

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

**BRUNO DE CASTRO JOAQUIM**  
**LUCAS CARVALHO RODRIGUES**

**LESÕES INFLAMATÓRIAS PERIAPICAIS EM MANDÍBULA: RELATO  
DE CASO**

**VOLTA REDONDA**  
**2020**

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

**LESÕES INFLAMATÓRIAS PERIAPICAIS EM MANDÍBULA: RELATO  
DE CASO**

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

Alunos: Bruno de Castro Joaquim.

Lucas Carvalho Rodrigues

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

Coorientador: Alcemar Gasparini Netto

**VOLTA REDONDA**

**2020**

J62l Joaquim, Bruno de Castro.

Lesões inflamatórias periapicais em mandíbula: relato de caso. / Bruno de Castro Joaquim; Lucas Carvalho Rodrigues. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

39 p. II

Orientador (a): Roberta Mansur Caetano

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

1. Odontologia - TCC. 2. Necrose pulpar. 3. Cisto periapical. 4. Abscesso periapical. I. Caetano, Roberta Mansur. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Lesões Inflamatórias Periapicais em Mandíbula: relato de caso”.

Elaborado por: Bruno de Castro Joaquim  
Lucas Carvalho Rodrigues

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

Aprovada em 22 de Junho de 2020.

Banca Avaliadora:

.....  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Roberta Mansur Caetano

.....  
Prof. Especialista Alcemar Gasparini Netto

.....  
Prof. Mestre Dimitri Roberto Nápoli

## DEDICATÓRIA

"Dedico a conclusão deste trabalho, que significa uma grande conquista, primeiramente à Deus e, posteriormente, à minha mãe que esteve me acompanhando nesta caminhada e que prosseguiu com honra e louvor, bem como minha família".

*Bruno de Castro Joaquim*

"Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio e amor que a mim foi dado em todos os anos da minha vida. À minha namorada Juliane e a toda sua família que foram muito importantes durante minha jornada na faculdade".

*Lucas Carvalho Rodrigues*

## AGRADECIMENTOS

“Agradeço à Deus, que me transformou e instruiu espiritualmente durante essa jornada. Agradeço também à minha família, por cada um que me apoiou de diversas formas diferentes e que valorizo cada uma. Agradeço minha mãe, Silvia Helena de Castro Braga, por ter sempre estado ao meu lado nessa caminhada incluindo especialmente também minha avó Any Braga, minha tia Neide Márcia e meu tio Tiago Braga que acompanharam de perto essa trajetória, e também aos meus amigos e meus irmãos em Cristo. Agradeço também à família do meu amigo Pedro Lucas, que foram um exemplo de amabilidade para comigo durante esse trajeto. Agradeço à nossa orientadora Roberta Mansur Caetano por todo o cuidado e instrução que nos deu durante a elaboração deste trabalho.”

*Bruno de Castro Joaquim*

"Agradeço a Deus, pois sem Ele eu não teria forças para essa longa jornada, à minha família que me apoiou durante estes 5 longos anos, à minha incrível namorada, Juliane, pois sem ela este trabalho não teria acontecido. Ao meu grande amigo e dupla, Bruno, pela parceria nesses anos de faculdade. À nossa orientadora, professora Roberta Mansur Caetano que com sua bondade e dedicação nos ajudou a tornar concreto nosso sonho. Agradeço à família da Rebeka que confiou em nós para o tratamento de sua filha e ao Hospital das Clínicas de Volta Redonda pelo suporte dado no dia da cirurgia."

*Lucas Carvalho Rodrigues*

**EPÍGRAFE**

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana".

Carl Gustav

**RESUMO**

O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre as lesões inflamatórias periapicais, enfatizando as características clínicas, radiográficas, histopatológicas e as formas de tratamento, com apresentação de caso clínico. As reações inflamatórias decorrentes da necrose pulpar desenvolvem-se em lesões inflamatórias periapicais na forma de granuloma, abscesso periapical, e cisto periapical, que podem ocasionar complicações. As características clínicas mais comuns destas lesões são ausência de resposta da polpa aos estímulos, dor, sensibilidade à percussão, alterações de cor da coroa, extrusão dentária e aumento de volume dos tecidos. As características radiográficas na região periapical dos dentes envolvidos são aumento do espaço do ligamento periodontal, perda da continuidade da lâmina dura apical e imagem radiolúcida associada ao ápice radicular, podendo ser circunscrita ou difusa, envolvida ou não por halo radiopaco. Tais lesões, nas mais variadas dimensões, são tratadas de forma conservadora ou cirúrgica, preservando ou não o elemento dentário acometido. No presente estudo foi relatado um caso clínico de uma paciente jovem com lesões periapicais no corpo mandibular, sendo, abscesso periapical associado ao elemento 46 e cisto periapical associado ao elemento 36. O tratamento foi realizado em ambiente hospitalar onde se realizou exodontia dos dentes envolvidos, enucleação do cisto, drenagem do abscesso, antibioticoterapia e preservação. O diagnóstico do cisto periapical foi dado correlacionando as características clínicas, radiográficas e a análise histopatológica. Concluiu-se que o caso relatado corrobora com a literatura com relação às características clínicas, radiográficas, histopatológicas e as formas de tratamento das lesões inflamatórias periapicais.

Palavras-chave: Necrose Pulpar; Cisto Periapical; Abscesso Periapical.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to conduct a literature review on periapical inflammatory lesions, emphasizing the clinical, radiographic, histopathological characteristics and forms of treatment, with presentation of clinical case. Inflammatory reactions resulting from pulp necrosis develop in periapical inflammatory lesions in the form of granuloma, periapical abscess, and periapical cyst, which can cause complications. The most common clinical characteristics of these lesions are lack of response of the pulp to stimuli, pain, sensitivity to percussion, changes in crown color, dental extrusion and increased tissue volume. The radiographic characteristics in the periapical region of the teeth involved are increased space of the periodontal ligament, loss of continuity of the apical hard lamina and radiolucent image associated with the root apex, which may be circumscribed or diffuse, surrounded or not by a radiopaque halo. Such injuries, in the most varied dimensions, are treated conservatively or surgically, preserving or not the affected dental element. In the present study, a clinical case of a young patient with periapical lesions in the mandibular body was reported, with periapical abscess associated with element 46 and periapical with element 36. The treatment was carried out in a hospital environment where extraction of the teeth involved, enucleation of the cyst, drainage of the abscess, antibiotic therapy and preservation were performed. The diagnosis of periapical cyst was made by correlating clinical and radiographic characteristics and histopathological analysis. It was concluded that the reported case corroborates with the literature regarding the clinical, radiographic, histopathological characteristics and the ways or treating periapical inflammatory lesions.

Keywords: Dental Pulp Necrosis; Radicular Cyst; Periapical Abscess.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Granuloma periapical .....	17
Figura 2 Abscesso periapical .....	17
Figura 3 Cisto periapical.....	18
Figura 4 Granuloma periapical .....	19
Figura 5 Abscesso periapical .....	19
Figura 6 Cisto periapical.....	20
Figura 7 Radiografia panorâmica – Dezembro de 2018.....	24
Figura 8 Arcada inferior.....	25
Figura 9 Pós-cirúrgico - região do 46 .....	25
Figura 10 Pré-cirúrgico - região do 36.....	25
Figura 11 Redução do volume da face – lado direito .....	25
Figura 12 Acesso cirúrgico – região do 36 .....	26
Figura 13 Exodontia do elemento 36.....	26
Figura 14 Esvaziamento da lesão .....	26
Figura 15 Remoção da lesão .....	26
Figura 16 Material coletado.....	27
Figura 17 Loja cirúrgica.....	27
Figura 18 Preenchimento com enxerto ósseo.....	27
Figura 19 Sutura.....	27
Figura 20 Radiografia panorâmica – Dezembro de 2019.....	28
Figura 21 Radiografia panorâmica – Fevereiro de 2020 .....	29

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
cm	Centímetros
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
mm	milímetros
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A Exame Histopatológico .....	36
--	----

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Parecer Consubstanciado do CoEPs .....	37
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Definições .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Características Clínicas .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Características Radiográficas .....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Características Histopatológicas .....</b>	<b>18</b>
<b>2.5 Tratamento .....</b>	<b>20</b>
<b>3 RELATO DE CASO .....</b>	<b>23</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As lesões inflamatórias apicais estão comumente associadas à necrose pulpar, decorrentes de lesão cariiosa, trauma ou doença periodontal (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013), podendo ocasionar três tipos de lesões periapicais: granuloma, abscesso periapical e cisto periapical (ARITA, 2012).

Após a necrose pulpar, ocorre uma rápida e violenta agressão por parte dos agentes infecciosos na região de tecidos periapicais, gerando o abscesso periapical (SOARES, 2002). O granuloma periapical é uma resposta imunológica adaptativa crônica a esse tipo de infecção, eficaz em reduzir a intensidade da agressão (LOPES; SIQUEIRA, 2004). O cisto periapical surge da estimulação e proliferação dos remanescentes epiteliais contidos no granuloma apical (BARBIN et al., 2012).

Caso um dente com lesão periapical não seja tratado existe a possibilidade da lesão se difundir para uma região óssea maior resultando em osteomielite ou invadir tecidos moles adjacentes causando a celulite (LEE, 2015), além do risco de fratura patológica da região óssea acometida. (KUMAR et al., 2011).

A angina de Ludwig consiste em uma celulite de rápida disseminação no assoalho bucal, que envolve os espaços sublingual, submandibulares e submentonianos, promovendo um aumento de volume acompanhado de elevação e deslocamento posterior da língua, frequentemente acometendo as vias aéreas (SANTOS-FILHO; SOUZA, 2019).

O objetivo desse estudo foi abordar as lesões inflamatórias periapicais, enfatizando as características clínicas, radiográficas, histopatológicas e as formas de tratamento, com apresentação de caso clínico.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Definições**

As lesões inflamatórias, em região de ápice radicular, mais comuns são classificadas como: granuloma, abscesso e cisto. Desenvolvem-se a partir de reações de defesa do tecido periapical contra o estímulo inflamatório proveniente do canal radicular do elemento que contém a polpa infectada e posteriormente necrosada (ARITA, 2012) ou pela destruição dos tecidos periapicais por doença periodontal extensa (LEE, 2015).

O termo granuloma, bastante utilizado, não é o mais correto, pois a lesão não demonstra, microscopicamente, uma inflamação granulomatosa verdadeira. Portanto, o termo periodontite apical é o mais correto. Os granulomas periapicais podem originar-se após a consolidação de um abscesso periapical ou podem se desenvolver como uma patologia periapical inicial (NEVILLE et al., 2016).

O surgimento do abscesso periapical está associado a algumas infecções da polpa que progridem para o tecido periapical. Sendo assim, ele é uma progressão de uma infecção inicialmente a nível dentário que evoluiu para os tecidos periapicais. Algumas destas infecções estão associadas com a cárie, necrose pulpar, trauma e pós-cirúrgico, que apresentaram alguma complicação (RODRIGUES; CANGUSSU; FIGUEIREDO, 2015).

O cisto periapical, também chamado cisto radicular ou cisto periodontal apical (NEVILLE et al., 2016) desenvolve-se a partir de um granuloma periapical que possui epitélio preexistente associado ao seu foco de tecido de granulação, que se apresenta em estágio crônico de inflamação no ápice de um dente sem vitalidade (BASSETTO, 2010).

### **2.2 Características Clínicas**

O granuloma periapical é um processo inflamatório crônico ou agudo associado ao ápice de um dente desvitalizado sendo considerada uma reação de defesa do

organismo de uma infecção aguda. No exame clínico pode-se observar sensibilidade à percussão, e em alguns casos a coroa do dente acometido mostra-se com fratura relacionada às forças oclusais excessivas e traumatismo. Na fase inicial, ou aguda, ocorre uma dor latejante e constante (NEVILLE et al., 2016).

Porém, na fase crônica, o dente pode apresentar alterações de cor da coroa e não responder a mudanças térmicas devido à necrose da polpa. As demais referências clínicas como a sensibilidade à percussão, aumento de mobilidade ou até mesmo a extrusão do elemento, não são identificados nessa fase (BASSETTO, 2010).

O abscesso periapical é mais bem classificado em sintomático e assintomático baseando-se em suas apresentações clínicas. À medida que ocorre o acúmulo de substrato purulento no alvéolo dental, o abscesso se torna sintomático. Nesse estágio inicial, o dente pode apresentar sensibilidade que alivia com aplicação de pressão direta no local. A partir de sua progressão a dor fica mais intensa, podendo estar associada à sensibilidade à percussão, extrusão do elemento e inchaço dos tecidos circundantes e ausência na resposta de teste térmico e elétrico (NEVILLE et al., 2016).

Os cistos periapicais apesar de na maioria das vezes serem assintomáticos, podem apresentar mobilidade do dente acometido ou até mesmo deslocamentos dentários (VASCONCELOS et al., 2012). Em alguns casos, pode-se observar tumefação na região de superfície onde se encontra o cisto (MENDONÇA, 2017). Entretanto, quando infectados secundariamente, podem apresentar sintomatologia (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

### **2.3 Características Radiográficas**

As lesões inflamatórias periapicais numa fase inicial comumente não apresentam nenhuma alteração na imagem radiográfica (LEE, 2015) ou podem mostrar alterações discretas, como perda da densidade óssea, aumento do espaço do ligamento periodontal, com esfumaçamento da lâmina dura (TAMIMI et al., 2016).

As características radiográficas do granuloma periapical consistem em uma pequena radiolucidez periapical, com forma circular ou ovóide com aproximadamente 5 mm, podendo estar circunscrita por uma osteogênese reacional geralmente

descontínua. Além dessas características, a cortical alveolar se encontra destruída na região apical (BASSETTO, 2010; ARITA, 2012) (Figura 1).



Figura 1: Granuloma periapical

Fonte: NEVILLE et al., 2016

O abscesso periapical apresenta um aumento do espaço do ligamento periodontal, com espessamento da lâmina dura e imagem radiolúcida difusa na região apical do dente envolvido, de tamanho variado, conforme a quantidade de material purulento acumulado e o tempo de progressão da lesão (ARITA, 2012; CARDOSO; ARAUJO; ANJOS-NETO, 2016) (Figura 2).



Figura 2: Abscesso periapical

Fonte: CORRÁ et al., 2010

O cisto periapical se caracteriza radiograficamente por apresentar uma imagem radiolúcida homogênea, oval ou redonda, circunscrita por halo radiopaco, uma

osteogênese reacional, sendo que esse halo é contínuo à lâmina dura, que está destruída na região do ápice do elemento envolvido (MARTINS-NETO; DANES; UNFER, 2004; ARITA, 2012) (Figura 3).

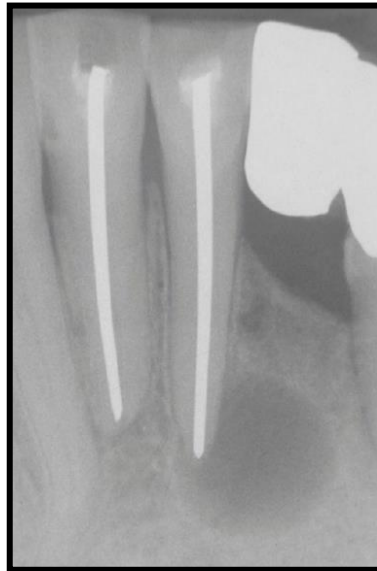


Figura 3: Cisto periapical

Fonte: NEVILLE et al., 2016

As lesões inflamatórias podem estimular a reabsorção ou produção óssea na região que se encontram. A reação esclerótica que envolve a lesão pode ser bem extensa algumas vezes. Pode ocorrer reabsorção externa do ápice radicular do dente envolvido, como também o canal do mesmo aparentar mais largo que o normal quando a lesão é antiga, devido a morte de células odontoblásticas que são responsáveis pela formação da dentina secundária (LEE, 2015).

#### **2.4 Características Histopatológicas**

O granuloma periapical é formado por tecidos de granulação, envolto por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso. Esse é composto por um infiltrado de linfócitos denso variável, muitas vezes permeado por neutrófilos, plasmócitos, histiócitos e, com menor frequência, mastócitos e eosinófilos. Os restos epiteliais de malassez podem ser encontrados no tecido de granulação. Coleções de cristais de colesterol com células gigantes multinucleadas associadas e áreas de extravasamento de hemácias com pigmentação por hemossiderina podem estar presentes (NEVILLE et al., 2016) (Figura 4).

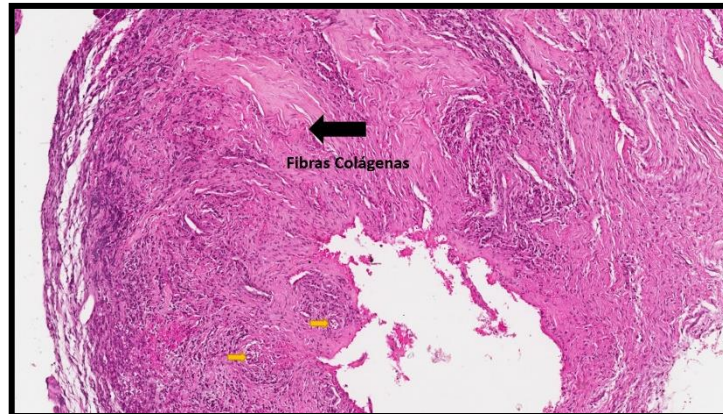


Figura 4: Granuloma periapical

Fonte: [www.patoestomatoufrgs](http://www.patoestomatoufrgs), 2019

O abscesso crônico é definido por conter uma lesão cavitada, na região periapical, preenchida por exsudato purulento e circundada por uma cápsula de característica fibrosa contendo infiltrado inflamatório crônico (BACALTCHUK et al., 2005) (Figura 5).

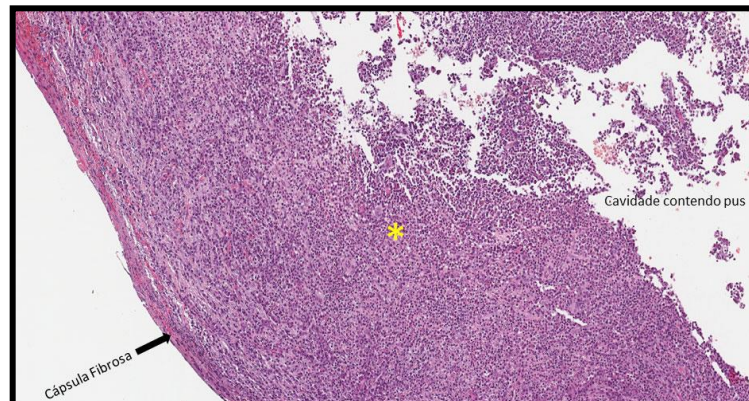


Figura 5: Abscesso periapical

Fonte: [www.patoestomatoufrgs](http://www.patoestomatoufrgs), 2019

Na lesão cística periapical é observado epitélio com várias estratificações além de paraqueratina, possuindo infiltrado inflamatório hiperemiado com muito volume de hemácias no interior (PEREIRA et al., 2012) (Figura 6).

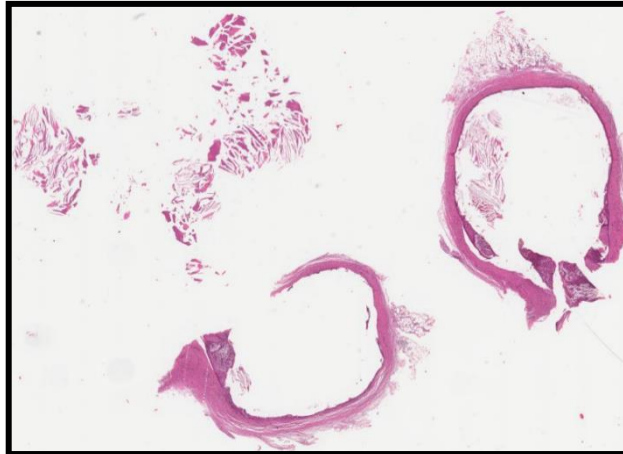


Figura 6: Cisto periapical

Fonte: [www.patoestomatoufrgs](http://www.patoestomatoufrgs), 2019

## 2.5 Tratamento

Quando se trata de lesões periapicais, sendo elas, extensas ou não, a primeira opção deve ser a endodôntica, baseando-se na eliminação do agente agressor por meios mecânicos e químicos (GOES; QUEIROZ, 2019). A exodontia é outra forma de terapia, principalmente em dentes sem possibilidades restauradoras, como também, o tratamento cirúrgico pode ser necessário (LEE, 2015; NEVILLE et al., 2016). Em pacientes com o diagnóstico de abscesso, sistemicamente comprometidos ou com sinais e sintomas de disseminação é necessário estabelecer a antibioticoterapia (NEVILLE et al., 2016).

No cisto periapical pode ser realizada a intervenção endodôntica em lesões de até 2 cm de diâmetro, por método conservador convencional quando há a possibilidade de regressão e as lesões com mais de 2 cm de diâmetro, por meio cirúrgico utilizando técnicas de enucleação, marsupialização ou descompressão, podendo ou não envolver a extração dentária (VASCONCELOS et al., 2012; NEVILLE et al., 2016).

Ambos os tratamentos bem executados apresentam baixa probabilidade de recidiva (VASCONCELOS et al., 2012). Porém, algumas vezes apenas a intervenção conservadora não é suficiente visto que, mesmo realizando a drenagem via canal e executando outros protocolos para a redução da lesão, ela pode persistir com

produção de líquido no interior da cavidade cística, sendo necessário combinar ao tratamento uma intervenção cirúrgica (SOARES et al., 2009).

A enucleação é o tratamento quando a lesão cística é removida sem ruptura. Nessa técnica cirúrgica, o plano de clivagem é formado para separar o cisto da cavidade óssea, pela presença da camada de tecido conjuntivo fibroso entre o componente epitelial (que reveste a face interna do cisto) e a parede óssea da cavidade cística. Este procedimento deve ser realizado de maneira cuidadosa, visando à remoção total da cápsula cística, diminuindo as chances de recidiva. Porém nem sempre é possível e a ruptura pode ocorrer na manipulação do cisto. (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015). Após a enucleação podem ser utilizados enxertos ósseos para melhor cicatrização da cavidade óssea remanescente (TURNES, 2017; REFFATTI; BORDIN; MAYRINK, 2018).

Visto que, o cuidado em não romper a membrana cística é importante para o sucesso do tratamento, observa-se que lesões com cápsulas espessas são mais fáceis de serem tratadas, tendo, portanto, um melhor prognóstico e em contra partida, lesões com cápsulas delgadas ou fragmentadas apresentam maior dificuldade durante o tratamento, podendo aumentar o tempo cirúrgico e com pior prognóstico (PEREIRA et al., 2012).

A marsupialização e a descompressão são consideradas formas de tratamento habituais para alguns tipos de cistos. Ambas as técnicas visam reduzir a pressão interna da lesão com a retirada de fluído da mesma, levando à redução progressiva da lesão, para posterior enucleação. O que difere as duas técnicas é que na descompressão é necessária a instalação de um artifício (dispositivo) para manutenção da abertura cirúrgica (PINTO et al., 2015).

A associação da biópsia com posterior análise histopatológica é indicada para descartar outros possíveis processos patológicos (VASCONCELOS et al., 2012; NEVILLE et al., 2016).

Após o tratamento endodôntico ou cirúrgico pode permanecer uma radiolucência periapical na região a qual se assemelha à uma osteíte rarefaciente periapical (LEE, 2015). Isso ocorre devido a formação de tecido cicatricial fibroso denso, principalmente quando ambas as tábuas corticais foram perdidas, portanto, é

imprescindível, além do exame radiográfico, analisar os sinais e sintomas do paciente (LEE, 2015; NEVILLE et al., 2016).

Aconselha-se o acompanhamento mínimo de 1 a 2 anos após o tratamento de qualquer lesão inflamatória periapical (NEVILLE et al., 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 20662619.4.0000.5237 e aprovado em 07/10/2019 (Anexo A).

Paciente R.B.R.P, gênero feminino, feoderma, 13 anos e 10 meses de idade, junto com sua mãe buscaram atendimento odontológico em consultório particular para tratamento ortodôntico, em dezembro de 2018. Após avaliação de exame radiográfico, observou-se a necessidade de tratamento de lesões periapicais inflamatórias em mandíbula.

A paciente foi encaminhada para tratamento com cirurgião bucomaxilofacial no Hospital das Clínicas, em Volta Redonda, com acompanhamento dos alunos do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), autores deste trabalho, em maio de 2019.

Na análise da radiografia panorâmica de dezembro de 2018, detectou-se: presença de todos os elementos dentários permanentes; elemento 36 com extenso material restaurador, tratamento endodôntico, reabsorção radicular externa na região apical da raiz mesial, apresentando imagem radiolúcida arredondada com halo radiopaco, localizada no sentido mésio-distal da raiz distal do elemento 36 até mesial do elemento 35 e no sentido vertical estendendo-se até próximo à cortical inferior do corpo mandibular, sugestivo de cisto periapical; elemento 46 com extensa imagem radiolúcida em coroa, sugestiva de cárie, aumento do espaço do ligamento periodontal e pequenas imagens radiolúcidas associadas aos ápices das raízes, sugestivo de granuloma (Figura 7).



Figura 7: Radiografia panorâmica – Dezembro de 2018.

Durante o planejamento do tratamento houve uma evolução das lesões do elemento 46, com aumento de volume do lado direito da face, acompanhado de dor e febre sugerindo um abscesso periapical. Com isso, priorizou-se o tratamento emergencial deste processo infeccioso, evitando maiores complicações.

Em ambiente hospitalar, inicialmente foi realizado o tratamento do abscesso periapical com antibioticoterapia intravenosa, drenagem intraoral e extração do elemento 46. Após a regressão dos sinais e sintomas da lesão, 4 dias depois (Figuras 8 a 11), realizou-se o tratamento cirúrgico do suposto cisto radicular associado ao elemento 36 com a extração do mesmo, enucleação da lesão, curetagem da loja cirúrgica, coleta do material, e preenchimento com enxerto ósseo heterólogo (Figuras 12 a 19). O espécime foi imerso em solução fixadora (formaldeído a 10%) 10 vezes o seu volume e a peça foi encaminhada ao Laboratório Falcão, em Volta Redonda, para análise histopatológica.



Figura 8: Arcada inferior



Figura 9: Pós-cirúrgico - região do 46.



Figura 10: Pré-cirúrgico - região do 36.



Figura 11: Redução do volume da face – lado direito.



Figura 12: Acesso cirúrgico – região do 36.



Figura 13: Exodontia do elemento 36.



Figura 14: Esvaziamento da lesão.

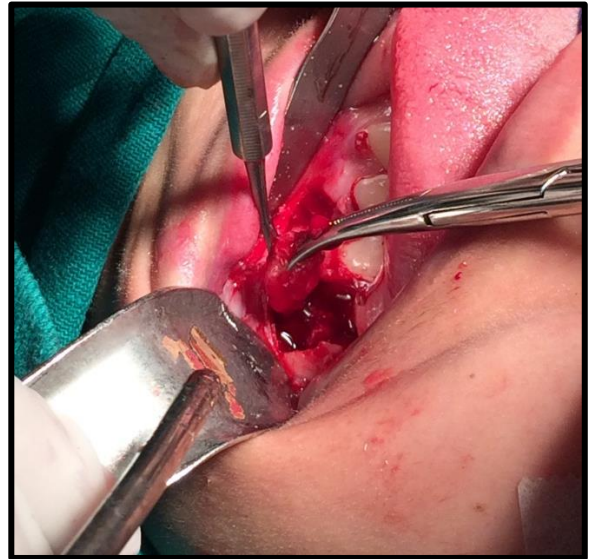


Figura 15: Remoção da lesão.



Figura 16: Material coletado.

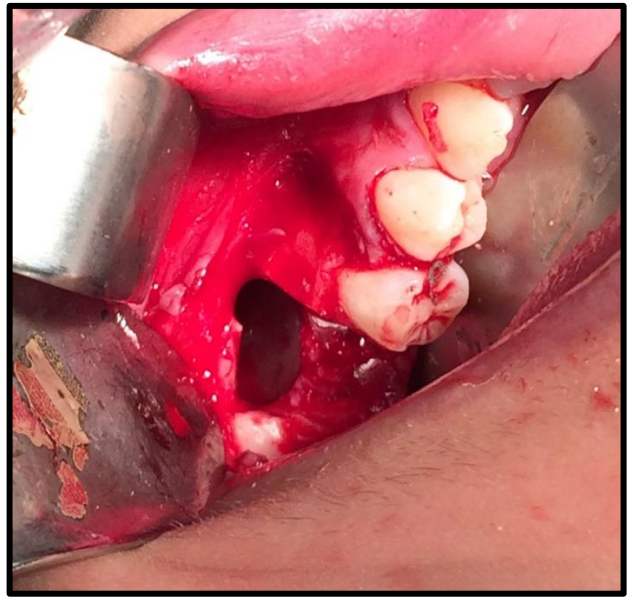


Figura 17: Loja cirúrgica.



Figura 18: Preenchimento com enxerto ósseo.



Figura 19: Sutura.

Na análise histopatológica foram encontrados fragmentos de cisto da mandíbula, revestido por epitélio escamoso com exocitose neutrofílica. A parede apresentava matriz frouxa, abundante neoformação capilar e infiltrado inflamatório

constituído por neutrófilos, linfócitos, macrófagos e fibroblastos, confirmando a hipótese diagnóstica de cisto periapical (Apêndice A).

Em dezembro de 2019 foi realizada nova radiografia panorâmica para avaliação da neoformação óssea nas regiões das extrações dentárias e lesões inflamatórias periapicais. Na região do elemento 46 observou-se remodelação óssea e na região do elemento 36 observou-se imagem radiopaca arredondada compatível com enxerto ósseo, com imagem radiolúcida adjacente à borda inferior e anterior (Figura 20).



Figura 20: Radiografia panorâmica – Dezembro de 2019.

Em fevereiro de 2020, realizou-se radiografia panorâmica para acompanhamento da evolução da neoformação óssea na região do elemento 36, sem alterações significativas (Figura 21).



Figura 21: Radiografia panorâmica – Fevereiro de 2020.

A paciente será monitorada por aproximadamente 2 anos a partir da data dos procedimentos cirúrgicos e no momento oportuno, encaminhada para reabilitação dos elementos extraídos.

## 4 DISCUSSÃO

A lesão cariiosa, o trauma e a doença periodontal podem levar a necrose pulpar e como forma de defesa, evoluírem para lesões periapicais, como granuloma, abscesso e cisto (SOARES, 2002; LOPES; SIQUEIRA, 2004; BASSETTO, 2010; ARITA, 2012; BARBIN et al., 2012; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2013; RODRIGUES; CANGUSSU; FIGUEIREDO, 2015; NEVILLE et al., 2016). No caso relatado, a paciente apresentava no elemento 46 destruição da coroa, que levou ao desenvolvimento do abscesso periapical. No elemento 36, notou-se extenso material restaurador, fratura coronária, tratamento endodôntico com lesão associada, diagnosticada como cisto periapical.

Lesões periapicais não tratadas podem ocasionar complicações como osteomielite, celulite e fratura patológica (LEE, 2015; KUMAR et al., 2011; SANTOS-FILHO; SOUZA, 2019). No presente caso, devido à extensão da lesão cística, havia o risco de fratura do corpo mandibular e com a progressão do abscesso, uma complicação maior como a celulite.

As características clínicas do granuloma são dor latejante e constante, sensibilidade à percussão (NEVILLE et al., 2016), alterações de cor da coroa e ausência de resposta aos estímulos térmicos (BASSETTO, 2010). No estágio inicial do abscesso, o dente pode apresentar sensibilidade que diminui pressionando diretamente o local e com a evolução ocorre aumento da dor, sensibilidade à percussão, extrusão dentária, inchaço dos tecidos, sem resposta da polpa aos estímulos (NEVILLE et al., 2016). Os cistos periapicais, comumente, são assintomáticos e podem estar associados à mobilidade, deslocamento dentário e tumefação da região (VASCONCELOS et al., 2012; MENDONÇA, 2017), por outro lado, quando infectado, gera sintomatologia (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015). Inicialmente, a paciente encontrava-se assintomática, visto que procurou atendimento odontológico para tratamento ortodôntico e com o agravamento da lesão inflamatória do elemento 46, ocorreu dor e febre.

As características radiográficas do granuloma são radiolucidez periapical circular ou ovóide, pequena, podendo apresentar osteogênese reacional, com

ausência da cortical alveolar no ápice radicular (BASSETTO, 2010). No abscesso, em seu primeiro estágio, ocorre aumento do espaço do ligamento periodontal, espessamento da lâmina dura e com a evolução, imagem radiolúcida mal definida (CARDOSO; ARAUJO; ANJOS NETO, 2016). O cisto periapical apresenta imagem radiolúcida, oval ou redonda, circunscrita por halo radiopaco, com ausência da lâmina dura no ápice radicular (MARTINS-NETO; DANES; UNFER, 2004). A reabsorção radicular externa das raízes dos dentes envolvidos pelas lesões inflamatórias pode estar associada (LEE, 2015).

Estas lesões apresentam histologicamente, infiltrado inflamatório, hiperemiado ou crônico, circundado por cápsula de tecido conjuntivo fibroso e ainda no abscesso periapical a presença de exsudato purulento (BACALTCHUK et al., 2005; PEREIRA et al., 2012; NEVILLE et al., 2016).

O tratamento compreende: terapia endodôntica, exodontia e tratamento cirúrgico (VASCONCELOS et al., 2012; LEE, 2015; NEVILLE et al., 2016; GOES; QUEIROZ, 2019) associado à antibioticoterapia quando necessário (NEVILLE et al., 2016) e posterior análise histopatológica (VASCONCELOS et al., 2012; NEVILLE et al., 2016).

No tratamento cirúrgico utilizam-se técnicas de enucleação (VASCONCELOS et al., 2012; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015; NEVILLE et al., 2016), marsupialização e descompressão (VASCONCELOS et al., 2012; PINTO et al., 2015; NEVILLE et al., 2016), podendo ser utilizados enxertos ósseos para auxiliar na cicatrização (TURNES, 2017; REFFATTI; BORDIN; MAYRINK, 2018). O tratamento da paciente compreendeu: exodontia do elemento 46, drenagem do abscesso e antibioticoterapia intravenosa, seguido de exodontia do elemento 36, enucleação do cisto, preenchimento com enxerto ósseo heterólogo.

Após o tratamento das lesões pode haver formação de tecido cicatricial fibroso gerando imagem radiolúcida periapical, portanto, torna-se necessário o acompanhamento radiográfico e clínico (LEE, 2015; NEVILLE et al., 2016) pelo tempo mínimo de 1 a 2 anos (NEVILLE et al., 2016). Neste caso, realizaram-se radiografias panorâmicas para monitoramento da cicatrização óssea nas regiões das lesões. A paciente será acompanhada até a regeneração óssea completa na região da lesão cística, quando será encaminhada para reabilitação dos elementos extraídos.

## **5 CONCLUSÃO**

As lesões inflamatórias periapicais são decorrentes da necrose pulpar. Na fase inicial, comumente, são assintomáticas e apresentam discretas alterações radiográficas, aumento do espaço do ligamento periodontal, perda da continuidade da lâmina dura apical e imagem radiolúcida associada ao ápice do dente envolvido. Com a evolução podem se tornar sintomáticas e apresentarem características radiográficas diversas na região periapical dos dentes, tais como: no granuloma, pequena imagem radiolúcida circular ou ovóide e halo radiopaco descontínuo; no abscesso periapical, imagem radiolúcida difusa; e no cisto periapical, imagem radiolúcida circular ou ovóide, circunscrita por halo radiopaco.

O tratamento pode empregar procedimentos conservadores, como tratamento endodôntico ou procedimentos invasivos, como exodontia, enucleação, descompressão ou marsupialização, associados à antibioticoterapia e análise histopatológica, quando necessárias.

Foi apresentado um caso de uma paciente jovem que foi submetida ao tratamento em ambiente hospitalar de duas lesões em mandíbula, abscesso periapical e cisto periapical, utilizando exodontia dos dentes envolvidos, enucleação do cisto, drenagem do abscesso, antibioticoterapia, exame histopatológico e preservação.

Concluiu-se que o caso relatado corrobora com a literatura com relação às características clínicas, radiográficas, histopatológicas e as formas de tratamento das lesões inflamatórias periapicais.

## 6 REFERÊNCIAS

ARITA, E.S. **Atlas de Diagnóstico Oral por Imagens**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BACALTCHUK, M.; CUMERLATO, M.L.; ZARDO, P.; LUISI, S.B.; RADOS, P.V.; BARBACHAN, J.J.D. Avaliação da prevalência de lesões periapicais examinadas no laboratório de patologia bucal da FO-PUCRS nos anos de 1973, 1983, 1993 e 2003. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.20, n.50, p. 324-9, 2005.

BARBIN, E.L.; SPANÓ, J.C.E.; DE MATOS, M.; SCHNORREBERGER, R. Aspectos Gerais do Comprometimento do Periodonto Apical. **Plataforma de Ensino Continuo de Odontologia e Saúde (PECOS)**, Pelotas, 2012. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pecos/files/2015/03/aspectos-gerais-do-comprometimento-do-periodonto-apical.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019.

BASSETTO, C. **Características clínicas e radiográficas – Granulomas e cistos periapicais**. 2010. 42p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Radiologia Odontológica e Imaginologia) - Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2010.

CARDOSO, A.V.A.; ARAUJO, R.A.; ANJOS NETO, D.A. **Tratamento de uma lesão periapical extensa na região anterior da maxila. Relato de caso**. 2016. 15p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Tiradentes, Aracaju, 2016.

CORRÁ, L.M.C.; CORRÁ, A.F.C.; NICOLAU, R.A.; FROIS, I.M. Drenagem abcesso periapical extra-oral (relato de caso). XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2010.

GOES, K.N.; QUEIROZ, P. M.; Regressão de lesão periapical extensa decorrente de necrose pulpar mediante tratamento endodôntico – relato de caso. **Revista Uningá**, Maringá.v.56; n. 3; p. 80-8, 2019.

HUPP, J.R.; ELLIS, E.; TUCKER, M.R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 6 ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

KUMAR, N. D.; SHERUBIN, J. E.; RAMAN, U.; SHETTAR, S. Solitary boné cyst. **Department of Oral Medicine, College of Dental Sciences**. Davangere, v.22, n.1, p.172-4, 2011.

LEE, L. Doença Inflamatória. In: WHITE, S.C.; PHAROAH, M.J. **Radiologia Oral Princípios e Interpretação**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA, J. F. J. **Endodontia: Biologia e Técnica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MARTINS-NETO, M.; DANES, C.C.; UNFER, D.T. Contribuição ao estudo do cisto radicular revisão de literatura. **Rev. Saúde**. Santa Maria, v.30, n.1, p.90-9. 2004.

MENDONÇA, D.W.R.; CONCEIÇÃO, H.C.; MARTINS, V.B.; LIMA, K.A. Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. **Arch Health Invest**, Manaus, v.6; n.8; p. 363-70, 2017.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; CHI, A.C. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4a ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PEREIRA, J.S.; MILAGRES, R.M.; ANDRADE, B.A.B.; MESSORA, M.R.; KAWATA, L.T. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac**. Camaragibe, v.12, n.2, p.37-42, 2012.

PINTO, G.N.S.; FIGUEIRA, J.A.; GONÇALES, E.S.; SANT'ANA, E.; TOLENTINO, E.S. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **RFO**. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. Passo Fundo, v.20, n.3, p.361-6, 2015.

REFFATTI, F.A.; BORDIN, D.G.W.; MAIRINK, A.S. **Enucleação de lesão cística seguida de enxerto ósseo homogêneo - relato de caso**. II Semana Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. 2018.

REGEZI, J.; SCIUBBA, J. JORDAN, R. **Patologia Oral. Correlações Clínicopatológicas**. 6ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

RODRIGUES, J.E.M.; CANGUSSU, I.S.; FIGUEIREDO, N.F. Abscesso Periapical versus Periodontal: Diagnóstico diferencial – Revisão de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**. Belo Horizonte, v.11, n.1, p.5-9, 2015.

SANTOS FILHO, D.B.; SOUZA, F.G.M. Angina de Ludwig: aspectos relevantes para o cirurgião dentista. **Revista Favenorte Interdisciplinar**. Paraná, v.1, n.1, p.14-9, 2019.

SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. **Endodontia, técnica e fundamentos**. Porto Alegre, Artmed, 2002.

SOARES, J.V., OLIVEIRA, M.T.F., GUIMARÃES, G.A., SANTOS, C.R.R., DANTAS, P.C.L. Curetagem de lesões periapicais refratárias com simultânea obturação dos canais radiculares. **Rev. bras. Odonto**. Rio de Janeiro, v.66, n.1, p.76-81, 2009.

TAMIMI, D.F.; KOENIG, L.J.; AL-EKRISH, A.A.; RATHI, S.; SCHETRITT, A.; BAJUNAID, S.O.; SAWISCH, T. et al. **Especialidades em Imagens. Implantes Dentários**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

TURNES, C.F.S. Enucleação de cisto periapical com uso de biomaterial no defeito ósseo; relato de caso clínico. 2017. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Patologia e Estomatologia. 2019. Disponível em: <http://patoestomatoufrgs.com.br>. Acesso em: 17 mar. 2020.

VASCONCELOS, R.G.; QUEIROZ, L.M.G.; ALVES-JUNIOR, L.C.; GERMANO A.R.; VASCONCELOS, M.G. Abordagem terapêutica em cisto radicular de grandes proporções - Relato de caso. **Rev. Brasileira de ciências da saúde**. Natal, v.16, n. 3, p.467-74, 2012.

## APÊNDICE A: Exame histopatológico



Dr(a):  
 Convênio:  
 Dt. Nasc.: / / Posto: Matriz  
 Local: HC

Cliente: -  
 Registro:  
 Data: 29/05/2019 17:50  
 Liberado: 23/12/2019 17:30

Impresso em: 09/01/2020 Página: 1 de 1

### PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

**Anátomo Patológico (Material) - Biópsia de mandíbula ANP19003513**

#### Macroscopia

Várias formações teciduais pardacentas, medindo em conjunto 2,0x2,0x0,5cm, apresentando aos cortes consistência firme-elástica. Junto acompanha três fragmentos ósseos medindo o maior 1,2cm, de consistência firme. (VFSR/1B) + (3FSR descalcificando/1B)

Data da clivagem: 05/06/2019  
 RFO

#### Micróscopia

Fragmentos de cisto da mandíbula, revestido por epitélio escamoso com exocitose neutrofilica. A parede mostra matriz frouxa, com abundante neoformação capilar e infiltrado inflamatório constituído por neutrófilos, linfócitos, macrófagos e fibroblastos.

#### Conclusão:

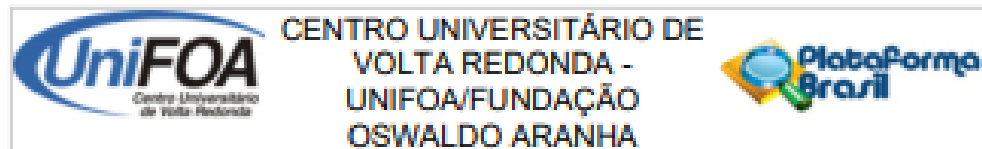
Cisto radicular (periodontal).

  
 Dr. Pedro Machado Falcão  
 CRM: 52.18281-8  
 Assinado Eletronicamente

**INFORMAÇÃO IMPORTANTE:**  
 Os exames laboratoriais devem ser interpretados pelo médico assistente, pois podem sofrer alterações em estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos e outras situações adversas.

Razão Social: Laboratório Médico Dr. Falcão Ltda.  
 CNPJ: 31848435/0001-14 CRM / LAB: 52.0097811-3PJ  
 Responsável Técnico: Dr. Pedro Gustavo Ferreira Falcão CRM do Responsável: 52650153  
 Endereço: Rua 41, Nº 518, Vila Santa Cecília - Volta Redonda / Tel: (24) 3348-1388

## ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** LESÕES INFLAMATÓRIAS PERIAPICAIS NA MANDÍBULA: RELATO DE CASO

**Pesquisador:** Roberta Mansur Caetano

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20662619.4.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.626.005

**Apresentação do Projeto:**

As reações inflamatórias periapicais são decorrentes da necrose pulpar e contaminação bacteriana do canal radicular, uma vez estabelecida, desenvolvem-se em lesões inflamatórias periapicais na forma de distos inflamatórias, granulomas e abscessos periapicais. Tais lesões, nas mais variadas dimensões, são tratadas de forma conservadora ou cirúrgica, preservando ou não o elemento dentário acometido.

**Objetivo da Pesquisa:**

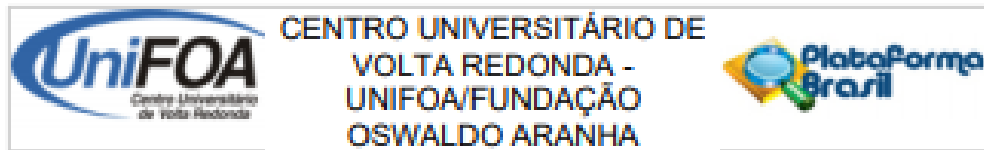
O objetivo desse estudo sobre as lesões inflamatórias periapicais será abordar as características clínicas, radiográficas e histopatológicas, bem como as formas de tratamento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

As lesões periapicais inflamatórias podem disseminar às outras estruturas, com várias complicações como a Angina de Ludwig. Os tratamentos empregados seguiram o que se recomenda na literatura. Devido a grande dimensão do duto periapical, houve o risco de fratura do corpo mandibular. Entretanto, foram realizadas recomendações à paciente e o pós-operatório transcorreu sem intercorrências.

**Benefícios:**

**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:** coepa@foa.org.br



Continuação do Parecer: 3.626.005

No tratamento com a remoção de ambas lesões periapicais inflamatórias foram removidos os agentes infecciosos causadores das mesmas, promovendo a saúde bucal da paciente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa se mostra pertinente e relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos se enquadram nas normas.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não existem pendências.

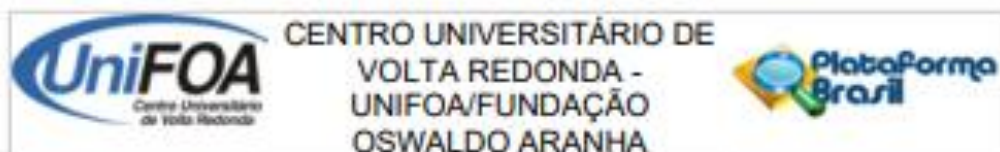
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FOLHA DE ROSTO ROBERTA MAN SUR LESOES ASSINADA.pdf	26/09/2019 16:04:27	Ana Carolina Gloseffi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1431606.pdf	10/09/2019 23:12:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.pdf	10/09/2019 23:11:43	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	10/09/2019 23:11:24	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	uscimagem.pdf	09/09/2019 23:34:46	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	09/09/2019 23:34:24	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPesquisa.docx	09/09/2019 23:33:33	Roberta Mansur Caetano	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Eraldo 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: 3.626.065

Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	09/09/2019 23:33:02	Roberta Mansur Castano	Aceito
----------------	------------------------	------------------------	---------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VOLTA REDONDA, 07 de Outubro de 2019

**Assinado por:**

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

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