

Tratamento conservador de grandes cistos para idosos: revisão de literatura e relato de caso**Conservative treatment of large cysts for elderly: literature review and case report**

DOI:10.34115/basrv4n6-047

Recebimento dos originais:03/11/2020

Aceitação para publicação:16/12/2020

Lidylara Lacerda Araújo CarvalhoGraduado(a) em Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES
E-mail:lidylacerda@hotmail.com**Anna Karolyne Grando Silveira**Graduando em Medicina - Instituto de Ciências da Saúde - ICS. Faculdades Unidas do Norte de Minas
- FUNORTE**Adriel Soares de Melo**

Especialista em Endodontia - Faculdade de Odontologia da Universidade de Itaúna – FOU

Alex Fabiany de Carvalho Quintino

Departamento de Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Danillo Costa Rodrigues

Departamento de Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Mario Rodrigues de Melo Filho

Departamento de Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

RESUMO

A saúde geral dos idosos caracteriza-se por uma multiplicidade de carga de doenças, em que os problemas aparecem mais frequentemente e as doenças somáticas existentes tornam-se crônicas. As lesões císticas, por exemplo, são distúrbios comuns na região bucomaxilofacial e apresentam-se como cavidades patológicas revestidas por membrana de tecido epitelial de conteúdo fluido a sólido em seu interior. Nesse sentido, é de suma importância escolher modalidades de tratamento conservador com finalidade de reduzir a lesão, evitar o comprometimento de estruturas anatômicas adjacentes para assim minimizar morbidades adicionais a esses pacientes. As terapias mais conservadoras para o tratamento de grandes cistos incluem: descompressão, marsupialização e enucleação simples com ou sem curetagem. O objetivo desse trabalho é apresentar uma revisão de literatura e relato de caso clínico de um paciente de 66 anos que foi submetido a técnicas conservadoras para o tratamento de um cisto exuberante.

Palavras-chave: Cistos, Descompressão, Serviços de Saúde para Idosos, Tratamento Conservador.

ABSTRACT

The general health of the elderly is characterized by a multiplicity of disease burden, in which problems appear more frequently and existing somatic diseases become chronic. Cystic lesions, for example, are common disorders in the maxillofacial region and present as pathological cavities covered by a membrane of epithelial tissue with a fluid to solid content inside. In this sense, it is of utmost importance to choose conservative treatment modalities in order to reduce the lesion, avoid the involvement of adjacent anatomical structures, thus minimizing additional morbidities for these patients. The most conservative therapies for the treatment of large cysts include: decompression, marsupialization and simple enucleation with or without curettage. The objective of this work is to present a literature review and clinical case report of a 66-year-old patient who underwent conservative techniques for the treatment of an exuberant cyst.

Keywords: Cyst, Decompression, Health Services for the Aged, Conservative Treatment.

1 INTRODUÇÃO

Na velhice, novos problemas aparecem com maior frequência e as doenças somáticas existentes tornam-se crônicas. Além disso, o estado de saúde das pessoas idosas determina uma série de características que complicam significativamente o curso das principais doenças e contribuem para a progressão de alterações patológicas (MORAES, 2012). Tem-se como exemplo as lesões císticas, distúrbios comuns na região bucomaxilofacial, sendo caracterizadas por uma cavidade patológica revestida por membrana de tecido epitelial, apresentando em seu interior conteúdo fluido ou semi-sólido. (LIANG *et al.*, 2015).

Diferentes modalidades terapêuticas destas lesões são condicionadas para idosos, cuja escolha dependerá de vários fatores, dentre eles a idade do paciente, a localização e o tamanho da lesão ou se é um cisto primário ou recorrente. O importante é escolher a modalidade de tratamento que acarrete o menor risco possível de recidiva e a mínima morbidade e, ao mesmo tempo, que leve à erradicação do cisto (PARK *et al.*, 2014).

O objetivo deste trabalho é descrever tratamentos conservadores de grandes cistos para os idosos. As terapias conservadoras para os grandes cistos incluem: descompressão e marsupialização. Essas técnicas estão na literatura mundial desde os tempos remotos até os atuais e são as menos agressivas em termos de escolha de um tratamento. Resultam na diminuição da pressão intracística, favorecendo a aposição do novo tecido ósseo por trás da parede cística (CASTRO *et al.*, 2017). Já o tratamento agressivo engloba a curetagem (mecânica, física, química) e ou ressecção (NEVILLE *et al.*, 2016). O presente estudo relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino que após ser realizada a completa anamnese, apresentou como suspeita de diagnóstico o ceratocisto odontogênico, ameloblastoma e cisto inflamatório residual. Em sequência, optou-se em realizar uma punção aspirativa seguida de biópsia incisional e marsupialização.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Uma cavidade patológica revestida por uma membrana de tecido epitelial, apresentando em seu interior conteúdo fluido ou semi-sólido é o que define um cisto (REGEZI e SCIUBBA, 2017). De acordo com NEVILLE *et al.*, (2016), o cisto é caracterizado histologicamente como uma cavidade revestida por epitélio e circundada pela cápsula fibrosa. O diagnóstico é resultado das características clínicas e radiográficas, além da análise anatomopatológica após a biópsia.

NEVILLE *et al* (2016, p. 73) afirma que “independentemente da sua origem, os cistos que se desenvolvem na região oral e maxilofacial tendem a aumentar lentamente de tamanho, possivelmente em resposta a um ligeiro aumento da pressão hidrostática luminal”.

Estes cistos constituem um grupo de processos patológicos de conhecimento imprescindível para o cirurgião-dentista, que deve fazer um diagnóstico correto com as técnicas atualmente disponíveis e assim estabelecer sua conduta conforme a necessidade do paciente idoso (REGEZI e SCIUBBA, 2017).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2017), a proporção de idosos em todo o mundo está aumentando e à medida que ultrapassam o marco de 60 anos, a incidência e prevalência de doenças bucais aumenta constantemente. Desta forma, a saúde geral das pessoas na faixa etária mais elevada é caracterizada por uma série de doenças somáticas e suas combinações (MORAES, 2012).

“Em relação ao sistema estomatognático, é importante ressaltar que o processo natural de envelhecimento envolve mudanças estruturais fisiológicas e os distúrbios decorrentes deste sistema são geralmente associados a mudanças nos dentes, ossos, órgãos fonoarticulatórios e controle neurológico de fibras musculares, que podem determinar a funcionalidade dessas estruturas. (SILVA, 2017).

Os problemas mais comuns que distinguem os pacientes idosos são as doenças somáticas que interferem na eficácia da terapia odontológica, as deficiências físicas, ao limitar a capacidade de se obter um efeito positivo do atendimento odontológico e a incapacidade de se adaptar às necessidades diárias (CHAIMOWICZ, 2013).

Formações císticas na cavidade bucal podem ser oriundas da inobservância das regras de higiene (contribuindo para o desenvolvimento de uma infecção secundária) ou estrutura inadequada dos tecidos locais em razão de lesões mucosas, anomalias congênitas do desenvolvimento, curso prolongado de doenças da cavidade oral (cárie, estomatite, doença periodontal e outras), inflamação e supuração de tecidos na nasofaringe com sinusite e outras doenças (NEVILLE *et al.*, 2016, REGEZI E SCIUBBA, 2017).

A redução da imunidade é muito comum em pessoas idosas, o que também contribui para o surgimento de cistos. Esse enfraquecimento dos mecanismos de proteção do corpo aos efeitos das bactérias patogênicas leva à inflamação dos tecidos na cavidade bucal (PARK *et al.*, 2014).

Segundo REGEZI e SCIUBBA, (2017) para fazer um diagnóstico correto das lesões císticas, torna-se viável e de extrema importância uma análise do histórico clínico e realização do exame físico para compor a impressão diagnóstica, a qual será estabelecida como um diagnóstico definitivo juntamente com a realização dos exames complementares necessários.

O que se deve levar em conta é especialmente os sinais e sintomas do quadro clínico, mas o exame radiográfico é, sem dúvida, o primeiro método utilizado no diagnóstico do cisto oral e maxilofacial, onde a imagem básica tem muitas variantes, que não só dependem do tipo de cisto, mas também de sua localização e grau de destruição e expansão (NEVILLE *et al.*, 2016).

Os estudos radiológicos apresentam dados que complementam o diagnóstico clínico obtido inicialmente. Em um cisto odontogênico, por exemplo, observa-se uma área radiolúcida de forma arredondada ou oval, cercada por um fino halo radiopaco de notável clareza, a imagem pode apresentar algumas variações a depender do tipo de cisto e do grau de destruição das estruturas vizinhas. As radiografias intra-orais do tipo oclusal e periapical reproduzem uma imagem mais nítida da área cística, mas pelo tamanho do filme, não expõem a dimensão real da lesão, revelando apenas uma porção do cisto. A radiografia panorâmica oferece uma área de visualização mais ampla e a incidência de *Watters* permite estudar o terço médio da face, especialmente os seios maxilares. Para uma melhor delimitação da lesão, relação com estruturas vizinhas e planejamento cirúrgico é necessária tomografia computadorizada de feixe cônico, já que esta permite uma visualização tridimensional das estruturas maxilofaciais, superando as limitações inerentes às radiografias (NEVILLE *et al.*, 2016; Junqueira *et al.*, 2011; REGEZI e SCIUBBA, 2017).

Os cistos do tipo ceratocisto compartilham características clínicas e radiográficas de outras lesões como as neoplasias. Por esse motivo, a biópsia é um elemento diagnóstico fundamental, associada às técnicas conservadoras que também permitem a obtenção de partes da lesão no mesmo procedimento cirúrgico (MATOS *et al.*, 2012, CARRERA *et al.*, 2013).

Para alcançar o tratamento mais apropriado deve-se considerar alguns fatores, como a idade do paciente, a localização e o tamanho da lesão, se a mesma é primária ou uma recidiva. Lesões de grandes dimensões podem ser tratadas previamente à excisão cirúrgica definitiva pelos métodos de descompressão e marsupialização, que objetivam realizar uma comunicação do interior da lesão com a cavidade bucal, o que leva à diminuição do tamanho da cavidade cística (ARIANA, 2012; CASTRO *et al.*, 2017).

O tratamento de descompressão empregado para lesões tais como cisto dentífero, cisto radicular, ceratocisto e ameloblastoma unicístico requer uma abertura na cavidade cística e sutura de um tubo de descompressão para a manutenção dessa janela cirúrgica entre a cavidade da lesão e o ambiente bucal. O tubo de descompressão é um dispositivo cilíndrico (podendo ser de borracha ou plástico) que tem

como objetivo manter a permeabilidade contínua entre ambas as cavidades. A drenagem deve ser mantida de 1 a 14 meses, com uma média de 10 meses (CARNEIRO *et al.*, 2012; JUNG, BAEK, LEEM, 2014; GAO *et al.*, 2014; CASTRO *et al.*, 2017).

O procedimento, por liberar a pressão intramural e minimizar o tamanho das lesões císticas ao reduzir sua pressão osmótica, favorece a formação de tecido ósseo novo e desenvolve menos complicações que a enucleação, curetagem e ressecção. Além de preservar os tecidos intra-orais, esta técnica mantém a vitalidade da polpa e reduz as taxas de recidiva (3,7%), assim possui um prognóstico favorável (GAO *et al.*, 2014 e JUNG; BAEK; LEEM, 2014; SUN-TAE LEE *et al.*, 2017).

Numerosos dispositivos e métodos de adaptação foram sugeridos e utilizados com sucesso para manter a abertura durante a descompressão. NEVILLE *et al.*, 2016 cita vários tipos de tubos e utiliza diversos tipos de materiais, tais como, cânula de plástico, sonda uretral e retal de polietileno, tubo de anestésico, sugador de saliva, cápsula protetora de agulha odontológica.

Já JUNG; BAEK; LEEM, (2014) apresentam um novo tubo de aço inoxidável que possui algumas vantagens como sua forma de funil, pois evita que o dispositivo caia na cavidade ou a radiopacidade do dispositivo, que permite a estimativa do seu comprimento, tamanho e posição dentro da cavidade. O tubo de aço pode ser comoditizado em três tipos, um tipo padrão universal, um tipo com entrada plana para dentes posteriores e um de diâmetro pequeno para dentes anteriores. Segundo os mesmos autores o comprimento ideal do tubo é determinado por exame radiográfico, seja por tomografia computadorizada de feixe cônico ou radiografia panorâmica, assim como seu preparo e corte no comprimento adequado.

Além do tubo de aço inoxidável, usa-se um fio ortodôntico de 0,25 mm para fixar o dispositivo de descompressão. Na técnica faz-se um laço com uma extremidade de fio de aço inoxidável, na parte superior do tubo que será exposto na cavidade oral, e a outra extremidade do fio deve ser enrolada ao redor do tubo. O fio é soldado no tubo usando-se uma tocha e solda de prata para adaptação do laço. A parte soldada é aparada, alisada e polida para uma forma que impeça o deslocamento do dispositivo no lúmen da lesão cística. E assim, sob anestesia local, o dispositivo é inserido na cavidade do cisto para continuidade entre a cavidade cística e o ambiente bucal associada a irrigação diária do cisto durante a descompressão. Um fio de ligadura é passado através da parte superior do dispositivo, e o tubo está preso com o fio em torno das junções cimento-esmalte do dente adjacente na área patológica (JUNG, BAEK, LEEM, 2014).

A literatura descreve algumas peculiaridades ideais do tubo de descompressão como fácil adaptação e remoção, superfície lisa para impedir adesão de alimentos e permitir limpeza fácil, baixo custo, irrigação adequada da cavidade e boa visualização durante o exame radiográfico (JUNG, BAEK, LEEM, 2014). Entre as principais desvantagens da descompressão temos o tubo perdido, a obliteração

da entrada do tubo, dificuldades para enxaguar, problemas com a irrigação e infecções. (OLIVEROS-LOPEZ, 2017)

GAO *et al.*, (2014) relataram que o tempo médio de descompressão é de 7,6 meses para pacientes com menos de 18 anos, o que é significativamente menor do que em adultos, que gira em torno de 9,5 a 12 meses. A cirurgia secundária definitiva deve ser realizada após a descompressão, quando houver osso suficiente para prevenir danos nas estruturas vitais adjacentes (GAO *et al.* 2014).

LEE *et al.*, 2017 avaliaram a extensão do efeito da descompressão em lesões maxilares e mandibulares. A fim de determinar o grau de sua eficácia, dividiram em índices o tamanho da lesão inicial e final para analisar a taxa de redução. Um dos resultados do seu estudo demonstrou que as lesões tinham uma cerca de 1.349 mm antes da descompressão e 463 mm após a descompressão, um tamanho médio de diminuição de 64%. As lesões em mandíbula diminuíram em 10% a mais em tamanho do que na maxila. Além disso, lesões maiores reduziram mais rapidamente que as menores. Ao comparar a redução de tamanho com base na idade do paciente, LEE *et al.*, 2017 demonstraram que a queda foi maior nos pacientes adolescentes em comparação com os outros grupos etários.

Os efeitos da descompressão com base na idade são controversos, pois também foi relatado em ANAVI *et al.*, 2011 que o tempo de descompressão em pacientes mais velhos é significativamente mais alto, contudo sem afetar a taxa de sucesso da terapêutica. Portanto, mesmo em idades mais avançadas, se há uma grande lesão cística na mandíbula, complicações pós-operatórias podem ser reduzidas, devido à diminuição da lesão através da descompressão.

Técnicas de descompressão e de marsupialização, ao diminuir a pressão intracística, permitem alcançar os seguintes resultados: diminuição do tamanho da lesão, com a conseqüente minimização da extensão da segunda cirurgia, novo tecido ósseo por trás da redução da lesão, proteção de estruturas vitais, entre outros. No que diz respeito à análise endodôntica, a técnica de descompressão é proposta como alternativa à cirurgia apical para grandes áreas de rarefação envolvendo estruturas anatômicas (CASTRO-NÚÑEZ *et al.*, 2016; REGEZI e SCIUBBA, 2017).

Como vantagens da técnica descompressiva (GAO *et al.*, 2014), relatam que o dreno instalado facilita a higienização por parte do paciente e, além disso, serve como um corpo estranho ajudando a atrair células do organismo, o que explicaria o alto índice de redução da lesão em um curto espaço de tempo, associado a um elevado percentual de neoformação óssea. Além disso, a técnica apresenta menor morbidade do que técnicas como a ostectomia periférica e ressecção. Alguns autores criticam essa técnica e citam como desvantagem o fato de grande parte dos casos precisar de um segundo procedimento para tratamento definitivo, a enucleação (GAO *et al.*, 2014).

TORRES-LAGARES *et al.*, 2011 descreve como desvantagem o fato da necessidade de cooperação do paciente, acompanhamento mais frequente, demora para finalizar o tratamento e o fato de não manter os princípios básicos de prevenção da contaminação bacteriana em todo o ambiente oral.

A literatura mostra que o tratamento agressivo com a ostectomia periférica e ressecção, podem apresentar índices de recidivas semelhantes aos da descompressão, sem desconsiderar que, o final do tratamento de um caso abordado de forma agressiva, possivelmente deixará sequelas definitivas que, muitas vezes, mutilam o paciente, prejudicando o seu estado físico, mental e social (ROOPAK *et al.*, 2014).

Por outro lado, um tratamento mais conservador, como a descompressão, possibilita a preservação das estruturas ósseas, tecidos moles e dentes associados à lesão, além de esses procedimentos geralmente serem menos traumáticos para o paciente idoso reduzindo ou eliminando gastos com medicação e hospitalização (ROOPAK *et al.*, 2014).

O tratamento dos cistos de grandes proporções compreende-se também através da técnica de marsupialização. Trata-se de uma cirurgia na parede do cisto de forma a promover esvaziamento do seu conteúdo e a manutenção entre a lesão e a cavidade oral, seio maxilar ou cavidade nasal (PARK *et al.*, 2014). A marsupialização que pode ser seguida da enucleação consiste em um tratamento mais conservador, sendo indicada para lesões mais extensas, onde a remoção completa pode ser difícil ou quando é próxima às estruturas vitais, como o feixe neurovascular alveolar inferior e o seio maxilar. (KARACA *et al.*, 2018; JUNG, BAEK, LEEM, 2014).

A técnica cirúrgica inicia-se com a anestesia local que é instalada por bloqueio regional ou troncular, dependendo das dimensões do cisto. Em seguida, pode-se realizar uma aspiração com uma agulha fina no cisto, a fim de confirmar o diagnóstico. Realiza-se uma incisão geralmente circular e cria-se uma janela ampla, para comunicação da lesão com a cavidade oral, que é suturada junto à mucosa adjacente, e ao retirar parte da cápsula da lesão. O principal objetivo ao realizar a marsupialização é diminuir a pressão intracística promovendo, portanto, a contração do cisto utilizando a técnica como único tratamento ou como passo preliminar à enucleação. Antes deve-se considerar alguns fatores como: a quantidade de tecido danificado, o tamanho do cisto, as peças dentárias retidas, se houver, o local onde o acesso cirúrgico será feito e o tamanho da cirurgia (LIANG *et al.*, 2015).

Uma grande vantagem desse procedimento é a possibilidade da ausência de um segundo tempo cirúrgico, reduzindo a morbidade para o paciente. Além disso, a técnica de marsupialização em termos gerais, não resulta desconforto pós-operatório. É indolor e dispensa qualquer cuidado especial. Entretanto, é importante enfatizar as limitações dessa técnica, como a impossibilidade de analisar microscopicamente toda a extensão da lesão, a necessidade de períodos mais longos para o tratamento e

a dependência da colaboração dos pacientes quanto à higienização da cavidade (SILVA; STOELINGA; NACLÉRIO-HOMEM, 2018).

Uma diferença entre as duas técnicas seria dada nos tempos cirúrgicos, já que a marsupialização pode ser realizada em um único tempo (ROOPAK *et al.*, 2014), enquanto na técnica descompressiva primeiramente o dispositivo de drenagem é colocado e em segundo lugar a enucleação deve ser realizada (REGEZI E SCIUBBA, 2017).

TORRES-LAGARES *et al.*, 2011 descreveram o passo a passo do tratamento de um grande cisto radicular em maxilar associando técnicas de marsupialização, descompressão e enucleação. A técnica cirúrgica descrita inicia-se pela infiltração do anestésico, um retalho trapezoidal de Neumann e a entrada na cavidade do cisto. Houve então, a drenagem do líquido cor de palha típica associado a lesões císticas de origem inflamatória, sem secreção purulenta. Foi realizada a lavagem com solução salina estéril seguida de biópsia incisiva. Um orifício foi criado através da mucosa em um comprimento de dois centímetros. Um tubo de látex radiopaco foi inserido na profundidade da cavidade cística. Sendo realizadas duas suturas, uma acima e o outro abaixo do dreno. Uma terceira sutura foi colocada através do dreno e em mucosa circundante para estabilizá-lo durante a cicatrização inicial. O paciente foi instruído a irrigar através do lúmen do tubo de látex três vezes ao dia com clorexidina 0,12%. (SILVA; STOELINGA; NACLÉRIO-HOMEM, 2018)

Após três meses, o exame radiográfico revelou cura substancial. Especificamente, o osso trabecular estava se formando e a área radiolúcida havia diminuído, tinha as distâncias entre o cisto e a cavidade nasal e o seio maxilar. No entanto, a cicatrização ainda estava incompleta e a terapia endodôntica cirúrgica e a enucleação do cisto foram indicados, com resolução completa da lesão após 8 meses (TORRES-LAGARES *et al.*, 2011). Em casos de cisto radicular a literatura indica claramente a enucleação do cisto como a opção preferida, porque a marsupialização acarretaria o risco de que qualquer célula cística ser deixada para trás. Entretanto, identificou-se que para o paciente do caso relatado a marsupialização era a melhor opção de tratamento, evitando assim o risco de danos no assoalho nasal ou no seio maxilar e necessidade de anestesia geral. (TABRIZI *et al.*, 2019).

Com relação às técnicas mais invasivas a enucleação está associada a uma alta taxa de recorrência, portanto, muitos profissionais consideram a enucleação com curetagem como um requisito mínimo para um tratamento. Sobre a curetagem, muitos utilizam técnicas mecânicas (manuais ou rotativas), podem utilizá-las isoladamente ou combinadas, como a aplicação da solução de Carnoy ou criocirurgia com nitrogênio líquido (REGEZI E SCIUBBA, 2017).

Realizando uma curetagem mecânica, é difícil quantificar sua profundidade, mas a profundidade da penetração da solução de Carnoy em relação direta com o tempo de permanência da

mesma em contato com o tecido ósseo, mostrando um resultado de 1,54 mm após 5 minutos (ROOPAK *et al.*, 2014).

3 RELATO DE CASO

Paciente PGD, 66 anos, sexo masculino, leucoderma, compareceu à clínica de estomatologia da Universidade Estadual de Montes Claros com a seguinte queixa principal: Sinto meus dentes doloridos ao tocar e sensação de gosto salgado na boca.

Durante a anamnese o paciente relatou ser ex-tabagista, tendo deixado o hábito nocivo há mais de 20 anos, não possuir alterações sistêmicas e não fazer uso de medicação contínua. Informou ser alérgico a sulfas e corticosteróides. Ao exame físico intraoral, apresentava-se com múltiplas perdas dentárias tanto no arco superior quanto no inferior e mucosas visivelmente edemaciadas. Relatou ainda ter sintomatologia dolorosa há três meses na região anterior da mandíbula.

Como recurso para o auxílio diagnóstico foi solicitada uma radiografia panorâmica, onde se observou lesão radiolúcida com bordas regulares que se estendia da região anterior até a posterior do corpo da mandíbula do lado direito, atingindo sua base e causando o deslocamento do canal mandibular. Verificou-se também a presença de reabsorção nas raízes dos dentes 31 ao 44 e 47 (Fig.1).

Figura 1. Radiografia panorâmica inicial.



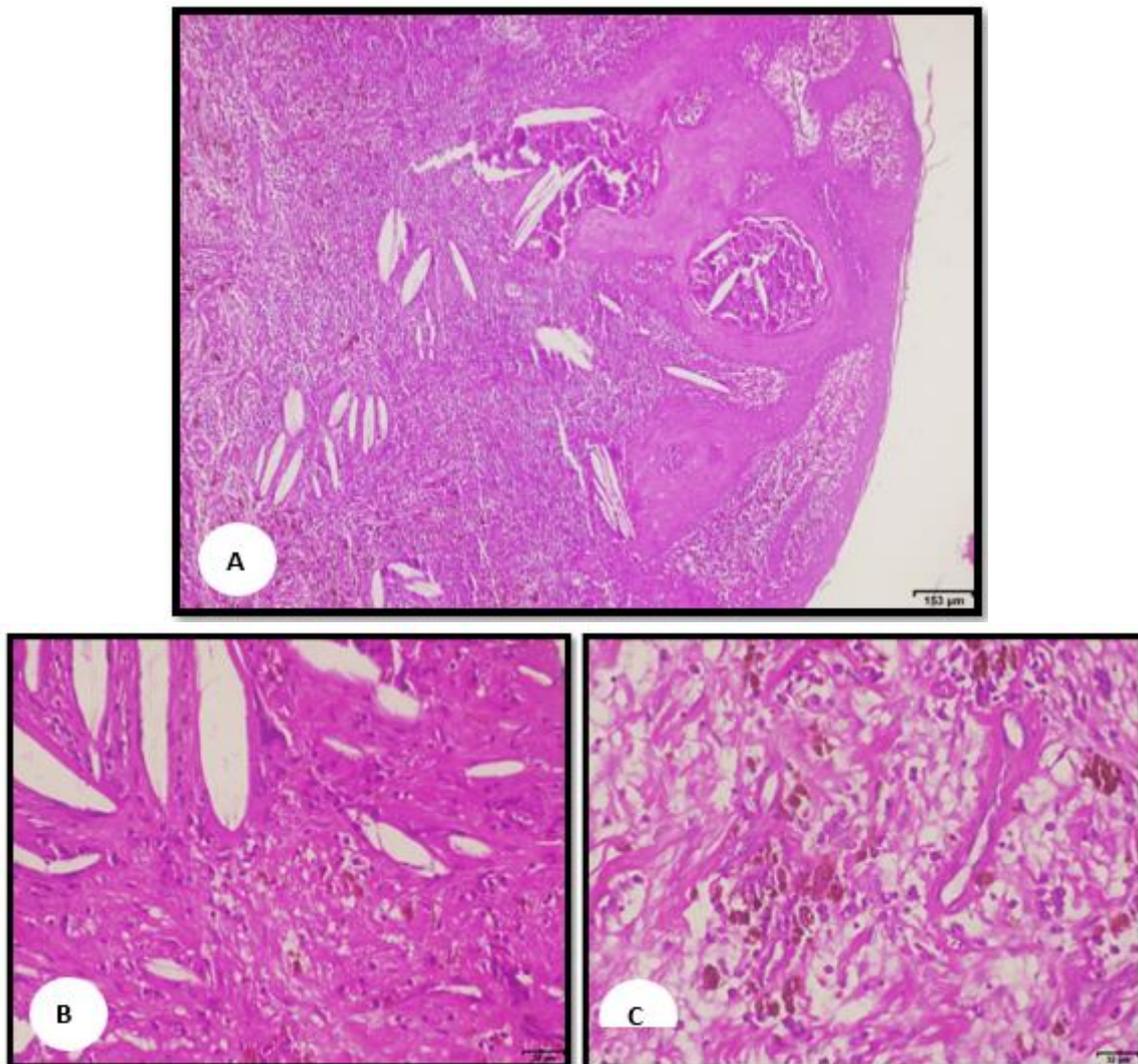
Com base nos achados clínicos e radiográficos, as hipóteses diagnósticas levantadas foram ceratocisto odontogênico, ameloblastoma e cisto inflamatório residual.

Foi feita punção aspirativa, a qual foi positiva para um líquido cístico denso amarelado, sugestivo de ceratocisto odontogênico. Seguiu-se a realização de marsupialização e biópsia incisional da lesão

localizada entre os dentes 33 e 47, os fragmentos obtidos apresentavam-se de forma irregular, coloração pardo-escuro e consistência pétrea, medindo de 1,0 x 0,5 x 0,3 cm. Estes foram armazenados em frasco contendo formol 10% e enviados para análise histopatológica.

A análise microscópica revelou lesão cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso com projeções epiteliais pseudoepiteliomatosas e cápsula fibrovascular com infiltrado inflamatório crônico mononuclear, presença de cristais de colesterol, pigmentos de hemossiderina e macrófagos espumosos (Fig.2). O diagnóstico foi conclusivo para cisto inflamatório residual.

Figura 2. Aspecto histopatológico da lesão em coloração de hematoxilina e eosina - HE. (A) Em menor aumento, lesão cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso com projeções epiteliais pseudoepiteliomatosas, com a presença de cápsula fibrovascular com infiltrado inflamatório crônico mononuclear. (B) Em aumento médio, presença de cristais de colesterol, pigmentos de hemossiderina e macrófagos espumosos (C) Em maior aumento, presença de infiltrado inflamatório crônico mononuclear.



No pós-operatório de sete dias foi feita a remoção de sutura e irrigação da cavidade com soro fisiológico, observou-se aspectos de normalidade em relação à ferida cirúrgica. O paciente foi orientado

a realizar irrigação com clorexidina a 0,12% intercalado com soro fisiológico periodicamente durante o tratamento.

Apesar da grande extensão da lesão, a marsupialização teve excelente resposta no corpo da mandíbula, entretanto na região de mento não houve reparo satisfatório (Fig.3). Fez-se necessária uma enucleação apenas nessa região mentoniana para remoção completa da lesão. O material foi encaminhado para exame histopatológico que confirmou o diagnóstico de cisto inflamatório residual. Após 1 ano da enucleação realizada no mento, a radiografia panorâmica revelou total reparo ósseo na região mentoniana e recomposição do trajeto do nervo alveolar inferior. Uma imagem radiolúcida também pode ser observada na região de corpo mandibular que representa apenas um defeito ósseo gerado pela marsupialização, entretanto foi verificado que não há mais lesão nesta região (Fig.4). O paciente permanece sob acompanhamento anual.

Figura 3. Radiografia panorâmica de controle após 1 ano da marsupialização. As setas indicam o remanescente da lesão na região de mento.

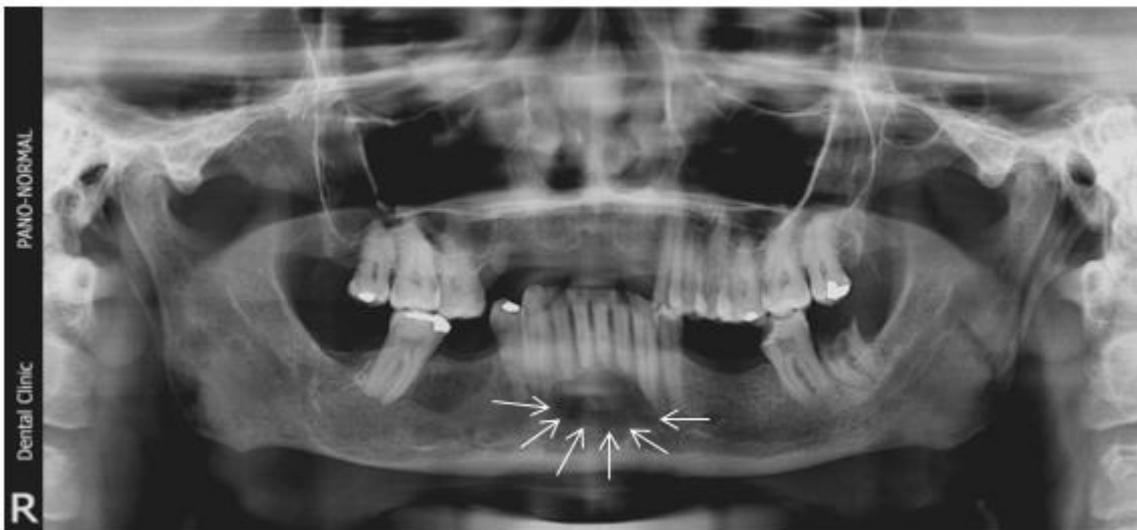
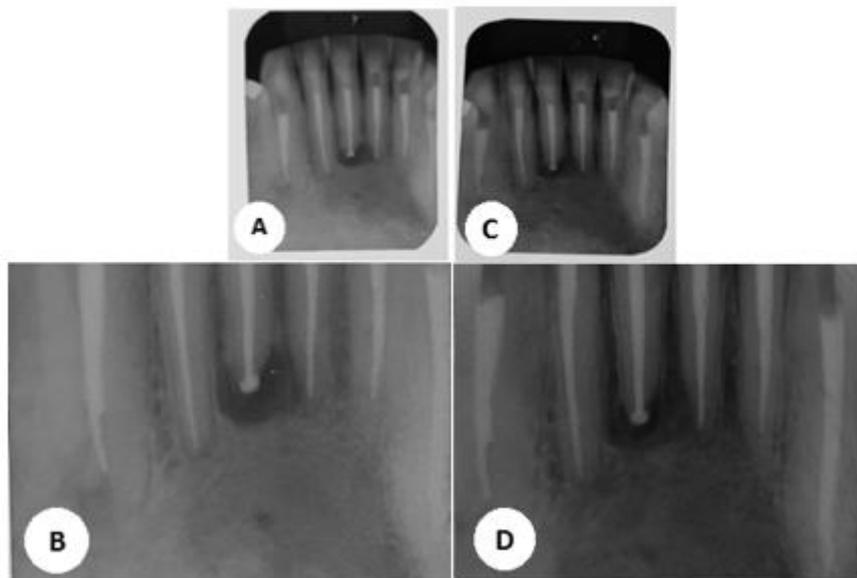


Figura 4. Radiografia panorâmica de controle após 2 anos da marsupialização.



Após a enucleação na região de mento, o paciente foi reavaliado e submetido ao teste de vitalidade pulpar nos elementos dentários 33, 32, 31, 41, 42 e 43 aos quais responderam negativamente. Este foi encaminhado para a clínica de Endodontia da Universidade Estadual de Montes Claros, onde realizou-se o tratamento endodôntico dos dentes 33 ao 43. Em uma análise comparativa das radiografias periapicais em um intervalo de 10 meses, observa-se o início de reparo ósseo com melhora do aspecto da lesão. O paciente continua em controle endodôntico da pequena rarefação óssea no dente 41. (Fig.5)

Figura 5. (A) Radiografia periapical de término do tratamento endodôntico dos dentes 33 ao 43. (B) Radiografia periapical da imagem A em maior aumento. (C) Radiografia periapical de controle, 10 meses após tratamento endodôntico, evidenciando regressão parcial da lesão com reparo ósseo. (D) Radiografia periapical da imagem C em maior aumento.



Visto a idade do paciente, a marsupialização se mostrou um tratamento conservador promissor, em face de apresentar menor morbidade, ter baixo custo e ainda preservar estruturas anatômicas nobres, como o nervo alveolar inferior (Fig.6).

Figura 6. Aspecto clínico 5 anos após marsupialização. (A) Boa cicatrização da cirurgia de enucleação na região mentoniana. (B) Discreta cavidade de fundo cego em mucosa alveolar devido ao defeito ósseo resultante da marsupialização.



O caso relatado foi satisfatório, ainda que após a marsupialização se apresente um defeito ósseo remanescente, ao levar em consideração que a resposta osteoblástica do paciente é menor em razão da idade. O tratamento se mostrou vantajoso ao evitar lesão ao nervo alveolar inferior e permitir condutas menos agressivas em um tipo de lesão que pode ser tratada de maneira mais conservadora e ambulatorialmente.

5 CONCLUSÃO

Não há protocolo padronizado para tratar grandes cistos em pacientes idosos. O tratamento deve visar à remoção da lesão e redução de morbidades. Assim, quando se trata de uma lesão extensa, diminuir seu tamanho via descompressão por tubo ou marsupialização, não só permite um tratamento conservador, mas também pode minimizar as complicações com bom prognóstico ao paciente, a partir de um atendimento ambulatorial e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ANAVI, Yakir et al. Decompression of odontogenic cystic lesions: clinical long-term study of 73 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, Petah Tikva, v. 112, n. 2, p.164-169, ago. 2011. Disponível em: [https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104\(10\)00692-X/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104(10)00692-X/fulltext). Acesso em 22 Ago de 2020.

CARRERA ; Manoela . Conservative treatment of the dentigerous cyst: report of two cases. **Braz J Oral Sci**, Piracicaba, v.12, n.1, p.52-56, jan. 2013.

CASTRO, Mayara Santos de *et al.* Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, Alfenas, v. 22, n. 5, p.2089-2101, 20 dez. 2017.

CASTRO-NÚÑEZ, Jaime. Decompression of Odontogenic Cystic Lesions: Past, Present, and Future. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Bogotá, v. 74, n. 1, p. 104.el-9, 2016. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(15\)01272-0/fulltext](https://www.joms.org/article/S0278-2391(15)01272-0/fulltext) . Acesso em 10 Jul de 2020.

CHAIMOWICZ, Flávio. Saúde do idoso. 2ª Ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013. 167 p.
GAO, Ling *et al.* Decompression as a Treatment for Odontogenic Cystic Lesions of the Jaw. **Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, Xianxim, v. 72, n. 2, p.327-333, fev. 2014.

GAO, Ling et. al. CBCT-based bone quality assessment in decompression of large odontogenic cystic lesions. **Oral Radiology**, Shandong, v. 34, n. 3, p. 251-256, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11282-018-0320-5> . Acesso em: 16 Nov. de 2020.

JUNG, Eun-Joo; BAEK ,Jin-A, LEEM, Dae-Ho. Decompression Device Using a Stainless Steel Tube and Wire for Treatment of Odontogenic Cystic Lesions: A Technical Report. **Maxillofac Plast Reconstr Surg**, Jeonju, v. 36, n. 6, November. 2014.

KARACA, Cigdem *et al.* Recurrence rate of odontogenic keratocyst treated by enucleation and peripheral ostectomy: Retrospective case series with up to 12 years of follow-up. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, Ankara, v. 4, n. 23, p.443-448, jul. 2018.

LEE ; Sun-Tae, KIM; Su-Gwan, MOON; Seong-Young, OH,; Ji-Su , YOU ; Jae-Seek , KIM ;Jae-Sung . The effect of decompression as treatment of the cysts in the jaws: retrospective analysis. **J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg**, Gwangju, v.43, n.2, abril. 2017.

LIANG, Y-j *et al.* Inferior alveolar nerve function recovers after decompression of large mandibular cystic lesions. **Oral Diseases**, Guangdong, v. 21, n. 5, p.674-678, 6 abr. 2015.

MATOS FR, NONAKA CF, PINTO LP, DE SOUZA LB, DE ALMEIDA FREITAS R. Adenomatoid odontogenic tumor: retrospective study of 15 cases with emphasis on histopathologic features. **Head Neck Pathol**. Natal, v.6, n.4, p.430-437, ago. 2012.

MORAES, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.

NEVILLE, Brad W.; DAMM, Douglas D.; ALLEN, Carl M.; BOUQUOT, Jerry E. Patologia oral & maxilofacial. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2016. E-book OMS. Organização Mundial da

Saúde. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. ISBN 978-92-4-156558-5. 2017.

PARK, Hyun-soo *et al.* The effectiveness of decompression for patients with dentigerous cysts, keratocystic odontogenic tumors, and unicystic ameloblastoma. **Journal Of The Korean Association Of Oral And Maxillofacial Surgeons**, Jongno-gu, v. 40, n. 6, p.260-265, 2014.

REGEZI, Joseph A; SCIUBBA, James J. Patologia Oral: correlações clinicopatológicas. 7 .ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2017.496p.

ROOPAK, B *et al.* Keratocystic odontogenic tumor: Treatment modalities. **Nigerian Journal Of Clinical Practice**, Karnataka, v. 17, n. 3, p.378-383, 2014.

SILVA, Danielle Nunes Moura *et al.* Orofacial characteristics of functionally independent elders. **Codas**, Belo Horizonte, v. 29, n. 4, p. e20160240, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822017000400303&lng=en&nrm=iso&tlng=en . Acesso em: 24 Out. de 2020.

SILVA, Yuri Slusarenko da; STOELINGA, Paul J. W.; NACLÉRIO-HOMEM, Maria da Graça. Recurrence of nonsyndromic odontogenic keratocyst after marsupialization and delayed enucleation vs. enucleation alone: a systematic review and meta-analysis. **Oral And Maxillofacial Surgery**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.1-11, 29 nov. 2018.

TABRIZI, Reza *et al.* Decompression or Marsupialization; Which Conservative Treatment is Associated with Low Recurrence Rate in Keratocystic Odontogenic Tumors? A Systematic Review. **Journal of Dentistry (Shiraz University of Medical Sciences)**, Teerão, v. 20, n. 3, p. 145-151, 2019. Disponível em: https://dentjods.sums.ac.ir/article_44899.html. Acesso em: 10 Set. de 2020.

TORRES-LAGARES, Daniel *et al.* Treatment of a Large Maxillary Cyst with Marsupialization, Decompression, Surgical Endodontic Therapy and Enucleation. **J Can Dent Assoc**, Avicena, v. 5, n. 77, p.87-93, jun. 2011.