

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

GUSTAVO PAIVA CUSTÓDIO

CISTO DA BIFURCAÇÃO VESTIBULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

VOLTA REDONDA

2020

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CISTO DA BIFURCAÇÃO VESTIBULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aluno: Gustavo Paiva Custódio

Orientadora: Danúsia da Silva Vilela

Coorientadora: Alice R. Feres de Melo

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

C987c Custódio, Gustavo Paiva

Cisto da bifurcação vestibular: relato de caso clínico. / Gustavo Paiva Custódio. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

43 p. II

Orientador (a): Danúcia da Silva Vilela

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Cistos odontogênicos. 3. Histopatologia. 4. Feixe cônico – tomografia computadorizada. I. Vilela, Danúcia da Silva. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Cisto da Bifurcação Vestibular: Relato de Caso Clínico”.

Elaborado por: Gustavo Paiva Custódio

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 04 de Dezembro de 2020.

Banca Avaliadora:

.....
Prof.^a Mestre Danúcia da Silva Vilela

.....
Prof.^a Doutora Alice Rodrigues Feres de Melo

.....
Prof.^a Doutora Roberta Mansur Caetano

DEDICATÓRIA

"Dedico a conclusão deste trabalho, primeiramente à Deus e, posteriormente, à todos os professores que participaram da minha formação, e minha família que sempre me incentivou e apoiou nesta caminhada, mesmo em meio a alguns dias difíceis e que conseguimos juntos, prosseguir com honra, esperança, fé e amor".

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, que me transformou ao longo desses anos e instruiu durante essa jornada, estando sempre presente colocando pessoas especiais no meu caminho.

Agradeço à minha família, por cada um que me apoiou de diversas formas e que valorizo cada uma. Meus pais, Fernando da Rocha Custódio e Luciene Paiva Custódio, por estarem sempre ao meu lado nessa caminhada e acreditarem em mim, me fazendo sentir capaz e ter coragem para superar todos os desafios e incluo também meus irmãos, Matheus Paiva Custódio e Mirelly Paiva Custódio que incentivaram e acompanharam essa trajetória.

Agradeço também a minha namorada, Luiza Moraes Dias Pereira juntamente com seus pais, Maria José e Lourival, pelo apoio e que foram um exemplo de amabilidade para comigo durante esse trajeto.

Agradeço ainda, as minhas orientadoras Danusia da Silva Vilela e Alice Rodrigues Feres de Melo por todo o cuidado, paciência e instrução que me deram durante a elaboração deste trabalho.

EPIGRÁFE

“Tenha paciência, nenhuma semente acorda árvore no dia seguinte”

Frei Jaime

RESUMO

O cisto da bifurcação vestibular é um cisto odontogênico inflamatório incomum que se desenvolve na face vestibular do primeiro molar inferior permanente, em crianças de 5 a 13 anos. Clinicamente apresenta sensibilidade, edema, bolsa periodontal e secreção com gosto desagradável. Radiograficamente, se mostra como uma lesão radiolúcida unilocular e bem delimitada envolvendo a bifurcação vestibular e a região da raiz do dente em questão. Os ápices radiculares dos molares estão, caracteristicamente, voltados para a cortical lingual mandibular. Este estudo teve como objetivo relatar um caso clínico de uma criança com cisto da bifurcação vestibular. Trata-se de um paciente do gênero masculino, 7 anos de idade, apresentando edema na região da mandíbula direita, dor a palpação, presença de abscesso periodontal com secreção purulenta na região do dente 85 e 46. Foi solicitada radiografia panorâmica e posteriormente uma TCFC que mostrou imagem radiolúcida bem delimitada, expansiva e unilocular envolvendo a coroa e a bifurcação vestibular do elemento 46, rompendo a cortical óssea alveolar vestibular, compatível com Cisto da Bifurcação Vestibular. Para confirmação do radiodiagnóstico foi realizado exame histopatológico. O tratamento foi cirúrgico através da enucleação do cisto. Concluiu-se que o cisto da bifurcação vestibular é uma doença pediátrica que ocorre na área de bifurcação da face vestibular de um primeiro molar inferior permanente em erupção e aparece principalmente na primeira década de vida. O diagnóstico deve ser baseado nas características clínicas, radiológicas e histológicas. O tratamento mais preconizado é a enucleação do cisto sem extração do dente associado.

Palavras-chave: Tomografia computadorizada de feixe cônico; Cisto odontogênicos; Histopatologia.

ABSTRACT

Buccal bifurcation cyst is an uncommon inflammatory odontogenic cyst that develops on the buccal region of the permanent lower first molar in children aged 5 to 13 years. Clinically, it presents sensitivity, edema, periodontal pocket and secretion with an unpleasant taste. Radiographically, it is shown as a unilocular and well-delimited radiolucent lesion involving the buccal bifurcation and the root region of the tooth in question. The root apices of the molars are typically facing the mandibular lingual cortical. This study aimed to report a clinical case of a child with a buccal bifurcation cyst. Male patient, 7 years old, showing edema in the right region of the jaw, pain on palpation, presence of periodontal abscess with purulent secretion in the region of tooth 85 and 46. Panoramic radiography was requested and later a CBCT which showed well-delimited, expansive, unilocular radiolucent image involving the crown and the buccal bifurcation of element 46, disrupting the buccal alveolar bone cortex, compatible with Buccal Bifurcation Cyst. Histopathological examination was performed to confirm the radiodiagnosis. The treatment was surgical through cyst enucleation. It was concluded that the buccal bifurcation cyst is a pediatric disease that occurs in the bifurcation area of the buccal surface of an erupting permanent lower first molar and appears mainly in the first decade of life. The diagnosis must be based on clinical, radiological and histological characteristics. The most recommended treatment is the enucleation of the cyst without extraction of the associated tooth.

Keywords: Cone-beam computed tomography; Cyst; Histopathology; Dentistry.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Diversas nomenclaturas do CBV.....	17
Tabela 2: Características clínicas em comum encontradas na literatura.....	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Radiografia panorâmica.....	25
Figura 2A: Cortes tomográficos: Reconstrução panorâmica, 3D e transaxiais.....	26
Figura 2A: Cortes tomográficos: Sagitais e axiais	26
Figura 3: Enucleação cística	27
Figura 4: Análise histopatológica confirmando o diagnóstico de CBV	27
Figura 5: Laudo histopatológico.....	28
Figura 6:Acompanhamento após 15 dias.....	28
Figura 7:Acompanhamento após 30 dias.....	29
Figura 8A: Cortes tomográficos: Reconstrução panorâmica, 3D e transaxiais.....	29
Figura 8A: Cortes tomográficos: Sagitais e axiais.....	29

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BMF	Buco-Maxilo-Facial
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBV	Cisto da Bifurcação Vestibular
CD	Cisto dentífero
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CR	Cisto Radicular
et al.	E colaboradores
TCFC	Tomografia computadorizada de feixe cônico
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	37
APÊNDICE B	Uso de Imagem.....	39
APÊNDICE C	Exame Histopatológico.....	40

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs	41
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Cistos Odontogênicos Inflamatórios.....	16
2.1.1 Etiopatogenia do Cisto da Bifurcação Vestibular.....	17
2.1.2 Diagnóstico Diferencial.....	18
2.1.3 Características Microscópicas.....	19
2.1.4 Características Clínicas	19
2.1.5 Características Radiográficas e Tomográficas do CBV.....	21
2.1.6 Tratamento.....	22
3 RELATO DE CASO	24
4 DISCUSSÃO	30
5 CONCLUSÃO	34
6 REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES	37
ANEXOS	41

1 INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos são resultantes da proliferação de remanescentes epiteliais originados na hora da formação do elemento dentário. Isso pode ocorrer tanto na maxila quanto na mandíbula, locais em que infecções e traumas são relativamente comuns. Devido a essas duas causas a resposta inflamatória é ativada, dando início a formação do cisto odontogênico inflamatório (LINO et al., 2017).

Nota-se na literatura, que existe uma porcentagem pouco significativa para os relatos de casos do cisto da bifurcação vestibular (CBV): 3,0% de todos os cistos mandibulares e 3,7 de cistos odontogênicos (RAMOS et al. 2012).

É válido ressaltar que o CBV é geralmente confundido com outras entidades patológicas devido as suas semelhanças clínicas e radiográficas e, também, devido às variantes nas suas nomenclaturas. O cisto paradental (CP), um de seus diagnósticos diferenciais, possui localização na região dos terceiros molares inferiores semi-inclusos. Já o CBV em primeiros e segundos molares inferiores (BAUTISTA et al., 2019).

Encontrado em crianças com a faixa etária de 5 a 13 anos, sem apresentar predileção por sexo, o CBV se apresenta com uma característica clínica de abaulamento ósseo na região do dente afetado. Tal característica é de extrema importância para alertar os responsáveis, a fim de uma procura imediata pelo cirurgião-dentista (FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014).

Clinicamente, observa-se aumento da profundidade de sondagem com bolsa periodontal na face vestibular, além de dor, aumento de volume, abscesso localizado e outras características radiográficas (KIM et al., 2018).

O cisto da bifurcação vestibular não é encontrado na maxila e não há relato de casos em adultos, visto que o mesmo ocorre na época de formação do germe dentário ou um pouco antes da erupção do dente devido ao estímulo dos restos epiteliais (GRAUWE et al., 2018).

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de uma criança com cisto da bifurcação vestibular, descrevendo suas características clínicas, radiográficas e histológicas, assim como possíveis diagnósticos diferenciais e tratamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cistos Odontogênicos Inflamatórios

Os cistos odontogênicos podem ser classificados como de desenvolvimentos e inflamatórios. Os cistos odontogênicos inflamatórios são lesões que atingem normalmente a região apical dos elementos dentários sem vitalidade tanto na maxila, quanto na mandíbula (RODRIGUES, 2011).

Segundo Tolentino (2018), a última classificação da Organização Mundial da Saúde realizada por especialistas em 2017, os cistos de origem inflamatória foram renomeados no grupo de cistos inflamatórios colaterais, sendo subdivididos em: cisto paradentário ou cisto da bifurcação vestibular, tornando-se necessário observar principalmente a localização para diferenciação e diagnóstico definitivo de cada caso.

Os cistos inflamatórios podem ser originados a partir de remanescentes epiteliais encontrados nos ossos maxilares e estão presentes em qualquer indivíduo. Estas estruturas são originadas do ectoderma, o qual reveste os processos embrionários que irão formar a face, boca, tecido epitelial e participarão, posteriormente, da odontogênese (GRANER et al., 2015).

A presença dos restos epiteliais não significa que ocorrerá a formação de um cisto. Essa interferência causada pelo aparecimento dos restos epiteliais se justifica pela associação dos remanescentes somado a um estímulo inflamatório externo ou interno, sendo na maioria das vezes, crônico (podendo ser de baixa intensidade), como por exemplo: infecções, traumas ou por agente biológico como a doença cárie (SANTOS et al., 2006; GRANER et al., 2015).

Apesar da patogênese dos cistos odontogênicos inflamatórios ser muito discutida, acredita-se que os maiores responsáveis pela formação patológica são as proliferações dos restos epiteliais de malassez (GRAUWE et al., 2018). Logo, é possível afirmar que esses cistos são originados da multiplicação anormal dos remanescentes epiteliais na fase de formação dos dentes sob a ação de um agente inflamatório (GRANER et al., 2015; GOMEZ, 2016).

2.1.1 Etiopatogenia do Cisto da Bifurcação Vestibular (CBV)

O CBV é um cisto odontogênico inflamatório incomum, que possui etiologia desconhecida e possui características de se desenvolver na face vestibular do primeiro molar inferior permanente jovem, caracterizando assim, seu nome (WALDRON, 2009). A literatura aponta diversas nomenclaturas para essa entidade patológica (Tabela 1) e isto está relacionado diretamente com sua baixa incidência e, concomitantemente, a um diagnóstico e tratamento inadequado (BAUTISTA et al., 2019).

Tabela 1: Diversas nomenclaturas do CBV

Ano	Autores	Nomenclatura
1983	STONEMAM; WORTH	Cisto vestibular infectado
1997	POMPURA; SANDOR; STONEMAM.	Cisto bucal da bifurcação
2003	SHOHAT; BUCHNER; TAICHER.	Cisto da bifurcação vestibular
2012	RAMOS et al.	Cisto de bifurcação bucal
2014	FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN.	Cisto de bifurcação bucal
2016	GOMEZ.	Cisto odontogênico da bifurcação
2017	LINO et al.	Cisto inflamatório da bifurcação vestibular
2018	GRAUWE et al; KIM et al.	Cisto de bifurcação bucal
2018	OENNING et al.	Cisto da bifurcação vestibular

et al.: e colaboradores

Há 37 anos, a lesão foi descrita pela primeira vez como cisto vestibular mandibular infectado devido a sua característica de possuir especificidade pelo osso e pela face do elemento dentário, conforme sua nomenclatura (GRAUWE et al., 2018).

Stoneman e Worth em 1983 foram os primeiros autores a descreverem o CBV. A patologia apareceu como um achado incidental na radiografia panorâmica, apesar de menos perceptível quando se compara a avaliação na tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) (OENNING et al., 2018). Percebe-se na literatura que existem poucos casos relatados, comprovando o fato de ser incomum (WALDRON, 2009).

2.1.2 Diagnóstico diferencial

Um dos diagnósticos diferenciais do CBV, é o CP, sendo este considerado o principal. Esses cistos se diferenciam devido a algumas características marcantes, como a maior prevalência do CP em acometer o terceiro molar semi-incluso na face distal, seguido por um histórico de pericoronarite e com maior predomínio em adultos. Já o CBV se encontra na região vestibular dos primeiros molares inferiores e tem predileção por crianças. Destaca-se, então, a diferenciação dos cistos quanto a sua característica clínica e radiográfica, com foco principalmente, na localização e idade (WALDRON, 2009; GOMEZ, 2016).

A lesão causada pelo CP tem sido muito utilizada como sinônimo do CBV de forma inadvertida. Para um correto diagnóstico é necessário adquirir informações conjuntas das características radiográficas, histopatológicas e clínicas. Pode-se apresentar erros no diagnóstico e, conseqüentemente, no prognóstico quando essas ferramentas são usadas isoladamente, devido as semelhanças encontradas com outras lesões (WALDRON 2009; RODRIGUES, 2011).

Dentre outras hipóteses diagnósticas, pode-se citar o cisto dentígero (CD) e o cisto radicular (CR). O CD se torna uma opção, visto que, sua microscopia mostra presença de inflamação, hiperplasia e exocitose leucocitária. Principalmente pela histologia ser constituída por epitélio estratificado escamoso não ceratinizado, podendo apresentar infiltrado inflamatório semelhante ao que é observado no CBV. Sendo assim, através da análise clínica é possível diferenciar o CD do CBV, tendo em vista que, o primeiro afeta dentes não erupcionados, preferencialmente, os terceiros molares (SETTE-DIAS et al., 2008).

O CR é uma hipótese diagnóstica devido a sua particularidade de apresentar bolsa ou falsa bolsa. No entanto, ao realizar o teste de vitalidade pulpar, descarta-se essa hipótese, visto que, o CR ocorre em dentes sem vitalidade pulpar (teste negativo), e o contrário é observado no CBV (teste positivo), caracterizando assim a diferença entre ambos (BAUTISTA et al., 2019).

2.1.3 Características Microscópicas

As características microscópicas do cisto da bifurcação não são específicas e mostram um cisto que é revestido por epitélio escamoso estratificado não ceratinizado com áreas de hiperplasia. Apresentam ainda um infiltrado inflamatório crônico presente na cápsula de tecido conjuntivo circunjacente (SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; WALDRON, 2009; GOMEZ, 2016).

Em um estudo proposto por Pompura, Sandor e Stoneman (1997) foram realizados 44 relatórios histológicos que se apresentaram de forma inespecífica, justamente, por evidenciarem um epitélio escamoso com inflamação crônica e conter um revestimento estratificado, o mesmo observado em inúmeras lesões císticas.

É notável que o diagnóstico somente através da microscopia é de caráter duvidoso devido a semelhança com diversas lesões. Dessa forma, é necessário a realização dos exames radiográficos bidimensionais e tridimensionais, além de uma minuciosa avaliação clínica (OENNING et al., 2018).

Portanto, as características histológicas do CBV revelam um revestimento epitelial não queratinizado semelhante aos demais cistos inflamatórios. Diante disso, o diagnóstico definitivo da lesão patológica se torna inconclusivo (GOMEZ 2016).

2.1.4 Características Clínicas

O paciente com o CBV pode ter desde uma sensibilidade leve a moderada até dor, edema, parageusia e sondagem periodontal com bolsa de média profundidade (RAMOS et al. 2012).

Nota-se, com frequência, edema com assimetria extra oral do lado afetado e mudança de coloração da face devido ao processo inflamatório (FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014). No exame físico intraoral, pode ser observado aumento da região posterior inferior do rebordo alveolar na região das raízes (RAMOS et al., 2012). Relatou-se que esse aumento de volume pode causar a inclinação da coroa dentária para vestibular e as raízes para lingual ocorrendo em casos severos a perfuração da cortical envolvida (POMPURA; SANDOR; STONEMAN, 1997; GRAUWE et al., 2018).

Bautista et al. (2019) enfatizaram a prevalência dos seguintes aspectos: aumento da profundidade de sondagem com bolsa periodontal na face vestibular, além de dor, aumento de volume e abscesso localizado.

A resposta positiva ao teste de sensibilidade pulpar do dente envolvido é um fator importante a ser considerado. Com esse resultado, as chances de obter um tratamento conservador e, conseqüentemente, um bom prognóstico, torna-se maior. Além do fato de excluir a hipótese diagnóstica de CR (SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; GRAUWE et al., 2018).

Para alguns autores, o momento da erupção dos primeiros molares inferiores é o tempo ideal para o desenvolvimento do CBV. O padrão de erupção do dente envolvido é alterado; na maioria das vezes, sofre um atraso. Dor e/ou sensibilidade são sintomas 100% relatados. Nota-se também, inchaço na face inferior como um sinal comum (WALDRON, 2009; FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014; GOMEZ, 2016; GRAUWE et al., 2018). Em acréscimo, Pompura, Sandor e Stoneman (1997) relataram que o dente afetado pode estar parcialmente em erupção e que a profundidade da bolsa periodontal tende a aumentar. A tabela 2 mostra as características clínicas mais comuns do CBV, encontradas na literatura.

Tabela 2: Características clínicas em comum encontradas na literatura.

Ano	Autores	Edema	Teste Vit +	Inclin. Dent.	Bolsa period.	Mom. erup.	Dor
1997	POMPOURA et al.	X		X	X	X	X
2003	SHOHAT et al.	X	X	X			X
2009	WALDRON			X	X	X	X
2012	RAMOS et al.	X		X	X		X
2014	FRIEDERICH et al.	X		X		X	X
2017	LINO et al.	X	X			X	
2018	GRAUWE et al.	X	X	X		X	X
2018	KIM et al.	X	X	X	X	X	X

et al. = e colaboradores; Vit + = teste vitalidade positivo; Inclin. Dent. = inclinação dentária; Perio. = periodontal; Mom. Erup. = momento da erupção

O CBV não possui predileção por gênero. Porém, Grauwe et al. (2018) afirmaram que a entidade tem uma leve predileção pelo sexo masculino. Já em relação a localização, na análise unilateral ou bilateral, 1/3 dos pacientes apresentaram comprometimento bilateral dos primeiros molares inferiores permanentes (WALDRON, 2009).

2.1.5 Característica Radiográficas e Tomográficas do CBV

Os exames radiográficos bidimensionais mostram o cisto como uma lesão radiolúcida, unilocular, bem circunscrita, envolvendo a bifurcação vestibular e a região da raiz do dente afetado (SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; WALDRON, 2009; RAMOS et al., 2012).

Radiograficamente, se consegue observar imagem radiolúcida em forma de “U”, envolvendo toda a raiz do dente afetado. No entanto, nota-se que apesar desse envolvimento, o ligamento periodontal e a lâmina dura permanecem intactos (POMPURA; SANDOR; STONEMAN, 1997; GOMEZ, 2016).

Estudos realizados por Shohat, Buchner e Taicher (2003) e Kim et al. (2018) relataram que o achado radiográfico mais comum é uma lesão radiolúcida na região de furca do dente envolvido. Além disso, evidenciaram a normalidade do ligamento periodontal e da lâmina dura do dente envolvido, tanto em aspectos de densidade, quanto na espessura.

O tamanho médio do defeito radiolúcido no CBV é de 1,2 cm, mas a lesão pode atingir até 2,5 cm de diâmetro. Os ápices radiculares dos molares estão caracteristicamente voltados para a cortical óssea lingual mandibular. Muitos casos apresentam associação com a periostite proliferativa da cortical óssea vestibular subjacente, que é caracterizada por camadas únicas ou múltiplas de formação de osso reacional (WALDRON, 2009).

As características radiológicas se baseiam na presença da imagem radiolúcida bem demarcada envolvendo toda a área radicular e região cervical do dente afetado, além da lâmina dura se apresentar intacta. Na TCFC é possível observar a expansão bucal e, às vezes, perda óssea interradicular. Duas principais reações ósseas, uma

periosteal e uma reabsorção da placa vestibular, podem ser visualizadas (GRAUWE et al., 2018).

A TCFC é extremamente útil, pois permite mostrar a expansão da cortical óssea vestibular no plano axial. Pode apresentar inclinação das raízes com perda óssea e invasão da cortical envolvida, além de diagnosticar em outros planos, outras características, como por exemplo, o comprometimento da furca do dente envolvido (KIM et al., 2018).

2.1.6 TRATAMENTO

É notório que as lesões císticas podem ser tratadas das seguintes formas: tratamento endodôntico (conservador) ou cirúrgico. O cirúrgico pode ser dividido em enucleação e marsupialização (RAMOS et al., 2012).

Cada lesão tem uma avaliação individual, pois cada uma tem suas características para escolha do tratamento. A enucleação em comparação à marsupialização só não é indicada quando é uma lesão de grande extensão, pois existe um risco de fratura óssea, podendo afetar alguma estrutura nobre durante a execução do procedimento (ELLIS III, 2015).

A enucleação cística consiste em uma técnica de remoção total da cavidade patológica sem dissecação, ou seja, sem sua ruptura. Tal manobra só é possível devido ao tecido conjuntivo fibroso entre o componente epitelial e a parede óssea, formando, assim, um plano de clivagem que separa cisto da cavidade. É necessária, a abordagem cirúrgica atenciosa para não deixar restos císticos dentro do sítio contaminado, podendo, posteriormente, acontecer a reinfecção e recidiva do mesmo, a qual pode ocorrer variando de meses a anos (FARIA et al., 2013; ELLIS III, 2015).

Através da técnica determinada por Friedrich; Scheuer e Zustin (2014) para remoção do cisto, pode-se obter uma boa conduta cirúrgica da seguinte maneira: rebatimento da mucosa no local, para expor o osso vestibular; criação de uma canaleta para remoção da parte afetada e abertura do leito ósseo; remoção da cortical e exposição da cavidade do CBV expondo a lesão; remoção do cisto; observar o leito ósseo após a remoção.

Sua principal vantagem é a possibilidade de realização do exame patológico. Além de ser uma biopsia excisional inicial, a enucleação cística serve, também, como tratamento da lesão. Após a cicatrização a cavidade nunca mais incomoda, pois o retalho está cicatrizado. Suas desvantagens estão fortemente ligadas com as vantagens da marsupialização, onde a indicação de uma é a desvantagem da outra. As desvantagens são: o tecido normal pode ser comprometido, a mandíbula pode fraturar, os dentes que o profissional deseja poupar podem ser removidos, dependendo do estágio de comprometimento (ELLIS III, 2015).

Com a evolução da odontologia, seja na área estética ou cirúrgica, é preconizado a utilização de abordagens conservadoras com o intuito de preservar o máximo de estrutura óssea e dentária, tendo como prioridade a boa funcionabilidade e estética pós-cirúrgica. Quanto a função, nota-se que é um fator primordial em caso de um primeiro molar inferior permanente, onde a perda precoce desse elemento pode levar às alterações no arco dentário, na função mastigatória e pode ser um fator desencadeante para uma má oclusão. Sendo assim, atualmente o tratamento de escolha visa o total benefício para o paciente, que é a enucleação e curetagem da lesão, sem exérese do elemento afetado (RAMOS et al., 2012).

O CBV apresenta um bom prognóstico, caso o tratamento seja feito a partir da enucleação, na qual o dente afetado não é extraído. Após acompanhamento clínico e radiográfico de aproximadamente 1 ano, é possível observar área sem abaulamento, sem secreção, com todos os parâmetros de normalidade, inclusive boa resposta cicatricial (WALDRON, 2009; GOMEZ, 2016).

3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) - UniFOA, com número CAAE 34481720.6.0000.5237 e aprovado em 12/07/2020 (Anexo A). A publicação deste estudo foi autorizada pelos responsáveis pela criança por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e de uso de imagem (Apêndice B).

Paciente D.F.F.S, gênero masculino, 7 anos de idade e procedente do Município de Volta Redonda/RJ procurou o médico otorrinolaringologista em julho de 2019. A queixa principal era aumento de volume em 1/3 terço inferior direito de face, dor aguda na região do elemento 46. Diante dos sinais e sintomas foi prescrito o Cetoprofeno e Amoxicilina + Clavulanato. Porém, quatro dias após o uso das medicações, o processo evoluiu com aumento de volume e hiperemia local e o paciente retornou ao otorrinolaringologista que o encaminhou ao Buco-Maxilo-Facial (BMF) para avaliação.

Na consulta com o BMF, feita no mesmo dia, foi realizado a anamnese e exame físico. Na anamnese, foi relatado pela mãe, a realização da cirurgia de postectomia sob anestesia geral e sem intercorrências. Nenhum relato de alergias ou antecedentes mórbidos individuais.

No exame físico intra-oral, observou-se que o paciente apresentava boa higiene oral e ausência de lesão cariosa. Entretanto, detectou-se presença de sinais clínicos de abscesso periodontal na região do dente 85, com tumefação e secreção purulenta na gengiva marginal do elemento, além de sintomatologia dolorosa à palpação. Além disso, foi avaliado o lado oposto que se encontrava dentro dos padrões de normalidade. Na avaliação extra-oral foi observado discreto edema na região da mandíbula direita. O paciente não apresentava restrição da abertura de boca, febre, mal-estar geral e sua dieta estava normal. Foi solicitado um exame de radiografia panorâmica que mostrou presença de imagem radiolúcida bem delimitada e homogênea associada a coroa do elemento 46 em formação (rizogênese incompleta) (Figura 1).



Figura 1: Radiografia panorâmica.

Logo, optou-se pela continuação do uso da Amoxicilina e Clavulanato e suspensão do Cetoprofeno. Foram adicionados alguns cuidados locais como o bochecho com água morna 6x ao dia, bochecho com clorexidina 0,12% aquosa de 12/12hrs (2x por dia), durante 1 minuto (após boa higienização oral) e ainda, foi solicitado exames complementares de hemograma completo e glicemia.

Na consulta seguinte, foi analisado o hemograma completo e glicemia que se encontravam dentro dos padrões de normalidade. Houve melhora de 90% do edema facial. Foi, então, realizada coleta de material da região vestibular do elemento 85 para cultura e antibiograma que obteve resultado negativo. Mantidos os cuidados locais orientados no dia.

Retornou na próxima consulta sem sintomas, sem edema facial e abertura de boca normal. Houve regressão da fístula na região do 85/46. No entanto, na palpação local se observa abaulamento ósseo e consistente (expansão da cortical).

Diante das características clínicas e radiográficas, foi solicitado exame de TCFC para melhor avaliação das características da entidade patológica. Esta mostrou presença de imagem hipodensa (radiolúcida) bem delimitada, expansiva e unilocular envolvendo a coroa e a bifurcação vestibular do elemento 46, rompendo a cortical óssea alveolar vestibular. Notou-se presença de imagem compatível com periostite proliferativa da cortical alveolar vestibular subjacente (osso reacional). O elemento 46 estava em formação (rizogênese incompleta) e em processo de erupção. Os ápices radiculares se apresentavam voltados para a cortical lingual. A hipótese diagnóstica

foi de Cisto da Bifurcação Vestibular e seu diagnóstico diferencial foi o Cisto Dentífero. Para confirmação do radiodiagnóstico foi sugerido exame histopatológico (Figuras 2A; 2B).

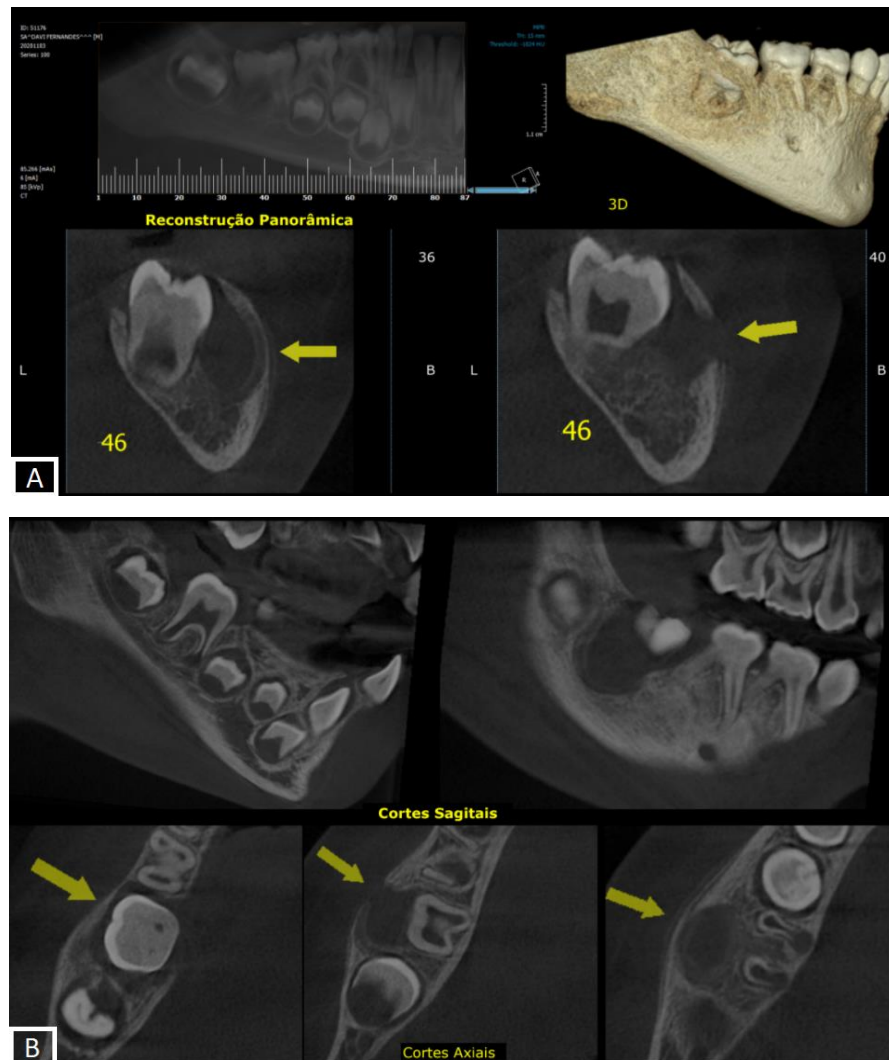


Figura 2A: Cortes tomográficos (reconstrução panorâmica, 3D e transaxiais);
Figura 2B: Cortes tomográficos (sagitais e axiais).

Após avaliação das imagens tomográficas, decidiu-se pela cirurgia por enucleação do cisto sob anestesia geral em ambiente hospitalar devido à pouca idade do paciente. Foi solicitado avaliação pré-operatória para anestesia geral (exame de sangue, urina, Radiografia de tórax, ECG e risco cirúrgico).

O paciente foi operado sob anestesia geral, em julho de 2019, sendo realizada enucleação do cisto com reparação óssea e tecidual com fibrina leucoplaquetária autóloga sem extração do elemento dentário envolvido. Seus responsáveis foram orientados sobre os cuidados locais pós-operatório (Figura 3).



Figura 3: Enucleação cística

O paciente foi submetido a biópsia incisional; o espécime foi removido e armazenado em formaldeído 10%, enviado para exame histopatológico e confirmado o diagnóstico de Cisto da Bifurcação Vestibular (Figuras 4 e 5).

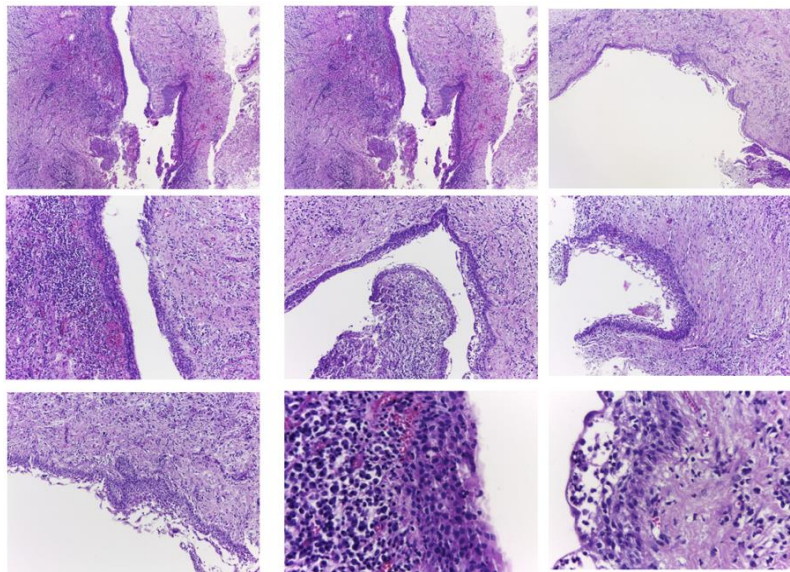


Figura 4: Análise histopatológica confirmando o diagnóstico de CBV.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E DIAGNÓSTICO ORAL

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL FO/UFRJ

NOME:
IDADE: 7 PROCEDÊNCIA: PIMVR REGISTRO:
PROFISSIONAL SOLICITANTE: REG. ORIGEM:

EXAME REALIZADO: Anatomia Patológica LOCAL: Mandíbula, corpo D
ENTRADA: SAÍDA:

Macroscopia Três fragmentos de tecido mole, recebidos em formal, de formato irregular, superfície irregular, consistência fibrolástica, coloração acastanhada e medindo 20 x11 x 6 mm em conjunto.

Conclusão CISTO PARADENTÁRIO (CISTO DA BIFURCAÇÃO VESTIBULAR)

Figura 5: Laudo histopatológico

As características microscópicas evidenciaram um cisto revestido por epitélio escamoso estratificado não ceratinizado, além de conter áreas com infiltrado inflamatório crônico presente na cápsula de tecido conjuntivo fibroso circunjacente. Essas características são clássicas de um cisto inflamatório, portanto, não são suficientes se utilizadas isoladamente para o diagnóstico.

Foram realizadas consultas de acompanhamento com 15 dias (Figura 6) e, posteriormente, com 30 dias para revisão do pós-operatório (Figura 7). Observando-se a ferida cirúrgica na região do 46 em boa cicatrização e o elemento 46 com coroa totalmente exposta.



Figura 6: Acompanhamento após 15 dias.



Figura 7: Acompanhamento após 30 dias.

Após 90 dias foi realizado um exame de TCFC de controle pós-operatório. Observou-se regressão e desaparecimento da lesão cística, ausência de sinais de recidiva e boa consolidação óssea (Figuras 8A e 8B).

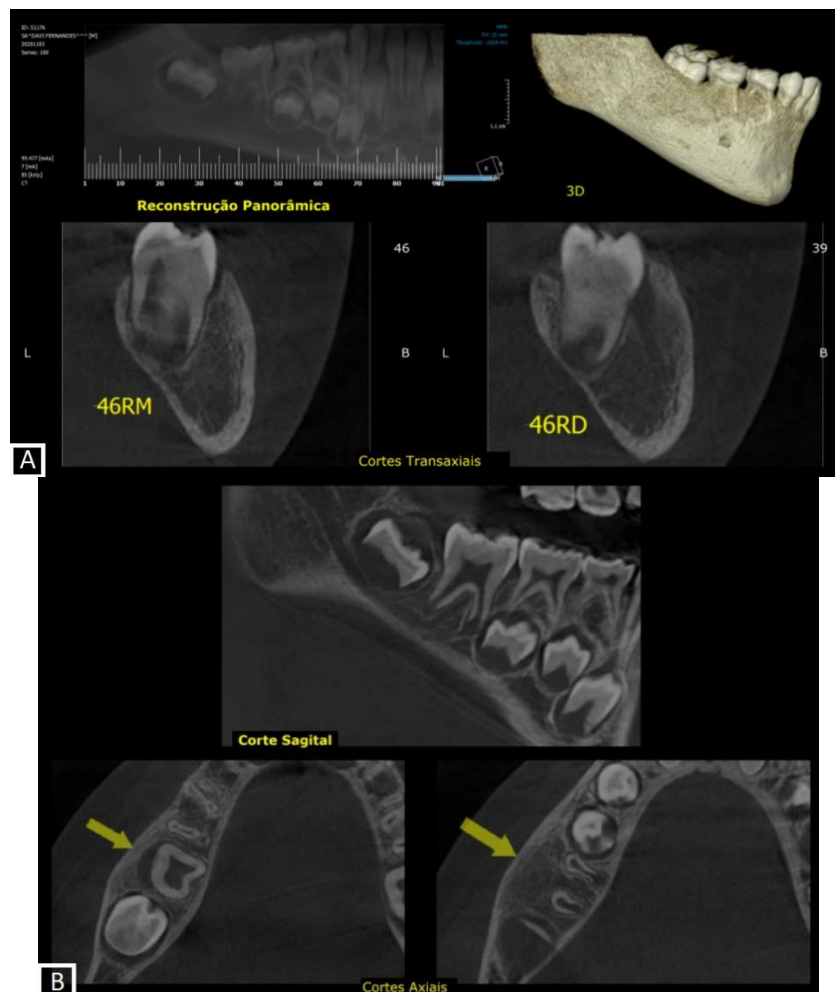


Figura 8A: Cortes tomográficos (reconstrução panorâmica, 3D e transaxiais); Figura 8B: Cortes tomográficos (sagitais e axiais).

4 DISCUSSÃO

Ao longo dos anos percebe-se uma grande variação na literatura de nomenclaturas usadas para o CBV (POMPURA; SANDOR; STONEMAM, 1997; SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; RAMOS et al., 2012; FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014; GOMEZ, 2016; LINO et al., 2017). Esse fator, está diretamente relacionado aos relatos de baixa incidência dessa patologia (BAUTISTA et al., 2019) e atualmente, o termo mais utilizado é Cisto da Bifurcação Vestibular (GRAUWE et al., 2018; KIM et al., 2018; OENNING et al., 2018).

A etiopatogênese do CBV é alvo de grandes discussões. Algumas possibilidades têm sido apresentadas, como a de que sua origem seria no epitélio sulcular ou resultante da proliferação dos restos epiteliais de Malassez (SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; RAMOS et al., 2012). A teoria de maior concordância entre pesquisadores é que esse cisto se desenvolva a partir do epitélio do órgão do esmalte, na época de erupção do elemento dentário envolvido (POMPURA; SANDOR; STONEMAM, 1997; FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014; GOMEZ, 2016; LINO et al., 2017; GRAUWE et al., 2018; KIM et al., 2018; OENNING et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019), corroborando com o caso apresentado neste estudo.

Em sua maioria, o CBV ocorre na mandíbula de pacientes pediátricos, mais especificamente no primeiro molar inferior permanente e menos frequente no segundo molar inferior permanente (FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014). Concordando com o caso apresentado neste estudo, onde o paciente apresentava 7 anos de idade e foi afetado o primeiro molar permanente inferior, em processo eruptivo. Não há relatos encontrados na literatura da presença dessa patologia na maxila e nem o acometimento em indivíduos adultos (OENNING et al., 2018). Diversos autores afirmam que o CBV afeta a superfície vestibular de primeiros molares permanentes inferiores em erupção (POMPURA; SANDOR; STONEMAM, 1997; SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; RAMOS et al., 2012; FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014; GOMEZ, 2016; LINO et al., 2017; GRAUWE et al., 2018; KIM et al., 2018; OENNING et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019).

Os autores corroboraram que os dentes associados apresentaram uma alteração relacionada ao momento de erupção, com uma inclinação para vestibular da coroa e uma profunda bolsa periodontal, podendo haver algum inchaço ou sensibilidade, e geralmente, expansão óssea intraoral, sensível a palpação, de acordo com o grau de infecção (POMPURA; SANDOR; STONEMAM, 1997; RAMOS et al., 2012; GRAUWE et al., 2018; OENNING et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019). Tais características assemelham-se com as encontradas neste relato de caso.

Diversos autores afirmaram que a patologia é acompanhada por aumento de volume doloroso (POMPURA; SANDOR; STONEMAM, 1997; SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; RAMOS et al., 2012; FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014; GOMEZ, 2016; LINO et al., 2017; GRAUWE et al., 2018; KIM et al., 2018; OENNING et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019), e essa mesma afirmação é encontrada neste relato. Entretanto, para Lino et al. (2017) a dor não é uma característica comum dessa patologia.

Além disso, é consenso na literatura que, apesar da proximidade com o canal mandibular, não há relatos de casos em que o paciente apresentasse parestesia relacionada a agressividade e expansão da lesão, ou por trauma no ato cirúrgico do nervo alveolar inferior (SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; RAMOS et al., 2012; FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014; GOMEZ, 2016; LINO et al., 2017; GRAUWE et al., 2018; KIM et al., 2018; OENNING et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019). O paciente D.F.F.S, também não apresentou parestesia, somando-se a literatura estudada.

Histologicamente, é revestido por células não queratinizadas, epitélio estratificado com uma parede de cisto fibroso apresentando inflamação crônica (POMPURA; SANDOR; STONEMAM, 1997; WALDRON, 2009; GOMEZ, 2016; KIM et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019). No entanto, o diagnóstico deste cisto não pode ser verificado apenas com as características histopatológicas, pois estas não são específicas (GOMEZ, 2016; OENNING et al., 2018). As características histológicas são comuns a todos cistos inflamatórios, que é um fator importante para enfatizar a importância do exame bidimensional e tridimensional de imagem para uma correta interpretação (GOMEZ, 2016; KIM et al., 2018, OENNING et al., 2018; BAUTISTA et

al., 2019). Consoando com a literatura, este caso demonstrou um revestimento clássico de cisto inflamatório, sendo o diagnóstico inconclusivo.

Sendo assim, ao analisar o aspecto microscópico, diversos estudos mostraram que o critério do histopatológico é duvidoso, e o mais aceitável e eficaz para diferenciação do CBV dos demais cistos inflamatórios é o teste de vitalidade, além de exames radiográficos (KIM et al., 2018; GRAUWE et al., 2018; OENNING et al., 2018).

As características radiográficas são essenciais para auxiliar a reconhecer e distinguir as lesões císticas (OENNING et al., 2018). No exame bidimensional observa-se uma lesão radiolúcida, unilocular, bem-circunscrita (SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; WALDRON, 2009; RAMOS et al., 2012). Gomez (2016) acrescenta que a imagem radiolúcida é em forma de "U", envolvendo todo o elemento. Pode-se atentar além dessas características, duas outras bastante peculiar, o espaço do ligamento periodontal e lâmina dura permanecem inalterados (GOMEZ, 2016; KIM et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019).

Com o auxílio do exame tridimensional, nota-se ainda, especialmente na vista axial e coronal uma expansão óssea no local, perda óssea na furca do dente, e a inclinação das raízes para cortical lingual, que é normalmente uma características peculiar encontrada no CBV (WALDRON, 2009; KIM et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019). O relato apresentado neste trabalho, está de acordo com as características bidimensionais e tridimensionais encontrados na literatura.

As entidades patológicas abordadas como diagnostico diferencial são: O cisto dentígero, radicular e o paradentário (WALDRON, 2009; GOMEZ, 2016; GRAUWE et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019). Dentre essas lesões, o cisto paradentário é o que mais se confunde com o cisto da bifurcação vestibular, especificamente em virtude da falta de conhecimento do CBV (RODRIGUES, 2011), visto que, observa-se em estudos realizados, que as características clínicas e radiográficas são divergentes quando colocadas em comparação. Por isso, em razão do possível diagnóstico errôneo pode a incidência do CBV ser, talvez, maior do que algumas investigações mostram (BAUTISTA et al., 2019).

A diferenciação da principal hipótese diagnostica, o cisto paradentário, é bem abordada com base em (WALDRON, 2009; GOMEZ, 2016), sendo afetado o terceiro

molar semi-incluso na face distal, seguido por um histórico de pericoronarite e com maior predominância em pacientes adultos. Já o cisto abordado neste trabalho, encontra-se na região vestibular dos primeiros molares inferiores e tem predileção por crianças (WALDRON, 2009; SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; RAMOS et al., 2012; FRIEDRICH; SCHEUER; ZUSTIN, 2014; GOMEZ, 2016; LINO et al., 2017; GRAUWE et al., 2018; KIM et al., 2018; OENNING et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019).

Na literatura, diferentes opções de tratamento são relatadas, a depender da extensão da lesão (GRAUWE et al., 2018). O tratamento do CBV mudou significativamente com o passar dos anos (SHOHAT; BUCHNER; TAICHER, 2003; BAUTISTA et al., 2019). Inicialmente, foi tratado com enucleação e extração do dente envolvido (STONEMAM; WORTH, 1983). Atualmente, o tratamento de escolha tem sido enucleação sem a extração do dente envolvido (ELLIS III, 2015; GRAUWE et al., 2018; KIM et al., 2018; OENNING et al., 2018; BAUTISTA et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o caso relatado de cisto da bifurcação vestibular corrobora com a literatura sendo uma doença pediátrica que ocorre na área de bifurcação da face vestibular de um primeiro molar inferior permanente em erupção e aparece principalmente na primeira década de vida. O diagnóstico é com base nas características clínicas, radiológicas e histológicas. Sendo as histológicas, insuficientes para um diagnóstico preciso. O tratamento mais preconizado atualmente, é a enucleação do cisto sem extração do dente associado. Este tratamento possui bons resultados a longo prazo de acordo com a literatura e sem recidivas.

O conhecimento das características distintas do CBV é importante para diagnóstico e tratamento, a fim de evitar-se condutas inadequadas e sequelas ao paciente.

6 REFERÊNCIAS

BAUTISTA, C. R. G.; MILHAN, N. V. M.; ANKHA, M. D. V. E. A.; PRADO, R. F. D. P.; CAVALCANTE, A. S. R.; LOPES, S. L. P. C. et al. Bilateral mandibular buccal bifurcation cyst: a case report emphasizing the role of imaging examination in the diagnosis. **Autopsy and Case Reports**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.1-7, 2019.

ELLIS III, Edward. Tratamento cirúrgico das lesões patológicas orais. In: HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FARIA, N. S. F.; MONTEIRO, V. P.; BARROS, A. A. P.; NICOLAU, R. A. Técnica de marsupialização e enucleação para o tratamento de cistos de grandes proporções - Relato de caso. **XVII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e III Encontro de Iniciação à Docência**, 2013.

FRIEDRICH, R. E.; SCHEUER, H. A.; ZUSTIN, J. Inflammatory Paradental Cyst of the First Molar (Buccal Bifurcation Cyst) in a 6-Year-old Boy: Case Report with Respect to Immunohistochemical Findings. **In Vivo**, Brooklyn, v. 28, n. 3, p. 333-339, 2014.

GOMEZ, R. S. Cistos odontogênicos e não odontogênicos. In: ALMEIDA, O. P.; LOYOLA, A. M.; SILVA, A. R. S.; ALTEMANI, A. M.; ANDRADE, B. A. B.; PEREZ, D. E. C.; et al. **Patologia Oral**. São Paulo: Artes Médicas, 2016.

GRANER, E.; JORGE, J. J.; ALMEIDA, O. P.; VARGAS, P. A.; COLLETA, R. D. **Cistos Odontogênicos**. 2015. Disponível em: https://w2.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301_un3_Aula29-30Cistos_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 26 mai. 2020.

GRAUWE, A.; MANGIONE, F.; MITSEA, A.; KALYVAS, D.; YFANTI, Z.; AHBAB, G. et al. Update on a rare mandibular osteolytic lesion in childhood: the buccal bifurcation cyst. **Brazilian Journalism Research**, Londres, v. 4, n. 2, p. 2-6, 2018.

KIM, H. R.; NAM, S. H.; KIM, H. J.; CHOI, S. Y. Buccal Bifurcation Cyst: Two Case Reports and a Literature Review. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Birmingham, v. 42, n.3, p. 221-224, 2018.

LINO, F. A.; PEREIRA, M. C.; DOS, P. L. A.; PEREIRA, A. A. C.; GOULART, M. C. V.; MIRANDA, R. T. Cisto Inflamatório da Bifurcação Vestibular: Relato de Caso Clínico. **Revista Intercâmbio**, Belo Horizonte, v. 12, p. 29, 2017.

OENNING, A. C.; OLIVEIRA, L. B.; JUNQUEIRA, J. L. C.; SOUSA-MELO, S. L. Buccal bifurcation cyst as an incidental finding in cone beam computed tomography scans. **RGO**, Campinas v. 66, n. 4, p. 38-59, 2018.

POMPURA, J. R.; SÁNDOR, G. K. B.; STONEMAN, D. W. The buccal bifurcation cyst: A prospective study of treatment outcomes in 44 sites. **Oral Surgery, Oral**

Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics, San Luis, vol. 83, n. 2, p. 215–221, 1997.

RAMOS, L. M. A.; VARGAS, P. A.; COLLETA, R. D.; ALMEIDA, O. P.; LOPES M. A. Bilateral Buccal Bifurcation Cyst: Case Report and Literature Review. **Head and Neck Pathology**, Oxford, v. 6, n. 4, p. 455-459, 2012.

RODRIGUES, A. P. M. B. S. **Cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura**. 2011, 34p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SANTOS, L. C. S.; RAMOS, E. A. G.; MEIRA, T. M.; FIGUEIREDO, C. R. L. V.; SANTOS, J. N. S. Etiopatogenia do cisto radicular. Parte I. **Revista de ciências médicas biológicas**, Salvador, v. 5, p. 69–74, 2006.

SETTE-DIAS, A. C.; ABDO, E. N.; MESQUITA, R. A.; EDUARDO, C.; DUTRA, D. A.; NOMAN-FERREIRA, L. C. Cisto dentífero sequencial: relato de caso. **Robrac**, Goiania, v. 17, n. 44, p. 133-7, 2008.

SHOHAT, I.; BUCHNER, A.; TAICHER, S. Mandibular buccal bifurcation cyst: Enucleation without extraction. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v. 32, n. 6, p. 610-3, 2003.

STONEMAN, D. W.; WORTH, H. M. The mandibular infected buccal cyst. **Dent Radiogr Photogr**, Rochester, v. 56, n. 1, p. 1-14, 1983.

TOLENTINO, E. S. Nova classificação de tumores odontogênicos: o que mudou? **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 23, n. 1, p. 119-123, 2018.

WALDRON, C. A. Cistos e tumores odontogênicos. In: NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E., **Patologia oral e maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro(a) Senhor(a):

Eu, Danúsia da Silva Vilela, Cirurgiã Dentista, portador do CPF 078837637-33, RG 11201071-5, estabelecido na Rua general Oswaldo Pinto da Veiga, 350, Pontual shopping, 4º andar, Salas 427e 428, Vila Santa Cecília - Volta Redonda. RJ, CEP 27260140, em Volta Redonda -R.J., cujo telefone de contato é (24) 999824707, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é "CISTO DA BIFURCAÇÃO VESTIBULAR: AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA E RELATO DE CASO CLÍNICO-CIRÚRGICO".

O objetivo deste estudo é relatar as alterações ósseas detectadas na mandíbula do lado direito (osso maxilar inferior) em seu filho, utilizando as fotografias do rosto e dos dentes, radiografias, bem como o procedimento cirúrgico realizado nos dentes relacionados à inflamação.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito do cisto encontrado em seu filho e do tratamento, que poderá beneficiar outros pacientes.

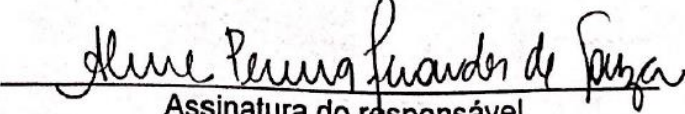
Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Poderá, caso sinta necessidade, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, cujo endereço é: UniFOA - Campus Universitário Oléio Galotti – Prédio 3 - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340-8400, ramal 8571. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados em Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia, apresentação em congressos e publicação em periódicos.

Serão resguardados o nome, endereço e filiação, entretanto, a identificação do seu filho, será dificultada pela colocação de tarjas nas regiões dos olhos.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o Sr.(a) e outra arquivada com o pesquisador responsável.


Assinatura do responsável

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "CISTO DA BIFURCAÇÃO VESTIBULAR: AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA E RELATO DE CASO CLÍNICO-CIRÚRGICO". Discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em permitir a minha participação e a do meu filho nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que o endereço, nome e filiação do meu filho permanecerão em sigilo absoluto. Nas fotografias do rosto serão colocadas tarjas nas regiões dos olhos.

Ficou claro também que a minha participação e do meu filho é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Volta Redonda, 13 / 05 / 2020

Aline Pereira Furtado de Souza
Assinatura do responsável

Participante: _____

Endereço: Rua Joana D'Arc 260 interior Volta Redonda RJ

Telefone: (24) 9 8112 7181

Daniela da Silva Velloso
Assinatura do pesquisador

Apêndice B: Uso de Imagem

**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM**

Paciente: Davi Fernandes de Souza Sá
Endereço: Rua Joana Darc n.260 bairro Niteroi Volta Redonda, RJ
Tel: (24) 98112 7181

Autorizo gratuita e espontaneamente, a utilização pelo pesquisador responsável, das imagens fotográficas do meu filho, que compreendem imagens da face (rosto), do sorriso, dos dentes e da cirurgia. Serão colocadas tarjas nas regiões dos olhos para dificultar a identificação.

Serão utilizadas em Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia, apresentação em congressos e publicação em periódicos.

A utilização desse material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Volta Redonda, 13 de maio de 2020.

Pesquisador Responsável: Danúcia da Silva Vilela
RG: 11201071-5

Aline Pereira Fernandes de Souza
RG:11.5584.534

Apêndice C: Exame Histopatológico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E DIAGNÓSTICO ORAL

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL FO/UFRJ

NOME:	REGISTRO:
IDADE: 7	PROCEDÊNCIA: PMVR
PROFISSIONAL SOLICITANTE:	REG. ORIGEM:
EXAME REALIZADO: Anatomia Patológica	LOCAL: Mandíbula, corpo D
ENTRADA:	SAÍDA:

Macroscopia Três fragmentos de tecido mole, recebidos em formol, de formato irregular, superfície irregular, consistência fibroelástica, coloração acastanhada e medindo 20 x11 x 6 mm em conjunto.

Conclusão CISTO PARADENTÁRIO (CISTO DA BIFURCAÇÃO VESTIBULAR)

Almeida
ALMEIDA CORRÊA-ABRAHÃO
CRÓ. RJ 29.236
ODONTOLOGIA

Mario José Romanach
MÁRIO JOSÉ ROMANACH
CRÓ. RJ 22.575
ODONTOLOGIA

Bruno Benvenuto
BRUNO BENEVENUTO
CRÓ. RJ 21.173
ODONTOLOGIA

Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco, 325 - 1º andar - Ilha do Fundão - Rio de Janeiro/RJ - CEP 21941-913
Dept. Patologia e Diagnóstico Oral - Faculdade de Odontologia da UFRJ - Tel: +55 21 3938-7087 - labpatologiaoral@odonto.ufrj.br

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CoEPs.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CISTO DA BIFURCAÇÃO VESTIBULAR: AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA E RELATO DE CASO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pesquisador: Danusia da Silva Vilela

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34481720.6.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.149.988

Apresentação do Projeto:

O cisto da bifurcação vestibular é um cisto odontogênico inflamatório incomum que se desenvolve na face vestibular do primeiro molar inferior permanente em crianças na faixa etária de 5 a 13 anos. Nota-se, clinicamente, presença de sensibilidade, inchaço, bolsa periodontal e secreção com gosto desagradável. Os exames de imagens mostram uma lesão radiolúcida unilocular bem delimitada envolvendo a bifurcação vestibular e a região da raiz do dente em questão. Os ápices radiculares dos molares estão, caracteristicamente, voltados para a cortical lingual mandibular.

Acredita-se que a TCFC seja o método mais confiável para avaliação da relação da lesão com as estruturas anatômicas nobres e o exame histopatológico o método padrão ouro para confirmação do radiodiagnóstico.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste trabalho é descrever a partir de uma revisão da literatura e relato de caso clínico as características clínicas e radiográficas relacionadas ao cisto da bifurcação vestibular detectado em uma criança de 7 anos do gênero masculino, mostrando a importância dos exames complementares de imagem e histopatológico, além do trabalho multidisciplinar, uma vez que, o paciente foi encaminhado para tratamento por um médico otorrinolaringologista. Para fundamentação científica, pesquisas serão realizadas em busca de livros e artigos científicos sobre o assunto.

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.149.988

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possibilidade de dor, hemorragia, coágulo sanguíneo, infecções, complicações na anestesia e recidiva. Presença de possível parestesia quando o nervo alveolar inferior é acometido pela lesão e envolvimento de dentes adjacentes. No caso citado, a cirurgia foi realizada e não houve intercorrências.

Benefícios:

Oferecer aos profissionais da odontologia informações sobre cisto da bifurcação vestibular e seus diagnósticos diferenciais. Mostrar a importância dos exames complementares e do trabalho multidisciplinar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se mostra pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos se adequam as normas.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1530991.pdf	27/05/2020 11:24:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/05/2020 11:23:35	Danusia da Silva Vilela	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	27/05/2020 11:21:28	Danusia da Silva Vilela	Aceito
Declaração de concordância	imagem.pdf	27/05/2020 11:20:00	Danusia da Silva Vilela	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	27/05/2020 11:17:46	Danusia da Silva Vilela	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.149.988

Ausência	TCLE.pdf	27/05/2020 11:17:46	Danusia da Silva Vilela	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	27/05/2020 11:17:14	Danusia da Silva Vilela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 12 de Julho de 2020

Assinado por:

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br