



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**EXÉRESE DE LESÃO CÍSTICA EM MANDÍBULA APÓS
DESCOMPRESSÃO**

ANA LIA DE FREITAS QUEIROZ
GABRIELLA APARECIDA JESUS PEREIRA
NATHALIA OLIVEIRA CEZAR
ROBERTA CONCEIÇÃO SILVA MALTA

Goianésia-GO

2022

ANA LIA DE FREITAS QUEIROZ
GABRIELLA APARECIDA JESUS PEREIRA
NATHALIA OLIVEIRA CEZAR
ROBERTA CONCEIÇÃO SILVA MALTA

EXÉRESE DE LESÃO CÍSTICA EM MANDÍBULA APÓS DESCOMPRESSÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina de Produção Científica III do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia, sob a orientação da Prof^a Esp. Uander de Castro Oliveira, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Goianésia-GO

2022

SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO.....	03
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO.....	18
3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS	26
4. COMPROVANTE DE SUBMISSAO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA.....	27
5. ANEXOS.....	28

EXÉRESE DE LESÃO CÍSTICA EM MANDÍBULA APÓS DESCOMPRESSÃO

EXERCISES OF CYSTIC LESION IN THE JAW AFTER DECOMPRESSION

UANDER DE CASTRO **OLIVEIRA**¹, ANA LIA DE FREITAS **QUEIROZ**², GABRIELLA APARECIDA JESUS **PEREIRA**², NATHALIA OLIVEIRA **CEZAR**², ROBERTA CONCEIÇÃO SILVA **MALTA**², VINICIUS MARQUES DE **OLIVEIRA**³

1. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professor Especialista Uander de Castro Oliveira, das Disciplinas de Cirurgia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia. 2. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucocomaxilofacial.

*Hospital Ortopédico de Ceres, Goiás, Brasil CEP: 76300-000. uanderoliveira2011@gmail.com

RESUMO

O vocábulo cisto é resultante da palavra grega “kystis” que simboliza “bexiga ou saco”. O cisto periapical ou radicular é um cisto odontogênico que pode estar associado ao ápice de um dente ligado a necrose pulpar, sendo comumente de origem inflamatória. Essa inflamação é decorrente ao germe dentário e da proliferação/estimulação de células aos restos de resíduos epiteliais de Malassez encontrada no ligamento periodontal, tendo uma inflamação no local. É uma das lesões mais frequentes na região anterior do maxilar, mas também pode ser encontrada na mandíbula. Com predileção do sexo masculino na vida adulta entre 30 a 40 anos de idade. Tem uma progressão lenta, na maior parte dos casos é assintomático dependendo de sua extensão. Geralmente o surgimento do cisto periapical é uma infecção do canal radicular, se não for tratada e terá o aparecimento da lesão. No exame clínico, o cisto periapical é pequeno, assintomático e raramente pode apresentar sensibilidade e dor à percussão, e nos exames radiográficos é possível ver o cisto em uma radiografia panorâmica ou em uma tomografia da região específica. A cirurgia será a reconstrução para o defeito ósseo e assim, devolver à estética.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Periapical. Necrose Pulpar. Inflamação. Cirurgião-Dentista.

ABSTRACT

A periapical or radicular cyst is an odontogenic cyst that can be associated with the apex of a tooth with pulp necrosis, and commonly of inflammatory origin. This inflammation is related to the proliferation/stimulation of cells to the debris of epithelial debris of Malassez found in the periodontal ligament, with inflammation at the site. It is one of the most frequent lesions in the anterior maxilla region, but it can also be found in the mandible. With a predilection for both sexes in adult life between 30 and 40 years old. It has a slow progression, in most cases it is asymptomatic, and depends on its extension¹. Generally, the appearance of the periapical cyst is an infection of the root canal, if not treated and will have the appearance of the lesion. On clinical examination, the periapical cyst is small, asymptomatic, and may rarely be tender and painful to percussion, and on radiographic examinations, the cyst can be seen on a

panoramic x-ray or on a CT scan of the specific region. The surgery will be the reconstruction for the bone defect and thus, return the esthetics. Therefore, there are several techniques for using innovative grafts depending on the case.

KEYWORDS: Periapical Cyst. Pulpal necrosis. Inflammation. Dental surgeon.

1. INTRODUÇÃO

O vocábulo cisto é resultante da palavra grega “kystis” que simboliza “bexiga ou saco”. Cisto periapical ou radicular é um cisto odontogênico que pode estar associado ao ápice de um dente ligado a necrose pulpar, e comumente de origem inflamatória. Essa inflamação é decorrente ao germe dentário e da proliferação e estimulação de células aos restos de resíduos epiteliais de Malassez encontrada no ligamento periodontal, ocasionando uma inflamação no local¹.

É conhecido na odontologia o cisto dentífero ou folicular é um cisto odontogênico dos mais comuns, é o segundo cisto com 14 a 20% de prevalência perdendo somente para o cisto periapical. O cisto dentífero é um dos mais frequentes, tratando-se, por seu lado, de um gênero de cisto inflamatório. A sua evolução está ligada pela sua erupção ectópica pode ou não ser clara, onde vários estudos vem sendo discutidos sobre sua etiologia². Sua frequência é comum tanto em maxila ou mandíbula, com maior aparecimento nas regiões de molares inferior e superior e em canino superior não-irrompido³.

Sabe-se que o cisto dentífero tem maior prevalência do sexo masculino, na segunda e terceira década de vida. Também tem-se discutido sua causa, mas seus epitélio é encoberto pelo folículo dental pericoronário, pode ser encontrado fluido líquido em seu interior, por conta da sua degeneração que gera a sua infecção. Também pode ser encontrado em 24% dos seus casos em maxila. Em suma, suas características são bem comuns⁴.

A lesão do cisto dentífero ou folicular tem uma cavidade na qual é toda revestida por epitélio, que seu

desenvolvimento se dá através de seu espaço folicular, nesse lugar apresenta o dente incluso, após isso, tem seu aparecimento. Na maior parte dos casos o paciente que apresenta o cisto dentífero não sente nenhum tipo de desconforto. Todavia, é necessário realizar uma boa consulta, realizando todos os passos como: anamnese, exames físicos extraorais e intraorais e mais importante exames radiográficos, assim é possível ter um diagnóstico, mas para ter seu diagnóstico final é preciso realizar uma biópsia da lesão para ter sua confirmação⁵.

Os cistos dentíferos são assintomáticos e descobertos acidentalmente, pois são radiolúcidos nas radiografias panorâmicas, onde são feitas para o tratamento odontológico geral ou de investigações do motivo o qual leva a erupção dentária tardia. A radiografia panorâmica, conseqüentemente é a primeira indicação para os cistos dentíferos, pois é importante que o dentista compreenda suas características a partir de uma radiografia. Onde o mesmo está associado à coroa de um dente permanente impactado, estando encaixado ou não irrompido. O dente que está mais frequentemente envolvido é o terceiro molar inferior⁶.

Geralmente o cisto dentífero é comumente é assintomático, a depender de sua extensão e o grau de inflamação. Por isso, o diagnóstico diferencial será de suma importância, pois sua característica clínica é semelhante a outras lesões mais comuns na cavidade oral como: ameloblastoma, cisto dentífero, ceratocisto odontogênico, cementoma periapical e tumor de Pindborg. Os cistos dentíferos na maior parte dos casos são detectados através do exame radiográfico, mas já em contrapartida tem aqueles que são necessários fazer o exame histopatológico para sua descoberta⁷.

O tratamento do cisto dentífero em sua maior partes dos casos é mais conservadora possível, podendo ser tratado com cirurgias ou não. É de suma importância um planejamento antes, saber onde a lesão está localizada, tamanho, avaliar as estruturas adjacentes e idade do paciente. Todavia, a melhor escolha seria o tratamento não invasivo com um dreno ou tubo com intuito de drenar o líquido do interior do dente envolvendo, mas na maior parte dos casos é cirúrgico, sendo realizadas as técnicas de enucleação, marsupialização e descompressão⁸.

É necessário fazer uma biópsia excisional e com isso, teremos a confirmação histopatológica do cisto dentífero ou folicular. Com isso, teremos o enxerto ósseo para assim, ter uma nova formação do osso, na qual era o defeito ósseo. O enxerto ósseo tem a finalidade de um material osteocondutor para poder estabilizar o coágulo sanguíneo e assim temos, a regeneração óssea⁹.

Na odontologia existem variedades em enxertos ósseos, os quais ajudam na cicatrização, são recomendados para defeitos ósseos ou com outros materiais. Os enxertos ósseos tem sua principal função: suporte mecânico e osteo regeneração. Essa função é de suma importância para sua remodelação. Enxertos ósseos em odontologia são usados em várias especialidades, devido sua demanda e precisão. Na maioria dos casos é em perdas dentárias e em defeitos craniofaciais¹⁰.

As indicações cirúrgicas em casos de lesão insensível ao tratamento endodôntico, faz com que haja dificuldade do acesso ao conduto radicular por via coronária, fratura do terço cervical ou perfuração radicular. Recomenda-se sempre a reobturação do canal excluindo todas as opções de tratamento endodôntico antes de qualquer procedimento cirúrgico. Em alguns estudos mostra que a apicetomia em pacientes com lesão periapical foi realizada a obturação do canal mais sem a reobturação tendo em vista após seis meses radiograficamente o desaparecimento quase total da radiolucidez apical, neoformação óssea, ausência de reabsorção radicular e clínica¹¹.

Muitas lesões podem se parecer clínico e radiograficamente com cisto periapical, pois os achados nos cistos mostram uma imagem unilocular, radiolúcida, arredondada ou ovulada, com limites bem definidos, circundando o ápice do dente envolvido, assim é de suma importância um diagnóstico diferencial tendo como outras lesões como exemplo queratocisto odontogênico, granuloma apical, ameloblastoma unicístico, cisto ósseo ou cementoma apical em fase inicial de desenvolvimento. Tem sido mais utilizado para diferenciação de diagnóstico a Tomografia Computadorizada Cone Beam. No entanto, concluiu que mesmo fazendo o exame e ainda não se tem um diagnóstico diferencial de um cisto periapical de um granuloma, fazendo com que permaneça a biópsia e o exame histopatológico como exame padrão de diagnóstico¹².

Em lesões de cisto periapical só é feito tratamento cirúrgico quando ultrapassa de 2 cm e quando é descartada a possibilidade de tratamento endodôntico. Assim, com isso é preciso realizar um exame radiográfico periapical ou uma tomografia computadorizada (TC) da região, e sucessivamente um exame histopatológico, com isso é descartado outras lesões e doenças¹³.

Os cistos periapicais são lesões císticas comuns na odontologia. Para sua remoção deve-se ter uma técnica na qual será a exérese cirúrgica com enucleação da lesão. Na remoção podem ser utilizadas as técnicas de enucleação, marsupialização e descompressão, em casos de lesões pequenas. Mas na maior parte dos casos de cistos a enucleação é mais indicada para remover a lesão por inteiro¹⁴.

No caso de cisto periapical a enucleação cirúrgica é a melhor escolha, onde é possível remover toda lesão cística e após isso deve ser preenchido com enxerto ósseo e membrana. Na odontologia enxerto ósseo autógeno pelo fato de ser osteogênico, osteoindutor e osteocondutor ou do tipo halógeno de espécie bovina. É a membrana biocompatível pela regeneração óssea¹⁵.

O crescimento deste cisto geralmente é lento e assintomático, acometendo o gênero masculino, entre terceira e a sexta década de vida. Apresenta uma baixa prevalência na primeira década de vida, visto que a cárie e dentes sem vitalidade pulpar são mais frequentes nesse grupo. Há relatos de casos de pacientes mais jovens, e alguns deles são citados no estudo de Politano em um paciente de 9 anos de idade, um caso de cisto radicular associado a um molar decíduo na mandíbula, cujo o tratamento

escolhido foi exodontia seguido de curetagem da lesão¹⁶.

Lesões císticas mais extensas em crianças, os germes dentários permanentes pode acontecer de ser lesado ou desvitalizado ao optar pela enucleação. Tendo como fase inicial de tratamento da lesão a decompressão e/ou marsupialização diminuindo assim o tamanho do cisto, e caso seja necessário indicação de uma enucleação como segundo fase do tratamento¹⁷.

O tamanho do cisto deve ser considerado no plano de tratamento, mas a maioria dos cistos cresce lentamente e não atinge grandes proporções. O diagnóstico clínico só pode ser feito se a lesão envolver um ou mais dentes com necrose pulpar, for maior que 20mm de diâmetro ou área transversal de 200mm, líquido na cor palha e o fluido conter cristais de colesterol. Em sua maioria é comum o diagnóstico de uma lesão pequena, mas devido ser uma lesão assintomática pode ser achado em grande tamanho indicando um período longo de evolução^{2,18}.

2. CASO CLÍNICO

Paciente gênero masculino, 9 anos, foi atendido no hospital ortopédico de Ceres para avaliação de lesão em mandíbula após descoberta da mesma em exame radiográfico durante procedimento restaurador, não apresentava queixas álgicas. No exame físico extra oral nenhuma assimetria facial foi detectada (Figura 1). Ao exame intra oral, não foi observado expansão óssea, mucosa adjacente normocorada com aspecto de normalidade e dente 75 com material restaurador.



Figura 1. Quadro inicial: Ao exame físico extra oral nenhuma assimetria facial foi destacada. **Fonte:** Os autores, 2022.

Ao exame de radiografia panorâmica, pode-se observar área radiolúcida de limites bem definidos por linha radiopaca, unilocular, associado ao dente 35 (incluso) e 36, abrangendo a região de corpo da mandíbula lado esquerdo (Figura 2).

De acordo com as características clínicas e radiográficas suscitou-se o diagnóstico de uma possível lesão cística. Portanto, como método auxiliar de diagnóstico decidiu-se realizar punção aspirativa, tendo como resultado presença de líquido amarelo citrino, características essas de líquidocístico.



Figura 2. Radiografia panorâmica pode-se observar área radiolúcida de limites bem definidos por linha radiopaca, unilocular, associado ao dente 35 (incluso) e 36, abrangendo a região de corpo da mandíbula do lado esquerdo. **Fonte:** Os autores, 2022.

Posteriormente foi realizado exodontia do dente 75, seguido de biópsia incisional sob anestesia local e instalação de dispositivo de decompressão com a finalidade de regressão da lesão e preservação do dente 35 (Figura 3).



Figura 3. Decompressão com a finalidade de regressão da lesão e preservação do dente 35. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 4. Radiografia panorâmica, foi realizado previamente tratamento endodôntico no dente 36 após teste de vitalidade pulpar negativo. **Fonte:** Os autores, 2022.

O material coletado foi enviado para análise anatomopatológica em formol a 10% e o resultado do exame foi de cisto odontogênico de natureza inflamatória.

Após 8 meses de decompressão, ocorreu uma regressão importante e neoformação óssea satisfatória permitindo o processo de formação e erupção do dente 35, dando condições para uma segunda intervenção cirúrgica de enucleação total da lesão. Foi realizado previamente tratamento endodôntico no dente 36 após teste de vitalidade

pulpar negativo (Figura 4).

Depois de um preparo adequado do paciente com todos os exames pré-operatórios, o paciente foi submetido a cirurgia que se iniciou com indução anestésica e intubação orotraqueal. Foi realizado um acesso em envelope que se estendeu da região retromolar até o dente 31 (Figura 5), osteotomia para ampliação da loja cística e uma correta enucleação e curetagem de todo o cisto preservando o dente 35 (Figura 6), o material enucleado foi enviado novamente para o exame anatomopatológico.



Figura 5. Realizado um acesso em envelope que se estendeu da região retromolar até dente 31. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 6. Osteotomia para ampliação da loja cística e uma correta enucleação e curetagem de todo o cisto preservando o dente 35. **Fonte:** Os autores, 2022.



Figura 7. Síntese do acesso cirúrgico, utilizou-se o fio de vicryl 4.0. **Fonte:** Os autores, 2022.

Para a síntese do acesso cirúrgico, utilizou-se o fio de vicryl 4.0 (Figura 7). No pós-operatório de 07 dias, o paciente apresentou boa evolução clínica, cicatrização satisfatória, ausência de sinais de infecção ou deiscência, sem queixas algícas. Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 1 mês, sem quadro de dor e sem limitação funcional.

3. DISCUSSÃO

Na odontologia as patologias como cisto dentífero ou também conhecido como cisto folicular, tem pouca incidência em crianças, entretanto vem sendo uma lesão estudada e analisada em definição clínica na odontopediatria, pelo fato de estar acometendo mais pacientes crianças, compreende que a lesão acomete mais jovens e adultos, por conta dos dentes inclusos. Seus acontecimentos são relatados na literatura. Os casos em público infantil dos cistos é entre 6 a 8 anos de idade, como uma porcentagem de 10%¹⁹.

O cisto dentífero é o segundo mais comum ficando atrás do cisto periapical. Pode ser encontrado tanto na maxila quanto em mandíbula, em maxila sua prevalência de 14% a 20% depois do cisto periapical. Em sua maioria é benigno, é originado pelas células das estruturas dos dentes, são cistos unilaterais, com mais prevalente no sexo masculino na terceira década de vida, geralmente mais encontrado na mandíbula. Seu desenvolvimento é lento assintomático, e em casos raros tem-se impactações das estruturas e deformações faciais²⁰.

Sabe-se que na odontologia existe diversos cistos odontogênicos, com diferentes sinais e sintomas, por isso é prescindível na primeira consulta ser feito uma boa anamnese, exames físico extraoral e intraoral e exames complementares como as radiografias que ajuda na sua detecção. Entretanto, sua confirmação é concluída com exame histopatológico. Assim, após todos esses exames é plausível um plano de tratamento²¹.

Na odontologia os cistos dentífero pode ser encontrado tanto em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Sua localização mais frequente é na região de terceiros molares inferiores e caninos superiores, e dentes inclusos. Por isso, o cirurgião-dentista deve fazer um plano de tratamento individualizado, cada paciente é único. Mas quando se trata de crianças sua incidência é bem baixa, mas ainda sim é comum, está relacionada ao dente permanente. Na maior parte dos casos o tratamento de primeira escolha é a cirurgia, assim evitando danos ao dente permanente²².

Anomalia odontogênica é uma raridade em crianças, mas na odontopediatria está sendo rotineiro, o cisto dentífero vem se tornando um grande alvo em pacientes infantis. Sabe-se que sua incidência é na segunda e terceira década de vida, pois são achados em dentes inclusos. Como dito anteriormente seus relatos são pouco em público infantil, porém seus casos em literatura vêm sendo comum. Crianças que tem a presença de cisto dentífero tem idade de 6 a 7 anos de idade, seu porcentual é 9% do casos²³.

Localização do cisto dentífero é mais comum na maxila nos caninos pelo fato de serem muitas vezes dentes não irrompidos e na região de terceiros molares inferiores. No caso escrito a lesão odontogênica estava associado ao elemento 35 incluso²⁴.

Sabe-se que os cistos dentífero são o segundo cisto de maior incidência na odontologia, mas com isso gera incertezas de suas características, pois sua incidência e na maxila, mas podendo também ser encontrado em mandíbula. Sua faixa etária de idade

também vem sendo questionada nas literaturas, pois sua prevalência é na segunda e terceira década de vida, e comumente seus achados é em crianças²⁵.

Quanto ao seu tratamento em pacientes infantis, é de suma importância que o cirurgião-dentista tenha um atendimento individualizado, pois, é importante para montar o plano de tratamento correto, com isso é de extrema relevância, que a primeira consulta seja com uma avaliação minuciosa e clara para assim, encontrados seus achados radiográficos e clínicos, após isso fazer seus exame histopatológico que é coletado com a biópsia, concluindo a assim diagnóstico de cisto dentígero²⁶.

Cisto dentígero em público infantil tem como o foco principal, proteção dos dentes circunvizinho e suas estruturas, pois quando se trata de lesão cística em criança é necessário avaliar radiograficamente a dentição decídua e seus posicionamentos mais os germes dentários do dentes permanentes. Para assim, ser bem sucedido o tratamento correto, preservando o desenvolvimento da arcada dentária e a função do sistema estomatognática²⁷.

O tratamento da lesão cística é bem minucioso, pois deve ser levando em consideração alguns critérios para ser realizado qualquer procedimento invasivo ou não invasivo. Deve ser analisada a idade do paciente, tamanho da lesão, qual é o envolvimento da lesão na cavidade bucal, pois assim é possível realizar procedimento, evitando problemas futuros. O procedimento pode ser marsupialização, descompressão cística e enucleação²⁸.

O tratamento é feito a descompressão, marsupialização e a enucleação cirúrgica é as formas de tratamentos mais utilizadas, mas deve ser levado em considerações alguns pontos de suma importância para a realização desse procedimento, pois e trata de um tratamento invasivo, é analisado idade, tamanho da lesão e suas estruturas adjacentes²⁹.

É necessário o cirurgião-dentista está atento as condutas clínicas seguras e corretas, para se ter um sucesso cirúrgico e não ocorrer a reincidência³⁰.

Cisto dentígero é localizado dentre a coroa de um dente não erupcionado, incluso e impactado, seu epitélio está encoberto pelo folículo dental pericoronário. O fluído encontrado na lesão tem sua origem pela degeneração de inflamação, e está conexo mais 24% dos casos na maxila. Sabe-se também que sua ocorrência em pessoas em geral é de 1,44 cisto para cada 100 dentes não incluso³¹.

Clinicamente o cisto folicular nas maiores partes dos casos é assintomático. Em suma, pode causar uma grande expansão e erosões no cortical ósseo. Com isso, tende acontecer desconforto, em raros acontecimentos, tem-se o deslocamento do dente, assimetrias faciais e más oclusões. Seus achados são com exames complementares que são as radiografias de hábito. Cisto dentígero é normalmente encontrado unilateral. Em casos de encontrarem em dois lados pode estar associado à síndrome, que pode ser a síndrome de Maroteaux Lamy e a displasia cleidocraniana³².

Nas radiografias, a lesão de cisto dentígero é apresentada com uma área radiolúcida bem circunscrita, assimétrica e unilocular, envolvendo toda coroa do dente não irrompido. Também podem ser

encontrados outros achados secundários nos quais incluem fraturas ligadas a patologias relacionadas ao cisto, deslocamento do canal mandibular, reabsorção dos canais e alguns casos há a reabsorção radicular dos dentes permanentes³³.

Seus aspectos histopatológicos do cisto dentígero, não é certo para levar em consideração para seu diagnóstico final, pois suas características não dão segurança para ter suas conclusões a outros cistos odontogênicos³². No seu exame histológicos tem-se uma cápsula de um tecido conjuntivo frouxo delgado e com revestimento epitelial composto por duas ou três camadas de células planas ou cuboidais, seu epitélio não é queratinizado e seu desenvolvimento de suas projeções epiteliais é exclusivamente adjunta a inflamações secundária. Tem-se, quantidade de ilhas de epitélio odontogênico são achados em tecido conjuntivo, mas ainda é duvidoso, pois é presente em folículos dentários normais³⁴.

O tratamento do cisto dentígero ou folicular com excisão cirúrgica, sabe-se que estas lesões são de dimensões amplas nas quais são susceptíveis de perdas ósseas e adelgaçamento de seus corticais, com isso é necessário serem combinadas com descompressão ou através de uma marsupialização. Em casos mais simples da lesão cística, sua remoção sem comprometer a função das estruturas e dos dentes vizinhos, como exemplo os terceiros molares ou supranumerários, a primeira escolha de tratamento é enucleação total do cisto. Mas, quando o paciente tiver menos de 20 anos a escolha é marsupialização³⁵.

Tem-se como opções de tratamento mais conservadoras como as não cirúrgicas até as mais invasivas dependendo do comportamento da lesão. Para dar início ao tratamento cirúrgico da lesão cística, é necessário que haja um planejamento do cirurgião-dentista, avaliando toda relação da lesão com as demais estruturas anatômicas. Tendo em vista da escolha de melhor tratamento para o paciente, a fim de obter uma melhor recuperação e minimizando danos as importantes estruturas anatômicas³⁶.

Como forma mais conservadora de tratamento é usada à descompressão cirúrgica, que seria a adaptação de um dreno ou tubo de borracha na lesão cística, proporcionando uma comunicação com a cavidade oral e diminuindo gradualmente o cisto³⁶.

O tratamento cirúrgico dos cistos pode ser realizado através de enucleação, marsupialização, enucleação após marsupialização e enucleação com curetagem. Os tratamentos cirúrgicos que podem ser realizados como alternativas em lesões radiculares extensas incluem a curetagem, enucleação, descompressão, marsupialização e ressecção em bloco. O tratamento cirúrgico do cisto dentígero é a enucleação e a remoção do dente envolvido³⁷.

No caso apresentado foi realizada a descompressão dando assim condições para que fosse feito uma segunda intervenção cirúrgica de enucleação total da lesão, foi realizado tratamento endodôntico no dente 36 após o teste de vitalidade pulpar negativo. Com os exames pré-operatórios prontos o paciente foi submetido à cirurgia de enucleação e curetagem de todo o cisto preservando o elemento 35 e o material foi enviado novamente para

o exame anatomopatológico. Alguns autores defendem o uso da técnica isolada da enucleação por mais que seja mais agressiva cita-se as vantagens como a regeneração óssea mais rápida, o possível fechamento do acesso e afirmam que não necessita de um segundo plano de tratamento, tendo como desvantagem a descompressão^{38,39}.

4. CONCLUSÃO

O cisto periapical na maioria dos casos está próximo a raiz do dente, sabe-se que está relacionado a necrose pulpar, tem origem inflamatória. Na maior parte dos relatos é encontrado na região anterior da maxilarmente na posterior de maxila e mandíbula. Tem predileção pelo sexo masculino na sexta década de vida. Não apresenta sintomatologia dolorosa, é descoberta nos achados dos exames radiográficos e com uma tomografia computadorizada é possível ter clareza da lesão.

É necessário avaliar e realizar uma tomografia computadorizada (TC), na qual vai auxiliar e planejar um tratamento pré cirúrgico. O Cirurgião-Dentista deve estar sempre a frente do caso para melhor resultados pós cirúrgicos³⁹.

Cisto periapical é um cisto odontogênico mais comum, está ligado por uma necrose pulpar e com isso gera uma reação inflamatória. Sabe-se que sua predileção é pelo sexo masculino na quinta e sexta década devida. Na maior parte dos casos tem que ser removido com enucleação cirúrgica que visa remover toda lesão cística, após isso tem-se a colocação de enxerto ósseo e membrana⁴⁰.

Conclui-se então, que na odontologia é o cisto mais comum de origem odontogênica, sabe que sua etiologia é pela inflamação causada pela necrose pulpar. Em pacientes que tenha cisto periapical, deve ser feito um exame clínico minucioso juntamente com radiografia periapical e tomografia do local da lesão.

O procedimento cirúrgico pode ser conservador pelo tratamento endodôntico ou através de enucleação cirúrgica e com colocação de enxerto ósseo autógeno pelo fato de ser osteogênico, osteoindutor e osteocondutor ou do tipo halógeno de espécie bovina. É a membrana biocompatível pela regeneração óssea.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Neville B. Patologia oral e maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier; 2016.
- [2] Pereira JS, Milagres RM, Andrade BABD, *et al.* Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2012; 12(2):37-42.
- [3] Panella J, Crivello OJ, Lascala CA, *et al.* Radiologia odontológica e imagiologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- [4] Bordini JP, Grosso SFB, Costa SC. Câncer bucal, lesões e condições cancerizáveis. 3ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
- [5] De Barros AVM, Araújo FAC, Dos Santos ST, *et al.* Cistos e Tumores Odontogênicos em uma população brasileira: análise retrospectiva de 12 anos à luz da 4ª Edição da Classificação dos Tumores de Cabeça e Pescoço da OMS 2019; 56(1):200.
- [6] Ellis E, Hupp JR, Peterson, LJ. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- [7] Matsumura S, Murakami S, Kakimoto N, *et al.* Achados histopatológicos e radiográficos do cisto ósseo simples. Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral, Radiologia Oral e Endodontologia 2015; 85(5):619-625.
- [8] Kolari V, Rao HA, Thomas T. Cisto radicular involuntariamente grande maxilar e mandibular: um relato de caso raro. Jornal Nacional de Cirurgia Maxilofacial 2019; 10(2):270.
- [9] Cypher TJ, Grossman JP. Princípios biológicos da cicatrização de enxertos ósseos. O Jornal de cirurgia do pé e tornozelo 1996; 35(5):413-417.
- [10] Cypher TJ, Grossman JP. Princípios biológicos da cicatrização de enxertos ósseos. O Jornal de cirurgia do pé e tornozelo 1996; 35(5):413-417.
- [11] Rosenberg PA, Frisbie J, Lee J, *et al.* Avaliação de patologistas (histopatologia) e radiologistas (tomografia computadorizada de feixe cônico) diferenciando cistos radiculares de granulomas. Journal of endodontics 2010; 36(3):423-428.
- [12] Milagres RM, Andrade BABD, Messoria MR, *et al.* Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2012; 12(2):37-42.
- [13] Tian FC, Bergeron BE, Kalathingal S, *et al.* Manejo de grandes lesões radiculares usando descompressão: uma série de casos e revisão da literatura. Journal of endodontics 2019; 45(5):651-659.
- [14] Tjioe KC, Imada TSN, Pardo MP, *et al.* Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas 2015; 69(4):383-386.
- [15] Brave D, Madhusudan AS, Ramesh G, *et al.* Cisto Radicular da Maxila Anterior. International Journal of Dental Clinics 2011; 3(2):109-111.
- [16] Dantas RMX, Dultra JA, Borges GL, *et al.* Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial 2014; 14(3):21-26.
- [17] Costa JBZ, Da Silva F, De Almeida DC, *et al.* O uso de membranas biológicas para regeneração óssea guiada em implantodontia: Uma revisão de literatura. Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only) 2016; 7(1):14-21.
- [18] Vaz LGM, Rodrigues MTV, Júnior, OF. Cisto dentífero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online) 2012; 58(1):127-130.
- [19] Thosaporn W, Iamaron A, Pongsiriwet S, *et al.* Estudo comparativo da proliferação de células epiteliais entre ceratocisto odontogênico, cisto odontogênico ortoqueratinizado, cisto dentífero e ameloblastoma. Oral Diseases 2004; 10(1):22-26.
- [20] Utuner E, Fitoz S, Atasoy C, *et al.* Cistos dentíferos maxilares bilaterais: relato de caso. Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral, Radiologia Oral e Endodontologia 2003; 95(5):632-635.
- [21] Dammer R, Niederdellmann H, Danuner P, *et al.* Tratamento conservador ou radical de ceratocistos: uma revisão retrospectiva. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1997; 35(1):46-48.
- [22] Regezi J, Sciubba JJ, Jordan RC. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2017.
- [23] Safira LC, Paim JM, Carneiro JB, *et al.* Cisto dentífero em mandíbula: relato de caso clínico. Revista de Ciências Médicas e Biológicas 2009, 8(2), 225-229.
- [24] Benossi FIT, Silva MAE, Salmeron S, *et al.* Cisto Dentífero: Revisão de literatura e Relato de caso. Revista Uningá 2019, 56(4):104-112.
- [25] Smith JL, Kellman RM. Cistos dentíferos

apresentando-se como infecções de cabeça e pescoço. *Otorrinolaringologia – Cirurgia de Cabeça e Pescoço* 2005; 133(5):715-717.

- [26] Gulbranson SH, Wolfrey JD, Raines JM, *et al.* Carcinoma de células escamosas originado em um cisto dentífero em uma menina de 16 meses. *Otorrinolaringologia—Cirurgia de Cabeça e Pescoço* 2002; 127(5):463-464.
- [27] Viswanath D. An Extremely Rare Case of Four Simultaneous Eruption Cysts Occurring in All the Molar Regions 2015; 5(1):38-42.
- [28] Varoli FP, Buscatti MY, Costa C, *et al.* Cisto dentífero associado a um dente supranumerário: relato de caso. *J. Health Sci. Inst* 2000; 18(1):61-5.
- [29] Giustina JCD, Cesa TS, Silva AFD, *et al.* Odontoma complexo associado a cisto dentífero: relato de dois casos clínicos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial* 2012, 12(3):61-66.
- [30] Aziz SR, Pulse C, Dourmas MA, *et al.* Parestesia do nervo alveolar inferior associada a cisto dentífero mandibular. *Jornal de cirurgia oral e maxilofacial* 2012; 60(4):457-459.
- [31] Motamedi MHK, Talesh KT. Tratamento de cistos dentíferos extensos. *British Dental Journal* 2005; 198(4):203-206.
- [32] Santos TCRBD, Sampaio RKPL, Medeiros PJ, *et al.* Tumor odontogênico adenomatóide associado à cisto dentífero: relato de um caso e revisão da literatura. *Rev. bras. odontol*, 1986; 43(4):8-10.
- [33] Cerqueira RCC. Avaliação de dentes supranumerários em imagens radiográficas de uma clínica odontológica particular do recôncavo da Bahia. [Trabalho de conclusão de curso] Governador Mangabeira: Faculdade Maria Milza; 2019.
- [34] De Lima Júnior MO, De França AJB, Soares CF, *et al.* Tratamento cirúrgico conservador em paciente jovem com ameloblastoma unicístico: relato de caso. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento* 2020; 9(11):e8909119380-e8909119380.
- [35] Floriam LJ, Danelon M, Da Silva VO, *et al.* Cisto Dentífero em Odontologia. Relato de caso. *Journal of Latin American Pediatric Dentistry* 2020; 9(2):151-159.
- [36] Lima GM. Análise histoquímica de marcadores de células imunológicas e da p53 de cistos dentais, queratocistos e ameloblastomas unicísticos. *Imunologia clínica na pratica* 2021; 2(3):1-8.
- [37] Maurette MEA, Brien MO, Paul E, *et al.* Tratamento de cisto dentífero mandibular bilateral através de dois tipos de tratamentos: Relato de caso clínico e comparação entre técnicas. *Lei Odontológica Venezuelana* 2007; 45(1):109-112.
- [38] Catunda IS, Neto ACA, Landim FS, *et al.* Manifestações maxilomandibulares de interesse odontológico nos pacientes portadores de displasia cleidocraniana. Relato de um caso clínico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial* 2013; 13(3):25-30.
- [39] Trento GDS, Corso PFCDL, Dotto G, *et al.* Prevalência de cistos dentíferos na Universidade Federal do Paraná. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial* 2015; 15(1):17-20.
- [40] Silva CEXDSRD, Frare JG, Cerri A, *et al.* Cisto dentífero de grandes dimensões: acesso intraoral e reabilitação. *Revista da Associação Paulista de Cirurgioes Dentistas* 2015; 69(4):345-349.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO

16/03/2018

Submissões | Scientific Investigation in Dentistry

[Cadastro](#) [Acesso](#)

Scientific Investigation in Dentistry

[Atual](#) [Arquivos](#) [Notícias](#) [Sobre](#)[Buscar](#)[Início](#) / [Submissões](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- ✓ O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
- ✓ O texto foi redigido em layout de página para papel A4, letra Arial 12, com no máximo 15 laudas, com margens 3 cm no topo, rodapé e em ambos os lados, em espaço 1,5; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no final do documento na forma de anexos.
- ✓ O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
- ✓ Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Diretrizes para Autores

A revista Scientific Investigation in Dentistry, dirigida a classe odontológica, destina-se à publicação de artigos inéditos e originais de investigação científica, relatos de casos clínicos e de técnicas, artigos de ensino, odontologia da comunidade e laboratorial. Será dada prioridade à publicação de trabalhos científicos originais, ficando a publicação de relatos de caso e revisões de literatura a critério do interesse da revista Scientific Investigation in Dentistry.

I- Nomas Gerais

1- Os trabalhos deverão ser submetidos online na página da Scientific Investigation in Dentistry;

2- Os trabalhos serão considerados para publicação na revista Scientific Investigation in Dentistry após revisão crítica do Corpo Editorial Especializado que apreciará a relevância e pertinência do trabalho. Fica estabelecido de que a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho é inteiramente dos autores. Todos os trabalhos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento ao editor chefe, cujo modelo está sugerido no final destas normas. Esta é uma carta datada e assinada por cada autor (não apenas o autor correspondente), afirmando que:

- que o trabalho foi submetido apenas ao periódico Scientific Investigation in Dentistry e que não está simultaneamente sendo avaliado para publicação em outra revista.
- Autores devem assumir a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido e confirmar que o trabalho apresentado, incluindo imagens, é original. Autores devem lembrar de que se as imagens incluídas (por exemplo, tabelas e figuras) previamente publicadas pode exigir permissão de direitos autorais.
- Indicar de que não há conflitos de interesse que possam interferir nos resultados da pesquisa.
- Concordar com a cessação dos direitos autorais à revista Scientific Investigation in Dentistry.

3- A revista Scientific Investigation in Dentistry detém o direito autoral sobre o trabalho publicado podendo permitir sua reprodução total ou parcial.

4- Autoria: Somente as pessoas que fizeram uma contribuição significativa para o trabalho submetido devem ser listadas como autores. O editor-chefe espera que um trabalho normalmente deva ter não mais de 6 autores, a menos que neste caso seja feita pelo autor correspondente, na carta de apresentação do trabalho, justificando a inclusão de outros autores. Todos os autores citados deverão estar envolvidos no trabalho e deverão ter lido o documento antes de ser enviado para publicação. As afirmações e opiniões dos artigos assinados são de responsabilidade integral do(s) autor(es).

5- A revista reserva-se o direito de editar o trabalho visando adequá-lo ao espaço disponível com clareza e correção textuais.

6 – A revista reserva-se o direito de solicitar material instrutivo adicional ao(s) autor(es).

7- A revista reserva-se o direito de solicitar a tradução do trabalho para a língua inglesa. Esta poderá oferecer este serviço, entretanto, com oneração aos autores.

II – Corpo Editorial

1- Os trabalhos inicialmente passarão por uma triagem, onde serão considerados para avaliação, apenas trabalhos que estiverem dentro do foco e escopo da revista e dentro das normas de publicação da Scientific Investigation in Dentistry. Estes trabalhos receberão uma carta de submissão, declarando que o trabalho está em processo de avaliação. Os trabalhos inadequados serão automaticamente devolvidos aos autores para reformulações, sem direito à carta de submissão.

2- O conselho editorial da revista removerá toda a identificação do trabalho que será substituído por um número de registro, antes de encaminhar para o corpo editorial que fará a avaliação por pares. O conselho editorial da revista decidirá sobre a conveniência de publicação ou não do trabalho, bem como, de correções e possíveis modificações.

3- Os trabalhos selecionados serão comunicados aos seus autores sobre o ACEITE da revista e publicados conforme a disponibilidade do espaço editorial.

4- O trabalho poderá ser retirado pelo(s) autore(s), segundo seu critério de conveniência, a qualquer momento, porém, antes de ser enviado para diagramação.

5- Os trabalhos selecionados pelo conselho editorial serão encaminhados para revisão na língua em que foi redigido, seja português ou inglês.

III – Notas para a Preparação de Submissão do Trabalho

Originais deverão ser redigidos em português ou inglês.

1- A primeira página, folha de rosto, deverá conter as seguintes informações:

- Título do trabalho na língua em que foi redigido o trabalho
- Nome(s) dos autores (máximo 6), principal titulação e afiliação institucional
- Indicação das fontes de fomento da pesquisa, se houver.
- Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor correspondente
- Página não numerada

O artigo deverá ser realizado no Word, layout de pagina para papel A4, letra Arial 12, com no máximo 15 laudas, com margens 3 cm no topo, rodapé e em ambos os lados, em espaço 1,5.

2- Legendas das ilustrações:

(fotos, gráficos, desenhos) devem estar inseridas em páginas separadas e numeradas. No texto devem ser indicados os espaços em que ocuparão.

3- Tabelas

- Cada tabela com sua respectiva legenda deve estar em espaço 1,5, mais próximo possível de suas citações;

- As tabelas devem ser numeradas com números arábicos;

- Cada tabela deve conter toda informação necessária e assim poderá ser analisada isoladamente, independente do texto;

Deverão ser anexadas no e-mail separadamente ao submeter o trabalho. Estas deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Tabela 1, Tabela 2A, etc.

4- Figuras

- Devem ter resolução mínima de 300Kb

- Deverão ser anexadas em arquivos separados do texto em arquivo JPEG ou TIFF. Estas deverão ser renomeadas de tal forma facilite o entendimento do que se refere. Ex.: Figura 1, Figura 2A, etc.

5- Citação de autores no texto

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras:

- Forma indireta, numérica: ... and interfere with the bacterial system and tissue system^{3,4}

- Forma direta, alfanumérica:

Um autor: Silva²³ (2009)

Dois autores: Silva e Carvalho²⁵ (2010)

Três ou mais autores: Silva et al.¹⁶ (2012)

6- Estrutura do Trabalho (Trabalhos originais)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:

- Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)

- Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)

- Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.

Para pesquisas originais deverá conter os seguintes subtítulos: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Para estudos clínicos o nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínico deverão ser colocados ao final do(s) resumo(s) do artigo

Para as revisões: Objetivo; Desenvolvimento e Considerações Finais.

Para os relatos de caso clínico: Objetivos; Relato de Caso e Considerações Finais.

Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde).
Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.

c) Material e Métodos: devem ser apresentados com suficientes detalhes que permitam confirmação das observações encontradas.

d) Resultados: Não deverá repetir os mesmos dados nas figuras de tabelas. Observações importantes devem ser enfatizadas.

e) Discussão: Confronto dos resultados obtidos com a literatura considerando a metodologia adotada.

f) Conclusão: percepções obtidas com o trabalho a partir dos objetivos.

g) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.

h) Keywords – (unitermos em inglês)

i) Agradecimentos – se houver

j) Referências Bibliográficas – até 20 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

7- Estrutura do Trabalho (Relato de Caso)

a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:

- Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)

- Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)

- Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.

Para as revisões: Objetivo; Desenvolvimento e Considerações Finais.

Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde).
Consultar a página <http://decs.bvs.br/>

- b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.
- c) Relato de caso: descrever os aspectos clínicos e todos os procedimentos de diagnóstico e tratamento realizados. Nos casos aplicáveis deve ser explícito o tempo de preservação.
- d) Discussão: explicação dos procedimentos de diagnóstico e tratamento adotados, ponderação das características encontradas no presente caso em comparação com a literatura previamente publicada.
- e) Considerações Finais: percepções obtidas com o trabalho.
- f) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.
- g) Keywords - (unitermos em inglês)
- h) Agradecimentos - se houver
- i) Referências Bibliográficas - até 15 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

8- Estrutura do Trabalho (Revisão da Literatura)

- a) A segunda página, numerada, após a folha de rosto, a deverá conter:
- Título do trabalho em português (ou na língua em que foi redigido o trabalho)
 - Título do trabalho em inglês (ou em Português, caso redigido em inglês)
 - Resumo não deve exceder 250 palavras e ser redigido na língua do trabalho.
- Para os relatos de caso clínico: Objetivos; Relato de Caso e Considerações Finais.
Unitermos com 3 a 6 palavras-chaves de acordo com o DeCS (Descritores em ciência da saúde).
Consultar a página <http://decs.bvs.br/>
- b) Introdução: deve ser apresentado em um formato estruturado, contendo os seguintes temas, embora não nas subposições: declarações sucintas do assunto em questão, e que a essência do conhecimento existente e compreensão pertinentes ao assunto. O parágrafo final da introdução deve indicar claramente os objetivos e / ou objetivo do trabalho que está sendo relatado.
- c) Revisão da Literatura: Sumarização da literatura atual referente ao tema abordado.
- d) Discussão: Confronto dos estudos abordados na revisão da literatura.
- e) Considerações Finais: percepções obtidas com o trabalho a partir dos objetivos.
- f) Abstract - resumo em inglês ou resumo em português, caso redigido em inglês.
- g) Keywords - (unitermos em inglês)

h) Agradecimentos – se houver

i) Referências Bibliográficas – até 30 referências e devem aparecer no texto em ordem numérica. Abreviações dos títulos das revistas devem estar de acordo com Index Medicus elaboradas de acordo com as normas de Vancouver).

Abreviaturas e siglas: termos e nomes a ser referidos na forma de abreviaturas ou siglas devem ser dados nominalmente quando mencionado pela primeira vez.

Unidades: unidades SI (sistema internacional de unidades) deve ser usado por toda parte. Se a unidade não consta no SI, o equivalente SI deve ser imediatamente seguido entre parênteses.

Para trabalhos de revisão da literatura e relato de caso, a estrutura do trabalho deverá conter Introdução, Desenvolvimento com discussão e Considerações Finais.

Para relatos de Caso a estrutura do trabalho deverá conter Introdução, Relato de Caso e Considerações Finais,

Independentemente do tipo de estudo, os autores são convidados a escrever de forma concisa.

9- Lista de referencias bibliográficas:

a. Livro:

De 1 a 6 autores referenciam-se todos separados por vírgula. Mais de 6 (seis) autores, referenciam-se até os 6 primeiros, seguidos da expressão latina “et al”.

Exemplo: Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GCV, et al. Williams obstetrics. 20 ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997.

b. Capítulo de livro:

I. Com a mesma autoria da obra:

Exemplo: Ruiz JA. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1991. Cap. 3: Como elaborar trabalhos de pesquisa.

II. Com autoria de capítulo:

Exemplo: Phillips SJ, Whisnart JP. Hypertension and stroke. In: Lsaragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis and management. 2 ed. New York: Raven Press; 1995. P465-78.

IV – Aspectos Éticos

Estudos realizados em seres humanos e prontuários clínicos, radiografias, modelos de estudo, devem ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação da Comissão de Ética da Unidade – Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos.

Para os estudos de Ensaio Clínicos há exigência de registro dos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em:

<http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730>.

Declaração de Direito Autoral

Declaro que o trabalho de minha autoria foi submetido apenas para este periódico e por isto, não sendo simultaneamente avaliado para publicação em outra revista. Nós autores, acima citados, assumimos a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido e confirmar que o trabalho apresentado, incluindo imagens, é original. Concordamos em conceder os direitos autorais ao periódico Scientific Investigation in Dentistry.

Política de Privacidade

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

DIREITOS AUTORAIS

Direitos Autorais para os trabalhos publicados nesta revista são retidas pelo autor, com direitos de primeira publicação para a Scientific Investigation in Dentistry. Todo o conteúdo do periódico, exceto quando indicado, está licenciado sob Creative Commons Atribuição-Uso Não-Comercial-Não a Obras Derivadas licença 3,0. Em virtude deste periódico ser de acesso aberto, os artigos publicados são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não comerciais.

3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
Av. Brasil, nº 1.000, Bairro Covaó, Goianésia – Goiás
CEP: 76.380-000 – Fone: (62) 3389 7350

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação que os acadêmicos **Ana Lia de Freitas Queiroz** (706.841.931-32), **Gabriella Aparecida Jesus** (708.888.161-62), **Nathalia Oliveira César** (038.926.661-21) e **Roberta Conceição Silva Malta** (709.925.511-10) apresentaram oralmente o trabalho intitulado "Enucleação e Curetagem de Cisto Odontogênico em Mandíbula: Relato de Caso" no VIII Congresso Interdisciplinar.

Por ser a expressão da verdade firmamos a presente declaração.

Faculdade Evangélica de Goianésia, em Goianésia, Goiás, aos 09 dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois (09/12/2022).

Profa. Dra. Maisa França Teixeira
Coordenadora de Trabalho de Curso (TC) do curso de Odontologia
Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG)

ÉXERESE DE CISTO PERIAPICAL MAIS RECONSTRUÇÃO IMEDIATA: Cisto periapical

ANA LIA DE FREITAS QUEIROZ

GABRIELLA APARECIDA JESUS PEREIRA

nathalia oliveira cezar

faculdade evangélica de goianésia

ROBERTA CONCEIÇÃO SILVA MALTA

Uander de Castro Oliveira

Palavras-chave: Cisto periapical

Resumo

O vocábulo cisto é resultante da palavra grega “kystis” que simboliza “bexiga ou saco”. Cisto periapical ou radicular é um cisto odontogênico que pode estar associada ao ápice de um dente ligada necrose pulpar, e comumente de origem inflamatória. Essa inflamação é decorrente ao germe dentário e da proliferação e estimulação de células aos restos de resíduos epiteliais de Malassez encontrada no ligamento periodontal, tendo uma inflamação no local¹. É uma das lesões mais frequentes na região anterior maxila, mas também pode ser encontrada mandíbula. Com predição do sexo masculino na vida adulta entre 30 a 40 anos idade. Geralmente o surgimento do cisto periapical é uma infecção do canal radicular, se não for tratada tem o aparecimento da lesão. No exame clínico, o cisto periapical é pequeno e raramente pode apresentar sensibilidade e dor a percussão, e nos exames radiográficos é possível ver o cisto em uma radiografia panorâmica ou em uma tomografia da região específica. A cirurgia será a reconstrução para o defeito ósseo e assim, devolver a estética. Nesse trabalho tem o objetivo de relatar uma revisão de literatura evidenciando os aspectos clínicos e radiográficos do cisto periapical bem como as opções de tratamento.



Publicado

2021-10-26

Edição

[v. 6 n. 1 \(2021\): VIII Congresso Interdisciplinar - Ciência, Tecnologia e Inovação para o Planeta - ISSN: 2595-7732](#)

Seção

Odontologia

4. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA

TEMPLATE PADRÃO

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR

EXÉRESE DE LESÃO CÍSTICA EM MANDÍBULA APÓS DESCOMPRESSÃO

EXERCISES OF CYSTIC LESION IN THE JAW AFTER DECOMPRESSION

UANDER DE CASTRO OLIVEIRA¹, ANA LIA DE FREITAS QUEIROZ², GABRIELLA APARECIDA JESUS PEREIRA², NATHALIA OLIVEIRA CEZAR², ROBERTA CONCEIÇÃO SILVA MALTA², VINICIUS MARQUES DE OLIVEIRA³

1. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professor Especialista Uander de Castro Oliveira, das Disciplinas de Cirurgia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia. 2. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial.

*Hospital Ortopédico de Ceres, Goiás, Brasil CEP: 76300-000. uanderoliveira2011@gmail.com

Recebido em 13/10/2022. Aceito para publicação em 15/11/2022

RESUMO

O vocábulo cisto é resultante da palavra grega “kystis” que simboliza “bexiga ou saco”. O cisto periapical ou radicular é um cisto odontogênico que pode estar associado ao ápice de um dente ligado a necrose pulpar, sendo comumente de origem inflamatória. Essa inflamação é decorrente ao germe dentário e da proliferação/estimulação de células aos restos de resíduos epiteliais de Malassez encontrada no ligamento periodontal, tendo uma inflamação no local. É uma das lesões mais frequentes na região anterior do maxilar, mas também pode ser encontrada na mandíbula. Com predileção do sexo masculino na vida adulta entre 30 a 40 anos de idade. Tem uma progressão lenta, na maior parte dos casos é assintomático dependendo de sua extensão. Geralmente o surgimento do cisto periapical é uma infecção do canal radicular, se não for tratada e terá o aparecimento da lesão. No exame clínico, o cisto periapical é pequeno, assintomático e raramente pode apresentar sensibilidade e dor à percussão, e nos exames radiográficos é possível ver o cisto em uma radiografia panorâmica ou em uma tomografia da região específica. A cirurgia será a reconstrução para o defeito ósseo e assim, devolver à estética.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Periapical. Necrose Pulpar. Inflamação. Cirurgião-Dentista.

ABSTRACT

A periapical or radicular cyst is an odontogenic cyst that can be associated with the apex of a tooth with pulp necrosis, and commonly of inflammatory origin. This inflammation is related to the proliferation/stimulation of cells to the debris of epithelial debris of Malassez found in the periodontal ligament, with inflammation at the site. It is one of the most frequent lesions in the anterior maxilla region, but it can also be found in the mandible. With a predilection for both sexes in adult life between 30 and 40 years old. It has a slow progression, in most cases it is asymptomatic, and depends on its extension. Generally, the appearance of the periapical cyst is an infection of the root canal, if not treated and will have the appearance of the lesion. On clinical examination,

the periapical cyst is small, asymptomatic, and may rarely be tender and painful to percussion, and on radiographic examinations, the cyst can be seen on a panoramic x-ray or on a CT scan of the specific region. The surgery will be the reconstruction for the bone defect and thus, return the esthetics. Therefore, there are several techniques for using innovative grafts depending on the case.

KEYWORDS: Periapical Cyst. Pulpal necrosis. Inflammation. Dental surgeon.

1. INTRODUÇÃO

O vocábulo cisto é resultante da palavra grega “kystis” que simboliza “bexiga ou saco”. Cisto periapical ou radicular é um cisto odontogênico que pode estar associado ao ápice de um dente ligado a necrose pulpar, e comumente de origem inflamatória. Essa inflamação é decorrente ao germe dentário e da proliferação e estimulação de células aos restos de resíduos epiteliais de Malassez encontrada no ligamentoperiodontal, ocasionando uma inflamação no local¹.

É conhecido na odontologia o cisto dentígero ou folicular é um cisto odontogênico dos mais comuns, é o segundo cisto com 14 a 20% de prevalência perdendo somente para o cisto periapical. O cisto dentígero é um dos mais frequentes, tratando-se, por seu lado, de um gênero de cisto inflamatório. A sua evolução está ligada pela sua erupção ectópica pode ou não ser clara, onde vários estudos vem sendo discutidos sobre sua etiologia². Sua frequência é comum tanto em maxila ou mandíbula, com maior aparecimento nas regiões de molares inferior e superior e em canino superior não-irrompido³.

Sabe-se que o cisto dentígero tem maior prevalência do sexo masculino, na segunda e terceira década de vida. Também tem-se discutido sua causa, mas seus epitélio é encoberto pelo folículo dental pericoronário, pode ser encontrado fluido líquido em seu interior, por conta da sua degeneração que gera a sua infecção. Também pode ser encontrado em 24%

5. ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nossos nomes são Ana Lia De Freitas Queiroz; Gabriella Aparecida Jesus Pereira; Nathalia Oliveira Cezar; Roberta Conceição Silva Malta e estamos desenvolvendo o artigo "Exérese de Lesão Cística em Mandíbula Após Descompressão: relato de caso", o qual discorre sobre o diagnóstico e tratamento cirúrgico de um paciente de trauma bucomaxilofacial atendido no Hospital Ortopédico de (CERES- GO). Este trabalho inclui fotografias pré, trans e pós-operatórias, não contando com nenhum risco ou desconforto ao paciente. O mesmo poderá desistir de ceder seus dados a qualquer momento, a não ser quando estes já tiverem sido publicados. Nosso objetivo é que o artigo contribua para o estudo, diagnóstico e tratamento de outras vítimas desse tipo de trauma. Caso você tenha qualquer dúvida em relação a isso, ou não queira mais fazer parte do trabalho, poderá entrar em contato pelo telefone (62) 984803445. Caso você esteja de acordo em participar, iremos garantir que todos os dados coletados sejam utilizados apenas nesse relato de caso.

Autores principais:

Ana Lia de F. Queiroz
Ana Lia De Freitas Queiroz

Gabriella A. J. Pereira
Gabriella Aparecida Jesus Pereira

Nathalia Oliveira Cezar
Nathalia Oliveira Cezar

Roberta Conceição Silva Malta
Roberta Conceição Silva Malta

Vinicius Marques de Oliveira
Vinicius Marques de Oliveira

Orientador: *Uander de Castro Oliveira*
Prof. Esp. Uander de Castro Oliveira

Eu, *Roberta Conceição Silva Malta*, fui esclarecido sobre o artigo "Exérese de Lesão Cística em Mandíbula Após Descompressão: relato de caso", e concordo que meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Goianésia, *13* de *Outubro* de 2022.

Assinatura *[assinatura]*

RG *003 796 611-30*