos simples, e seguida, foi prescrito antibiótico terapia (amoxicilina/500 mg - de 08 em 08 horas durante 7 dias), anti-inflamatório (Dexametasona/ 04 mg - de 12 em 12 horas durante 05 dias) e analgésico (Dipirona/1g - de 12 em 12 horas durante 03 dias).

Após 3 meses de descompressão cística e após 8 dias de cirurgia parendodôntica, foi solicitado radiografia panorâmica constatando-se regressão da lesão e possível neoformação óssea quando comparada a imagem panorâmica inicial (Figura 7).



Figura 7: Aspecto Radiográfico após 3 meses de descompressão cística e após 8 dias de cirurgia parendodôntica, observou-se a diminuição da lesão com consequente neoformação óssea.

A paciente foi acompanhada e após 1 mês da cirurgia parendodôntica, foi relatado ausência de sintomatologia dolorosa e edema intraoral (Figura 9). Realizou-se radiografia periapical (Figura 8) constatando-se novamente regressão da lesão cística e reposicionamento dos dentes 22 e 23.



Figura 8: Radiografia Periapical mostrando regressão da lesão e reposicionamento dos dentes 22 e 23.



Figura 9: Imagem intraoral após 4 meses do início do tratamento mostrando aspecto de normalidade do palato anterior do lado esquerdo e região do fundo de sulco.

3 DISCUSSÃO

Estima-se que os índices de falhas dos tratamentos endodônticos primários sejam inferiores a 15% (SONG et al., 2011). Esse insucesso pode estar relacionado, principalmente, às complicações decorrentes da execução da técnica, tais como acesso e limpeza insuficientes, perfurações e controle asséptico inadequado, apresentando risco potencial quando as falhas correm durante o tratamento de dente infectado, promovendo a permanência de microorganismos no interior do canal (HENRIQUES et al., 2011).

Diante de um fracasso endodôntico, a primeira opção funda-se sobre o retratamento convencional, o qual envolve a remoção do material obturador do tratamento prévio, desinfecção e conformação dos canais radiculares, visando à correção das falhas, mantendo o dente em função, evitando uma nova contaminação e aumentando a chance de sucesso por ser uma abordagem mais conservadora quando comparada ao tratamento cirúrgico (ALLEN et al., 1989). Porém, apenas quando essa tentativa de conter os microorganismos não alcança um padrão satisfatório, devido aos aspectos clínicos ou à persistência da desordem inflamatória crônica causada por agentes etiológicos resistentes, o tratamento cirúrgico surge como complemento terapêutico (GOMES et al., 2003). No presente caso, foi constatado fracasso do tratamento endodôntico do dente 22.

Dentre as periodontites apicais crônicas destaca-se o cisto radicular, que é uma lesão odontogênica de origem inflamatória que se origina na região apical de um dente com necrose pulpar (REGEZI et al., 2017). Os microorganismos presentes nessa região promovem uma resposta inflamatória levando ao aumento de produção de citocinas pró-inflamatórias, como o fator de crescimento epidérmico (EGF), desencadeando a proliferação dos restos epiteliais de Malassez presentes no ligamento periodontal (NEVILLE et al., 2016; SILVA et al., 2018) que sofrem apoptose e dão origem à cavidade cística (MENDONÇA et al., 2017).

De acordo com o estudo de Sousa et al. (2010), em relação as lesões císticas odontogênicas o cisto radicular apresentou uma frequência de 61,4% entre as lesões analisadas. Estes dados corroboraram com o estudo de Grossman et al. (2017) que observaram cerca de 60% dos cistos de origem odontogênica removidos eram do tipo radicular. Segundo o estudo de Johnson et al., (2013), o cisto radicular acomete com maior frequência a região anterior da maxila, seguida pela região posterior e anterior da mandíbula (REGEZI et al., 2017). No presente caso, a paciente apresentava extensa lesão na região anterior da maxila, associada às unidades dentárias 21, 22 e 23.

Os cistos radiculares geralmente caracterizam-se por lesões assintomáticas, porém quando associada à infecção bacteriana secundária o paciente pode apresentar sintomatologia

dolorosa (BORDINI e GROSSO., 2013; KADAM et al.,2014) com a presença de dor espontânea, exsudação, aumento rápido de volume da cavidade cística e em alguns casos podem apresentar mobilidade e deslocamento dental (PEREIRA et al., 2012; DANTAS et al., 2014). Sendo estes sinais e sintomas compatíveis com os encontrados no presente caso.

Algumas características que diferenciam o CR do ameloblastoma unicístico e outros tumores odontogênicos é a presença de um dente desvitalizado onde radiograficamente, pode-se observar material obturador no canal radicular com presença de imagem radiolúcida compatível com cárie comprometendo a câmara pulpar, que juntos ao teste de vitalidade poderão sugerir uma lesão inflamatória de origem odontogênica (VASCONCELOS et al., 2012; BORDINI e GROSSO, 2013). No caso relatado, constatou-se ausência de vitalidade pulpar dos dentes 21, 22 e 23 aos testes térmicos.

Ao exame de TCCB permite-se localizar as estruturas anatômicas adjacentes com exatidão, contribuindo de forma positiva para o diagnóstico e determinação do plano de tratamento para os pacientes (NEVILLE et al., 2016; ROCHA et al., 2019). No caso relato, por meio da TCCB foi constatado proximidade com o seio maxilar, necessitando de abordagem terapêutica diferenciada com o objetivo de prevenir complicações à estrutura anatômica nobre adjacente.

Bramante e Berbert (2000) conceituaram a cirurgia parendodôntica, como procedimento cirúrgico realizado para resolver dificuldades provenientes de um tratamento endodôntico ou não solucionáveis por ele. Assim, as principais indicações para Cirurgia Parendodôntica são: problemas anatômicos tais como calcificações e curvaturas acentuadas, acidentes iatrogênicos, materiais irremovíveis no canal radicular; fratura apical horizontal e em casos de lesões periapicais extensas, nas quais somente o tratamento endodôntico convencional pode não ser eficaz na regressão total da lesão (ARX et al., 2012; SCARANO et al, 2012). A cirurgia parendodôntica, portanto, tem como objetivo vedar todos os orifícios de entrada disponíveis no sistema de canais radiculares, removendo bactérias e suas toxinas, impedindo dessa forma a contaminação dos tecidos periapicais (LOPES e SIQUEIRA, 2015). Não deve ser entendida como substituto do tratamento endodôntico convencional e sim como complemento da terapia endodôntica. A escolha para a realização da cirurgia parendodôntica deve ser baseada na avaliação de cada caso, através de um diagnóstico bem estabelecido e planejamento elaborado, sendo possível dessa forma, obter um melhor prognóstico (BRAMANTE e BERBERT, 2000, LEONARDO e TOLEDO, 2017). No presente caso, foi observado tratamento endodôntico insatisfatório do dente 22 e foi constatado perda de trajetória no ápice, ocasionando falha no vedamento apical. Diante disso, e considerando a

grande extensão da lesão, optou-se por realizar o retratamento endodôntico seguido de cirurgia parendodôntica do dente 22.

A marsupialização é uma opção de tratamento conservadora, indicada em casos de lesões intraósseas extensas. Essa técnica permite a prevenção de possíveis complicações, sendo menos invasiva quando comparada a enucleação total de lesões de grandes proporções (LAGARES et al., 2011). A técnica da marsupialização consiste na descompressão intracística possibilitando a diminuição da lesão com o intuito de facilitar a futura enucleação e provocar poucos danos as estruturas anatômicas nobres adjacentes (VASCONCELOS et al., 2012). A técnica consiste em uma incisão geralmente circular e ampla proporcionando uma janela de comunicação direta da lesão com a cavidade oral, a qual tem um dispositivo de drenagem como um tubo ou cateter suturado junto a mucosa para assegurar a constante drenagem e reduzir a pressão intracística (PETERSON et al., 2015). Vários dispositivos podem ser utilizados, tais como: *stents* de resina acrílica (GAO et al., 2014) sonda nasofaríngea cortada em diferentes tamanhos, seringa Luer (CATUNDA et al., 2013) e outros. No caso descrito, foi utilizado um dreno de borracha que possuía todos os critérios desejáveis, como fácil fixação com suturas, fácil instalação e remoção; superfície lisa e não porosa para evitar o acúmulo de biofilme e possibilitar uma limpeza fácil; confortável ao paciente; baixo custo e facilidade na irrigação da cavidade (CATUNDA et al., 2013).

Apesar da marsupialização favorecer o processo de regressão da lesão, é importante ressaltar as limitações que a técnica apresenta: como a impossibilidade de analisar microscopicamente toda a extensão da lesão, a necessidade de períodos mais longos para o tratamento e a dependência da colaboração dos pacientes quanto à higienização da cavidade, fator crucial para o sucesso da técnica devido ao risco de desenvolvimento de infecção no interior da cavidade (BASTOS et al., 2011, TABRIZI et al., 2012, CARREIRA et al., 2013). No caso relatado, a paciente se mostrou colaborativa quantos aos cuidados de higienização da cavidade.

Diversos autores concordaram que a enucleação de lesões extensas, na qual consiste na remoção total da lesão em um único tempo cirúrgico, sem a realização de descompressão ou marsupialização, pode comprometer dentes e estruturas anatômicas bem como causar danos a nervos e vasos da região (RIBEIRO et al., 2004; PRADEL et al.,2006; ANAVI et al., 2011; LAGARES et al., 2011;). Dessa forma, está bem definido na literatura, que a enucleação cística é a terapia de escolha para cistos de dimensões menores e quando não há continuidade com estruturas anatômicas importantes ou em condições onde o paciente não se mostra colaborativo (RIBEIRO et al., 2004; NEVILLE et al., 2016; REGEZI et al., 2017;).

No caso relatado, como a lesão cística apresentava dimensões relativamente extensas e proximidade com estruturas anatômicas nobres, como o seio maxilar, optou-se pela realização da técnica de marsupialização seguida de enucleação cística. Após quatro meses, foi observado imagem compatível com neoformação óssea e ausência de sintomatologia dolorosa.

Diante do exposto, torna-se evidente que na presença de lesões de grandes extensões cabe ao profissional planejar criteriosamente o tratamento após um correto diagnóstico do tipo de lesão, localização, tamanho da lesão e seu grau de envolvimento com as estruturas adjacentes (MENDONÇA et al., 2017). Assim, realizando um tratamento envolvendo multiespecialidades para se alcançar sucesso na terapia endodôntica. Ademais, após o tratamento, faz-se necessário o acompanhamento clínico e radiográfico para avaliar o reparo tecidual, observar o processo de neoformação óssea e a ausência de sintomatologia (PINTO et al., 2015).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste caso clínico, concluiu-se que a técnica da marsupialização associada ao tratamento endodôntico de CR de grande extensão foi eficaz para diminuição da lesão e possibilidade de enucleação sem comprometimento de estruturas adjacentes como seio maxilar. A terapia estabelecida proporcionou regressão dos sinais e sintomas, alcançando restabelecimento da homeostasia oral da paciente.

REFERÊNCIAS

- ALLEN RK, NEWTON CW, BROWN JR, CE. A statistical analysis of surgical and nonsurgical endodontic retreatment cases. **Journal of Endodontics**, v. 15, n.6, p. 261-265, 1989.
- ANAVI, Y. et al. Decompression of odontogenic cystic lesions: clinical long-term study of 73 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 112, n. 2, p. 164-169, 2011.
- ARX, TV. et al. Five-Year Longitudinal assessment of the prognosis of apical microsurgery. **J Endod.** 2012; 38: 570-9.
- ARAÚJO, F. A. C. et al. Tratamento de extenso cisto inflamatório em maxila: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 2, p. 81-85, 2013
- ASSUNÇÃO, C. et al. Aspectos imagiológicos de um cisto radicular atípico no interior do seio maxilar. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2013.
- BASTOS, E. G. et al. Marsupialização de cisto dentígero na mandíbula em uma criança de sete anos de idade na dentição mista: relato de caso. **Rev Odontol Unesp**, v. 40, n. 5, p. 268-71, 2011.
- BORDINI, J. P.; GROSSO, S. F. B. Câncer bucal, lesões e condições cancerizáveis. In: KIGNEL, S. **Estomatologia - bases do diagnóstico para o clínico geral**. São Paulo: Santos; 2013. p. 165-177.
- BRAVE, D. et al. Radicular cyst of anterior Maxilla. **International Journal of Dental Clinics**, v. 3, n. 2, 2011.
- CARRERA, M et al. Conservative treatment of the dentigerous cyst: report of two cases. **Brazilian Journal of oral sciences**, v. 12, n. 1, p. 52-56, 2013.
- CATUNDA, I. S. et al. Decompression device for cavitory bone lesions using Luer syringe. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 71, n. 4, p. 723-725, 2013.
- COHEN, S.; HARGREAVES, K.M. **Caminhos da polpa**, 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- DANTAS, R. M. X. et al. Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 14, n. 3, p. 21-26, 2014
- EL NAGGAR A.K. et al. **World Health Organization Classification of Tumors**. 4. ed. França: **IARC**; 2017
- GAO, L. et al. Decompression as a treatment for odontogenic cystic lesions of the jaw. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 72, n. 2, p. 327-333, 2014.

GOMES; et al. Effectiveness of 2% chlorhexidine gel and calcium hydroxide against *Enterococcus faecalis* in bovine root dentine in vitro. **International Endodontic Journal**, Oxford, v. 36, p. 267-275, 2003.

GROSSMANN, S. M. et al. Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 104, n. 6, p. 35-41, 2007.

HENRIQUES L.C.F. et al. Endodontic treatment of molars and retreatment. **Arq Odontol.** 2011. 47:119-22.

JOHNSON, N. R. et al. A prospective epidemiological study for odontogenic and non-odontogenic lesions of the maxilla and mandible in Queensland. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**, v. 115, n. 4, p. 515-522, 2013.

KADAM, N. S. et al. Management of large radicular cyst by conservative surgical approach: a case report. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 8, n. 2, p. 239, 2014.

KAMBUROĞLU, K. Use of dentomaxillofacial cone beam computed tomography in dentistry. **World journal of radiology**, v. 7, n. 6, p. 128, 2015.

LAGARES, D. T. et al. Treatment of a large maxillary cyst with marsupialization, decompression, surgical endodontic therapy and enucleation. **J Can Dent Assoc**, v. 77, n. 77, p. b87, 2011.

LEONARDO, M. R; TOLEDO, R.L. **Tratamento de canais radiculares**. Artes Médicas, 2017.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA, J.F. **Endodontia: biologia e técnica**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MAHESH, B. S. et al. Role of cone beam computed tomography in evaluation of radicular cyst mimicking dentigerous cyst in a 7-year-old child: a case report and literature review. **International journal of clinical pediatric dentistry**, v. 10, n. 2, p. 213, 2017.

MENDONÇA, D. W. R. et al. Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, v. 6, n. 8, 2017

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia oral & maxilofacial**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016

PEREIRA, J. S. et al. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 12, n. 2, p. 37-42, 2012.

PETERSON, L.J; Ellis, E; Hupp, J. R.; Tucker, M.R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015

PINTO, G. N. S. et al. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **RFO UPF**, v. 20, n. 3, p. 361-366, 2015.

PRADEL W, ECKELT U, LAUER G. Bone regeneration after enucleation of mandibular cysts: comparing autogenous grafts from tissue-engineered bone and iliac bone. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 101(3):285-290, 2006.

REGEZI, J; SCIUBBA, J; JORDAN, R. C.K. **Patologia oral: correlações clinicopatológicas.** Elsevier Brasil, 2017.

RIBEIRO, P. D. J. et al. Abordagens cirúrgicas do cisto periodontal apical. Considerações sobre qual técnica utilizar. **S a l u v i t a**, Bauru, v. 23, n. 2, p. 303-316, 2004.

ROCHA, A. T. M.; DANTAS, B. P. S. S; DULTRA, J. A. Aspectos tomográficos do cisto radicular: relato de dois casos clínicos. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, v. 40, n. 1, p. 47-51, 2019.

SCARANO, A. et al. Hemostasis control in endodontic surgery: a comparative study of calcium sulfate versus gauzes and versus ferric sul-fate. *J Endod.* 2012; 38(1):20-3.

SILVA, R. N. F. et al. Tratamento de cisto radicular de grande extensão: relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 27, n. 80, 2018.

SIGNORETTI, F.G.et al. Persistent extraradicular infection in root-filled asymptomatic human tooth: scanning electron microscopic analysis and microbial investigation after apical microsurgery. *J Endod.* 2011; 37(12):1696-700.

SONG, M. et al. Analysis of the Cause of Failure in Nonsurgical Endodontic Treatment by Microscopic Inspection during Endodontic Microsurgery. **Journal of Endodontics**, Baltimore, v. 37, n. 11, p. 1516-1519, Nov. 2011

SOUZA, L.B. et al. Odontogenic cysts: demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 15, n. 4, p. 583-90, 2010.

SHARIFIAN, M. J; KHALILI, M. Odontogenic cysts: a retrospective study of 1227 cases in an Iranian population from 1987 to 2007. **Journal of oral science**, v. 53, n. 3, p. 361-367, 2011.

TABRIZI, R. et al. Marsupialization as a treatment option for the odontogenic keratocyst. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 23, n. 5, p. 459-461, 2012.

TORABINEJAD, M. et al. Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: a systematic review. *J Endod.* 2009; 35(7):930-7.

TJIOE, K. C. et al. Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 69, n. 4, p. 383-386, 2015.

VASCONCELOS, R. G. et al. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções: relato de caso. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 467-474, 2012