

TRATAMENTO DE CISTO PERIODONTAL: RELATO DE CASO

PERIODONTAL CYST TREATMENT: CASE REPORT

Natália Gomes Santos¹

Jadison Junio Conforte²

RESUMO: O cisto periodontal lateral (CPL) é um tipo de cisto odontogênico, cuja etiologia encontra-se ainda desconhecida, não sendo prevalente na população. Sua ocorrência geralmente acontece em regiões pré-molares inferiores, apresentando-se na maioria dos casos de forma assintomática, em alguns casos apresentando uma expansão da cortical óssea. O cisto periodontal lateral é um cisto de desenvolvimento não inflamatório que está relacionado ou localizado adjacente ou lateralmente à raiz de um dente vital. O tratamento inclui a remoção cirúrgica completa por enucleação sem a necessidade de tratamento endodôntico. O cisto periodontal é detectado indo ao dentista e, uma vez diagnosticado, seja resultado de um processo infeccioso ou não, será realizado o tratamento adequado. A localização correta dessa lesão é muito importante para poder planejar um tratamento odontológico adequado, bem como avaliar se o cisto afetou áreas anatômicas vizinhas. Partindo dessa importância o presente trabalhou objetivou discorrer sobre um relato clínico, em paciente feminina, 34 anos, apresentando lesão cística em seio maxilar direito, circunscrita e delimitada ao espaço do seio maxilar, quadro histológico compatível com cisto periapical. A metodologia do trabalho contou com uma revisão de literatura e análise clínica. Com a realização do mesmo foi possível concluir que a relevância da apresentação deste caso clínico é dar ênfase precisa ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno desta lesão cística através do conhecimento dos conceitos básicos e da aplicação dos fundamentos clínicos.

1955

Palavras-chave: Cisto periodontal. Cisto odontogênico. Enucleação. Seio maxilar.

ABSTRACT: The lateral periodontal cyst is a type of odontogenic cyst, whose etiology is still unknown, not being prevalent in the population. Its occurrence usually occurs in the lower premolar regions, presenting in most cases asymptotically, in some cases presenting an expansion of the cortical bone. A lateral periodontal cyst is a non-inflammatory developmental cyst that is related to or located adjacent or lateral to the root of a vital tooth. Treatment includes complete surgical removal by enucleation without the need for endodontic treatment. The periodontal cyst is detected by going to the dentist and, once diagnosed, whether it is the result of an infectious process or not, the appropriate treatment will be carried out. The correct location of this lesion is very important to be able to plan an adequate dental treatment, as well as to assess whether the cyst has affected neighboring anatomical areas. Based on this importance, the present work aimed to discuss a clinical report, in a 34-year-old female patient, with a cystic lesion in the right maxillary sinus, circumscribed and delimited to the space of the maxillary sinus, histological picture compatible with a periapical cyst. The methodology of the work included a literature review and clinical analysis. With the accomplishment of the same it was possible to conclude that the relevance of the presentation of this clinical case is to give precise emphasis to the early diagnosis and timely treatment of this cystic lesion through the knowledge of the basic concepts and the application of the clinical fundamentals.

Keywords: Periodontal cyst. Odontogenic cyst. Enucleation. Maxillary sinus.

¹ Universidade Brasil. Curso de graduação em Odontologia. Campus Fernandópolis –SP. E-mail: natalia.g santos88@gmail.com

² Orientador. Universidade Brasil Campus Fernandópolis –SP

1 INTRODUÇÃO

Um cisto é uma cavidade patológica formada, com uma estrutura particular, pois é constituído por uma parede de tecido epitelial sustentada por tecido conjuntivo, possuindo conteúdo líquido e semi-sólido (MOEHLECKE et al., 2011).

Os cistos radiculares ou periapicais são o tipo mais comum de cisto nos maxilares e também são a causa mais frequente do aumento crônico de volume, eles são de natureza odontogênica inflamatória e por definição um dente não vital está sempre presente embora estes possam persistir sem produzir sintomas por muitos anos, sabe-se que a inflamação da periodontite apical crônica é suficiente para induzir a proliferação dos restos epiteliais de Malassez (MENDONÇA et al., 2017).

O cisto periodontal lateral (CPL) é considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento com ocorrência incomum. Na maioria dos casos é diagnosticado preliminarmente como achado radiográfico, apresentando-se bem circunscrito ou como área radiolúcida arredondada ou em forma de lágrima. Devido à sua localização, pode ser facilmente diagnosticada como uma lesão de origem endodôntica (PORTO et al., 2016).

Uma vez que a cavidade é formada ela se acumula fluido tecidual no interior e os restos de células mortas e exsudato inflamatório geram pressão hidrostática que faz com que os cistos se expandam radiograficamente, são vistos como uma área radiolúcida arredondada e com contornos bem delimitados uma zona periférica corticada radiopaca condensada pode ser vista, mas somente se o crescimento for muito lento. O estudo histológico é essencial para confirmar o diagnóstico presuntivo (MARIANO et al., 2020).

Na maioria das vezes o tratamento para cistos radiculares consiste em enucleação e fechamento primário da ferida. Normalmente o dente não vital é impossível de restaurar. No entanto, é possível preservá-lo realizando uma obturação radicular coronal antes da cirurgia e realizando uma apicectomia e uma obturação retrógrada. A cicatrização pode levar vários meses até que a cavidade óssea seja preenchida (RIBEIRO et al., 2004).

É raro que esses cistos se desenvolvam em associação com dentes decíduos. Os cistos periapicais são mais comuns na região anterior da maxila. No entanto, cistos associados a dentes decíduos ocorrem mais frequentemente na mandíbula (PEREIRA, 2013).

Os achados clínicos podem incluir sensibilidade, dor, edema e drenagem, entretanto, muitos cistos periapicais são assintomáticos e descobertos acidentalmente

durante o exame radiográfico de rotina. A radiografia mostra uma radiolucência no ápice da raiz com perda da lâmina dura (a fina camada de osso radiopaco que normalmente circunda a raiz do dente). A radiolucência pode aparecer bem definida ou mal circunscrita, e a reabsorção radicular adjacente é possível. A maioria dos cistos periapicais tem 2cm ou menos de diâmetro máximo, embora lesões ocasionais possam demonstrar aumento dramático com destruição de uma porção significativa da mandíbula (PEREIRA et al., 2013).

Um CPL representa uma variante de cisto periapical que ocorre ao longo da face lateral da raiz de um dente e não no ápice; presumivelmente resulta de necrose pulpar que se espalha através de um canal lateral ou acessório. Alguns casos também podem se desenvolver a partir da comunicação com uma bolsa periodontal profunda. Embora tais cistos possam parecer radiograficamente semelhantes ao cisto periodontal lateral em desenvolvimento, eles devem ser distinguidos como sendo de etiologia inflamatória (MARIANO et al., 2020).

O acompanhamento da cicatrização das lesões periapicais é essencial por meio de exames periódicos de acompanhamento. Todas as lesões periapicais inflamatórias devem ser inicialmente tratadas com procedimentos conservadores não cirúrgicos. A intervenção cirúrgica é recomendada somente após as técnicas não cirúrgicas terem falhado (DANTAS et al., 2014).

2 OBJETIVOS

Discorrer sobre um relato de caso no tratamento de cisto periodontal, identificando as principais características da patologia.

3 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente Gisele Carvalho da Silva, 34 anos, apresentando lesão cística em seio maxilar direito, circunscrita e delimitada ao espaço do seio maxilar. Quadro histológico compatível com cisto periapical.

Inicialmente a paciente apresentou a necessidade de tratamento endodôntico do elemento 16, vez que apresentava pequena fístula, visível no exame intraoral. Ao efetuar radiografia periapical identificou-se velamento do seio maxilar, sendo solicitado a paciente

a realização de um exame de imagem tomográfica computadorizada, na qual observou-se uma extensão lesão compatível com um cisto odontogênico (figura 1 e 2).

No laudo tomográfico encontrou-se:

- Imagem hipodensa, localizada na região de rebordo alveolar, do lado posterior direito da mandíbula, área de extração dentária recente, alvéolo em reparação. Associar ao histórico clínico (corte coronal panorâmico e cortes oblíquos 2 ao 5).

- Imagem de lesão hipodensa, localizada na região posterior direita da maxila. A lesão é de caráter osteolítico, expansivo, unilocular, de aspecto cístico, com padrão homogêneo, circunscrita e delimitada por halo hiperdenso. Estende-se no sentido horizontal, da região periapical dos dentes 17 16 e 15 à parede lateral da fossa nasal. No sentido vertical, da região periapical dos dentes supracitados em proximidade ao assoalho da órbita. Área de discreta reabsorção radicular externa localizada na região periapical dos dentes 17 e 16. Rarefação e mal definição das estruturas corticais da parede lateral da fossa nasal, pela ação compressiva da lesão descrita, assoalho da órbita e das paredes medial e anterior do seio maxilar direito. HD: Cisto radicular apical. À critério clínico pode-se realizar testes de vitalidade pulpar para o diagnóstico diferencial de lesões periapicais inflamatórias no dente 17. Associar ao exame clínico; história clínica anterior; intervenção cirúrgica prévia e exame histopatológico para elucidação diagnóstica (corte coronal panorâmico e cortes oblíquos 3 ao 16; cortes coronais e sagitais; imagens axiais 1 a 20).

- Dente 17: Presença de material restaurador na coroa. Presença de 3 raízes e 3 condutos, não obturados. A raiz mesial apresenta achatamento no sentido mésio distal.

- Presença de istmo no terço médio. Região de furca preservada. Área de reabsorção radicular externa no terço apical da raiz palatina. Imagem de lesão hipodensa, localizada na região periapical descrita acima. À critério clínico pode-se realizar testes de vitalidade pulpar para o diagnóstico diferencial de lesões periapicais inflamatórias no dente 17.

- Associar ao exame clínico; história clínica anterior (corte coronal panorâmico e cortes oblíquos 5 ao 9; imagens axiais 1 a 20).

- Dente 16: Perda de substância dentária localizada na coroa por provável acesso aos canais radiculares. Presença de 3 raízes e 4 condutos, não obturados. A raiz mesial possui o conduto mésio palatino, apresentando luz moderadamente reduzida em toda extensão. Os condutos mésio vestibular, disto vestibular e palatino estão dilatados,

provavelmente instrumentados. Região de furca preservada. Arredondamento apical localizado nas 3 raízes. Imagem de lesão hipodensa, localizada na região periapical descrita acima. Associar ao exame clínico; história clínica anterior (corte coronal panorâmico e cortes oblíquos 10 ao 14; cortes coronais M 57; D 53; cortes sagitais MV 48; DV 48; P 54; imagens axiais 1 a 20).

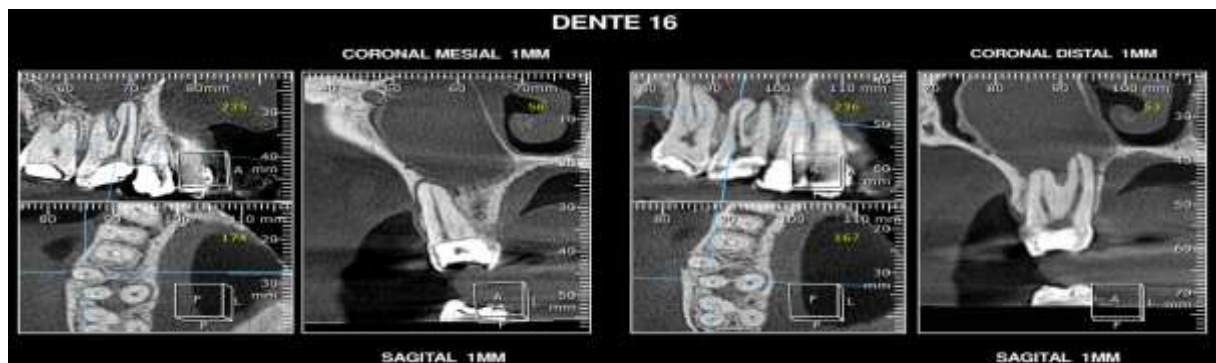
- Dente 15: Perda de substância dentária por desgaste, localizada na coroa, por acesso ao canal radicular e preparo restaurador. Tratamento endodôntico. Presença de 1 raiz e 1 conduto, obturado discretamente aquém do ápice. Arredondamento apical. Presença de imagem hipodensa, localizada no terço médio/apical do conduto, na parede mais vestibular, sugerindo falta de material obturador nesta parede e/ou reabsorção radicular interna. Associar ao exame clínico; história clínica anterior. Na figura 1 e 2 tem-se imagens do exame tomográfico.

Figura 1. Exame tomográfico



Fonte: Autora, 2022.

Figura 2. Visualização do elemento 16



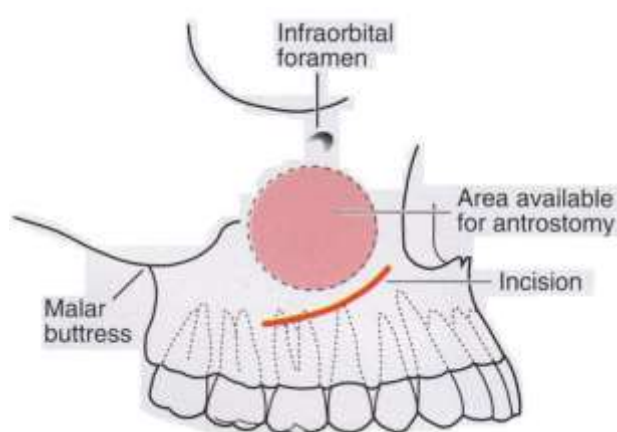
Fonte: Autora, 2022.

Antes de discorrer sobre os procedimentos realizados é preciso conceituar e identificar o acesso de Caldwell Luc, o qual consiste na confecção de uma janela óssea na parede anterior do seio maxilar, sendo indicada nos casos:

- Sinusite maxilar crônica.
- Remoção de corpos estranhos no antro, como ápices radiculares.
- Tratamento de cistos e tumores dentais benignos.
- Tratamento da fístula oro-antral que não cicatriza.
- Procedimento de biópsia para suspeita de malignidade no antro.
- Pólipo antrocoanal recorrente.
- Abordagem da fossa pterigopalatina, seio esfenoidal, seio etmoidal.

O tratamento iniciou-se com o acesso para a região do seio maxilar direito é através do acesso de Cadwell-Luc (figura 3), onde foi feita uma incisão acima do ápice radicular ou contornando o sulco gengival da margem gengival com relaxantes a fim de ter acesso a parede lateral do seio maxilar. Ao remover a parede do seio (dimensões removidas de 1,5cm de comprimento por 1cm de altura facilitando o acesso para o interior do seio maxilar.

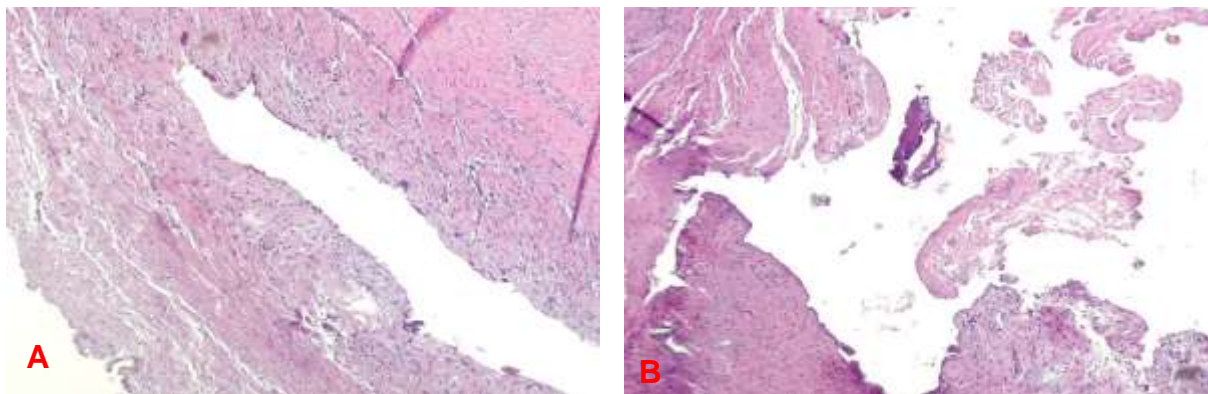
Figura 3. Acesso de Cadwell-Luc



Fonte: Pires et al., 2022.

A microscopia mostrou uma membrana epitelial fina não queratinizada, com fraca união com o tecido conjuntivo e em algumas áreas desse epitélio se vê placas. Entre as células epiteliais células com citoplasma claro são células carregadas de glicogênio (Figuras 4 a e b).

Figura 4. A) Microscopia revelando cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado, com espessamentos focais projetando-se para o lúmen cístico (coloração em H.E. e aumento de 100x). B) Focos de células claras com citoplasma amplo (coloração em H.E. e aumento de 400x).



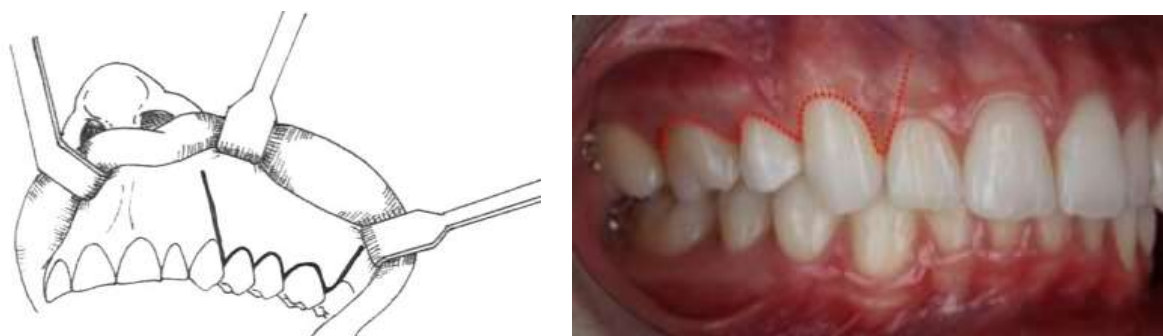
Fonte: Autora, 2022.

O tratamento iniciou-se com incisões (Incisão de Neumann ou Incisão de Novak-Peter), para tal é preciso entender que uma incisão se trata de uma ruptura tecidual que visa alcançar a região anatômica de interesse cirúrgico e é executada com o uso de bisturi e tesouras. Para que não interfira no processo de reparação tecidual, devemos respeitar a qualidade das incisões.

1961

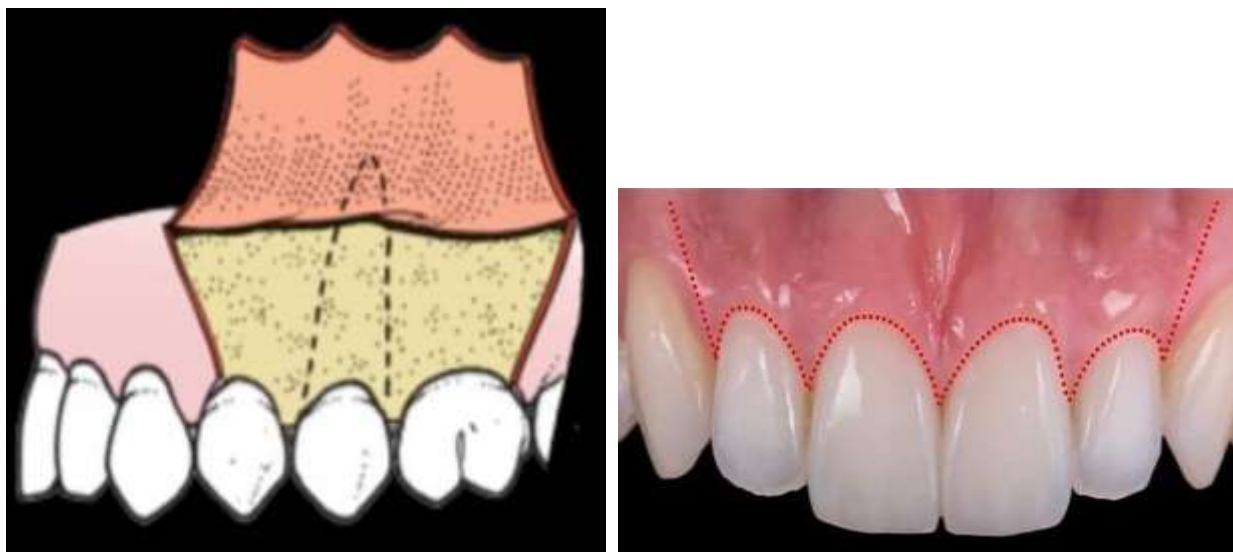
A incisão de Neumann (5), possui traçado intrasulcular e uma incisão relaxante. Já a incisão de Novak Peter, possui traçado intrasulcular e duas incisões relaxantes.

Figura 5. Incisão de Neumann



Fonte: Huang e Chen, 2012.

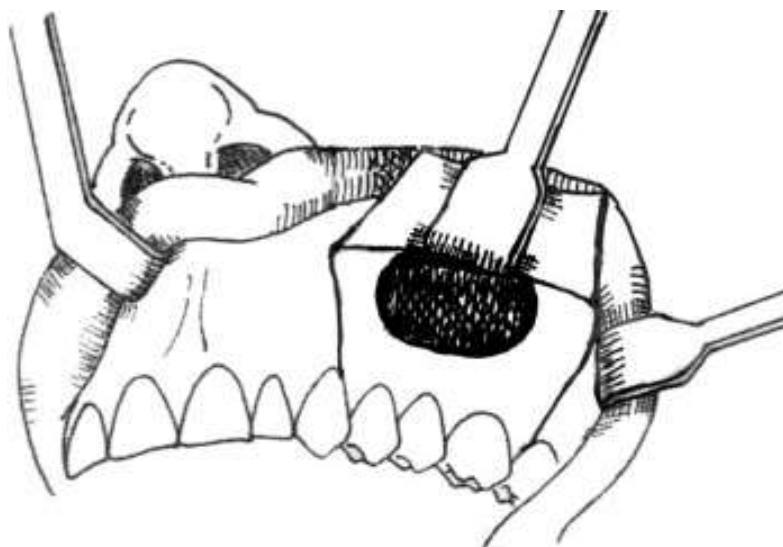
Figura 6. incisão de Novak Peter.



Fonte: Huang e Chen, 2012; Terra, 2022.

As incisões foram realizadas para se ter acesso ao tecido ósseo que corresponde a janela lateral do seio maxilar, rebatendo o retalho, descolando mucoperiósteo (figura 7).

Figura 7. Rebate do retalho



Fonte: Huang e Chen, 2012.

Para a realização dos procedimentos, salienta-se a importância do exame tomográfico, importante na identificação da extensão da lesão, contribuindo para saber a altura que há entre a crista óssea até o ápice dental. Conforme imagem tomográfica, foi constatado uma fenestração óssea da raiz méso-vestibular que nos auxilia no acesso no interior do seio maxilar com melhor precisão.

Realizou-se também a enucleação que consiste na remoção por completo do cisto no interior do seio maxilar, vez que não havia suspeita de malignidade, pois não tinha nenhuma tumefação no local, com boa reabsorção radicular e por estar bem delimitado no interior do seio maxilar. Não optou pela marsupialização ³, pois não é um local que favorece tal procedimento, onde se manter desta forma, tem-se uma comunicação buco-sinusal.

No ato da remoção ou desinserção da cápsula fibrosa teve-se o cuidado para deixar o tecido íntegro em sua totalidade para não comprometer o material enviado para o processamento histológico (a pinça hemostática pode causar impressão das garras da pinça no material coletado). É preciso salientar que havia conteúdo cístico no interior da cápsula, o conteúdo era líquido com leve coloração amarelo claro para branco.

Após a remoção de todo o cisto (figura 8), ocorrida em 13 de maio de 2021, realizou-se obturação retrógrada, com retratamento do canal ante a remoção do cisto. Após o retratamento, fez-se a obturação no ato da cirurgia.

Figura 8. Cisto removido

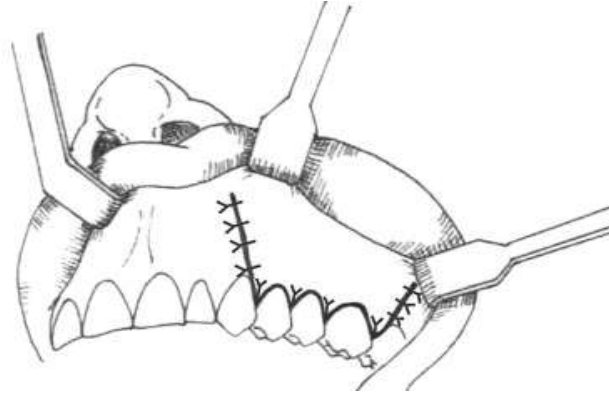


Fonte: Autora, 2022.

Membrana reabsorvível na janela de acesso para o interior do seio maxilar para que não haja invaginação do tecido mole para o interior do seio maxilar. Sequente sutura para estabilização do tecido mole (figura 9).

³ A marsupialização é uma opção de tratamento dos cistos, no qual uma janela cirúrgica comunicando com a cavidade bucal, suturada junto à mucosa adjacente, é aberta para o esvaziamento progressivo do conteúdo interno da lesão, acarretando sua descompressão e consequente diminuição (Pinto et al., 2015).

Figura 9. Procedimento de sutura.



Fonte: Huang e Chen, 2012.

O paciente foi devidamente informado sobre os cuidados pós-operatório e sobre o uso devido da medicação (antibioticoterapia e analgésico). Sendo eles, amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas por 7 dias e dipirona sódica 500mg de 6 em 6 horas em caso de dor. Remoção da sutura no dia 27 de maio de 2021. Na figura 10, é possível vislumbrar o resultado pós-procedimento.

1964

Figura 10. Pós-operatório



Fonte: Autora, 2022.

O tratamento proposto inicialmente a paciente foi devidamente realizado e apresentou resultados satisfatórios.

Salienta-se que todo o procedimento relatado foi consentido pela paciente conforme termo de autorização e exames anexados.

4 DISCUSSÃO

Os cistos odontogênicos são classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como inflamatório e de desenvolvimento de acordo com seu revestimento epitelial. Os Cistos Periodontais Laterais (CPL) são considerados cistos de desenvolvimento ou cistos de origem incerta (MARIANO et al., 2020). O CPL é considerado um cisto pouco frequente, como visto nos trabalhos de Tavargeri et al., 2019: (0.012% a 1,3%); França et. al., 2019: (0.5%); Uzun et. al. 2020: (0.17%).

Em sua maioria acomete a região de pré-molares inferiores, localizados lateralmente à raiz de um dente vital, se apresentando sem sintomatologia a dor, podendo ainda ocasional expansão da cortical óssea (MARIANO et al., 2020).

A etiologia do cisto periodontal lateral não é clara, acredita-se que a lesão tenha origem de remanescentes epiteliais odontogênicos, embora haja controvérsia quanto ao possível envolvimento de remanescentes da lâmina dentária, remanescentes de Malassez ou epitélio reduzido do esmalte que pode causar a formação e desenvolvimento de CPL (MOEHLECKE et al., 2011).

O CPL é mais prevalente em adultos entre adultos de meia idade (URS et. al. 2017; FRANÇA et. al., 2019; FERREIRA et. al. 2019), sem preferência por raça ou sexo. A localização do CPL mais frequentemente relatada é a área dos pré-molares inferiores, seguida pela região anterior maxilar. O cisto periodontal lateral é um dos cistos com menor incidência entre os cistos odontogênicos de desenvolvimento. Como os pacientes com CPL geralmente assintomática e dor ou outros sintomas clínicos raramente foram relatados.

É frequentemente descoberto em exames radiográficos de rotina, como raio-x, exames citológicos e tomográficos. Aspecto radiolúcido, unilocular ou multilocular, bordas bem definidas. Os dentes periodontais laterais mostram uma área radiolúcida redonda ou ovoide bem circunscrita, geralmente com margem esclerótica. A maioria deles tem menos de 1cm de diâmetro. As características radiográficas do CPL não são patognomônicas e

podem assemelhar-se a um ceratocisto odontogênico ou a um cisto radicular lateral (OGURA et al. 2017; URS et al. 2017; FERREIRA et al. 2019), Reabsorção radicular e deslocamento dentário (SHAH A. et. al. 2016).

Taxa de recorrência variam entre 25% a 55%, Forma conservadora = maior taxa de recorrência (SHAH et. al. 2016, URS et al., 2017, FERREIRA et al., 2019).

Histologicamente, o CPL é composto por uma cavidade cística com parede de tecido conjuntivo com revestimento epitelial escamoso não queratinizado, com células espessas que se assemelham ao epitélio reduzido do esmalte. O revestimento epitelial apresenta espessamentos ou placas focais, nas quais têm sido frequentemente encontrados, as células epiteliais claras contendo glicogênio. O tecido conjuntivo subjacente ao epitélio apresenta uma zona de hialinização.

4.1. Comparativo entre os cistos odontogênicos

O cisto periapical (CP) é uma lesão inflamatória comum dos maxilares, que ao atingir um tamanho significativo, causa deformidade do osso afetado, retenção ou mesmo deslocamento de dentes adjacentes (PEREIRA et al., 2012). O cisto periapical pode frequentemente causar complicações se estiver localizado próximo a outras estruturas orais adjacentes (TJIOE et al., 2015).

O ceratocisto odontogênico é um cisto de desenvolvimento enigmático que merece atenção especial (JORGE et al., 2007).

Os cistos dentígeros são um tipo comum de cistos odontogênicos. Um cisto odontogênico é um saco cheio de líquido que se desenvolve no osso da mandíbula sobre um dente que ainda não entrou em erupção. Os cistos, na maioria dos casos, acometem os molares ou caninos, sendo o segundo em prevalência após os cistos periapicais. Estas são lesões císticas que resultam de uma infecção em um dente (CALIENTO et al., 2013).

Embora os cistos dentígeros sejam leves, eles podem levar a complicações graves se não forem tratados. Eles geralmente se apresentam na segunda e quarta décadas de vida, mas são incomuns na infância, pois ocorrem exclusivamente na dentição secundária. Eles também são conhecidos como cistos foliculares e são de natureza de desenvolvimento (VAZ et al., 2010).

4.2 Tratamento dos cistos odontogênicos por enucleação e marsupialização

O tipo de tratamento é condicionado por múltiplos fatores como o tamanho da lesão, sua localização, sua relação com estruturas anatômicas vizinhas, o possível acometimento de estruturas dentárias, entre outros. O objetivo é escolher a modalidade de tratamento que apresente o menor risco possível de recorrência e morbidade mínima, ao mesmo tempo em que erradica a lesão (PINTO et al., 2015).

Enucleação e curetagem ocorre recidiva em 30% dos casos, lesões com aspectos multiloculares (ressecção em bloco - descompressão e marsupialização; evitar ressecções mandibulares parciais mais agressivas; alta taxa proliferativa do epitélio de revestimento, tratamentos mais conservadores e incompletos = recorrência elevada (NEVILLE et al. 2009; UZUN et al. 2020).

a) Enucleação (Cistectomia)

Tratamento usual para todos os cistos, consiste na remoção de uma lesão descolando-a do osso. A remoção completa do cisto permite o exame histopatológico de toda a lesão. Em geral, esta técnica cirúrgica está associada a uma alta taxa de recorrência (DANTAS et al., 2014). Para evitar esse fato, propõe-se o uso da endoscopia para remover completamente um ceratocisto grande. Embora tenha sido demonstrado que o tratamento cirúrgico conservador pode resolver a lesão preservando anatomia e função (DANTAS et al., 2014).

Esses pacientes devem ser acompanhados por muitos anos, pois as recidivas podem aparecer 10 anos após o tratamento cirúrgico (DAMASCENO e SILVA, 2022).

b) Marsupialização e descompressão

A marsupialização e a descompressão têm sido utilizadas como métodos de tratamento cirúrgico conservador em grandes cistos para minimizar seu tamanho e, portanto, limitar a extensão da cirurgia (PINTO et al., 2015).

A marsupialização (cistotomia) foi descrita pela primeira vez por Partsch em 1892 para o tratamento de lesões císticas. Esta técnica baseia-se na exteriorização dos cistos, através da criação de uma janela cirúrgica na mucosa bucal e na parede cística (figura 15). Suas margens são suturadas para criar uma cavidade aberta que se comunica com a

cavidade oral. Este procedimento alivia a pressão do líquido cístico, o que permite a redução do espaço cístico e facilita a aposição óssea nas paredes do cisto (ARAÚJO, 2017).

A descompressão e a marsupialização são técnicas muito semelhantes. A principal diferença entre eles está na criação de uma janela cirúrgica na mucosa oral e na membrana cística, e no uso de um dispositivo cilíndrico (como um conta-gotas de borracha) ou um dreno cirúrgico rígido para evitar o fechamento da mucosa. O objetivo é manter a comunicação contínua entre a cavidade oral e o interior do cisto (SILVA et al., 2016).

Embora existam vários estudos de longo prazo sobre marsupialização, não está claro o quão eficaz é na redução do tamanho das lesões e como isso afeta as taxas de recorrência ou quais mecanismos moleculares são envolvidos. A marsupialização continua sendo uma técnica controversa. As porcentagens de recorrência associadas a essa técnica encontradas na literatura são muito diferentes. Também não há consenso sobre a duração do tratamento, ou seja, sobre o número de meses que a janela cística deve permanecer aberta para que a redução do cisto seja efetiva. Em sua série de casos publicada, quanto maior o tamanho do cisto, mais efetiva é a marsupialização (PINTO et al., 2015).

CONCLUSÃO

1968

Os cistos odontogênicos são entidades com comportamento benigno, mas se não forem diagnosticados a tempo podem atingir tamanhos consideráveis e impactar negativamente o paciente.

No momento em que uma lesão é diagnosticada como compatível com um cisto, seja clínica ou radiograficamente, deve-se estabelecer um diagnóstico diferencial e presuntivo. As características clínicas e radiográficas, assim como a epidemiologia, são as principais ferramentas disponíveis para fazer um diagnóstico presuntivo. O diagnóstico presuntivo, o tamanho da lesão e sua relação com estruturas anatômicas vizinhas determinarão o tipo de tratamento.

Optou-se pela enucleação da lesão em tempo cirúrgico único e posterior avaliação histologia para confirmar o diagnóstico, é um tratamento satisfatório para este tipo de patologia. A recorrência é rara, no entanto, é necessário manter o monitoramento radiográfico do local da lesão. Reafirma-se a importância do diagnóstico clínico-histopatológico, para evitar um possível tratamento errado, que em muitos casos falharia.

A importância e objetivo desta pesquisa e apresentação do caso é enfatizar o diagnóstico precoce e o tratamento precoce por meio de estudo clínico único, radiográfico e microscópico, na prevenção do seu desenvolvimento e consequente perda de tecido ósseo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, G.R. **Emprego de marsupialização para tratamento de cisto odontogênico ortoceratinizado extenso em mandíbula: Relato de caso.** 2017. 33p. Pós-graduação. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

CALIENTO, R.; MANNARINO, F.S.; HOCHULI-VIEIRA. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. **Rev Odontol UNESP.** v.42, n.6, p.458-462, 2013.

DANTAS, R.N.X. et al. Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. BucoMaxilo-Fac.** 2014; 14(3):21-26.

DAMASCENO, I.G.; SILVA. M.D. **Frequências dos cistos odontogênicos glandulares em uma população do triângulo mineiro.** Disponível em: <http://dspace.uniube.br:8080/jspui/handle/123456789/1493>. Acesso em janeiro de 2022.

FERREIRA, J.C.B. et al. Cisto Odontogênico em Relação Dentígera: relato de caso incomum. **Relatos de Casos em Odontologia**, [S.L.], v. 2019, pág. 1-7, 4 jul. 2019.

FRANÇA, G.M. et al. Cisto odontogênico glandular: relato de um caso incomum na região posterior mandíbula. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Natal, Rn, v. 55, n. 6, pág. 688-692, dez. 2019.

HUANG, Y.-C., & CHEN, W.-H. (2012). Operação de Caldwell-Luc sem antrostomia meatal inferior: um estudo retrospectivo de 50 casos. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 70 (9), 2080–2084.

JORGE, J.F. et al. **Tratamento cirúrgico de ceratocisto odontogênico em maxila.** 61ª Jornada Odontológica e 21ª Jornada Acadêmica. 22 à 25 de Agosto de 2007

MARIANO, E.C. Cisto periapical tratado endodôntico e cirurgicamente: Relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v.33, n.2, pp.30-33 (Dez 2020 – Fev 2021).

MENDONÇA, D.W.R. Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. **Arch Health Invest.** v.6, n.8, 2017.

MOEHLECKE, B.P. et al. Cisto periodontal lateral – relato de caso e revisão de literatura. **RFO**, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 81-84, jan./abr. 2011.

NEVILLE, B.W. **Patologia oral e Maxilofacial.** 4ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NOGURA, I. et al. Cisto odontogênico glandular: relato de quatro casos. **Ciência oral Internacional**, [S.L.], v. 14, n. 2, pág. 43-49, jul. 2017.

- PEREIRA, R.C. **Tratamento de cisto periapical de grande extensão, relato de 2 casos.** (Monografia de especialização). Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP. 2013.
- PEREIRA, J.S. et al. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** vol.12 no.2 Camaragibe Abr./Jun. 2012.
- PINTO, G.N.S. et al. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **RFO UPF.** v.20, n.3 Passo Fundo Set./Dez. 2015.
- PIRES, G.H. et al. **Introdução Acidental de 3º Molar Superior No Seio Maxilar.** Disponível em: <https://pt.slideshare.net/oyaramellino/introducao-acidental-de-3-molar-superior-no-seio-maxilar-41679856>. Acesso em janeiro de 2022.
- PORTO, D.E. **Cisto periodontal lateral em maxila mimetizando cisto residual: Relato de caso incomum.** FOL. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. v.26, n.1, p.37-43, jan.-jun. 2016.
- RIBEIRO, P.D.J. et al. Abordagens cirúrgicas do cisto periodontal apical. Considerações sobre qual técnica utilizar. **Saluvita, Bauru,** v. 23, n. 2, p. 303-316, 2004.
- SHAH, A. et al. Cisto odontogênico glandular: um dilema diagnóstico. **Indian Journal Of Dentistry,** v. 7, n. 1, pág. 38, 2016.
- SILVA, C.E.X.S.R. et al. Cisto dentígero de grandes dimensões: acesso intraoral e reabilitação. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v.69, n.4 São Paulo Out./Dez. 2015
- SILVA, F.F. et al. A marsupialização como alternativa de tratamento para ameloblastoma unicístico – Uma revisão de literatura. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica.** JOAC, v. 2, n. 2, 2016.
- TJIOE, K.C. et al. Cisto radicular inflamatório extenso envolvendo seio maxilar. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v.69, n.4. São Paulo Out./Dez. 2015.
- URS, A. et al. Cisto odontogênico glandular: série de cinco casos. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology,** [S.L.] v. 21, n. 2, pág. 239, 2017.
- UZUN, T. et al. Cisto Odontogênico Glandular: Carta ao editor. **Jornal do Colégio de Médicos Paquistão,** Paquistão, v.30, n.1, p. 104-105, abr./2020.
- VAZ, L.G.M. et al. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **RGO, Rev. gaúch. odontol.** (Online) vol.58 no.1 Porto Alegre Jan./Mar. 2010.