



DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA: TRATAMENTO DE CISTO ODONTOGÊNICO EM CRIANÇA

Autor: Gabriela Aparecida Botelho Pêgas Franco

Orientador: Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão

Curso: Odontologia Período: 9º período Área de Pesquisa: Ciências da saúde

Resumo: Os cistos odontogênicos do desenvolvimento ou inflamatório, quando não diagnosticado em seu estágio inicial, podem atingir grandes dimensões nos maxilares. Acredita-se que os cistos aumentam de tamanho devido à diferença de pressão osmótica no lúmen, levando a uma pressão que é aplicada sobre o osso periférico resultando em reabsorção osteoclástica. O aumento do tamanho de um cisto pode produzir reabsorção óssea extensa com envolvimento de estruturas importantes como a base da mandíbula, o assoalho e parede posterior do seio maxilar, assoalho de órbita, fossa nasal, dentes e feixes vasculonervosos. Dentre as modalidades de tratamento, uma opção viável é a realização de descompressão cirúrgica devido aos baixos índices de complicações como fraturas, infecções e parestesias, visto que tais complicações podem ocorrer em tratamentos cirúrgicos mais invasivos. O objetivo deste estudo é relatar um tratamento de uma lesão cística odontogênica do desenvolvimento através de descompressão cirúrgica. O presente trabalho relata um caso de cisto dentígero tratado com descompressão cirúrgica durante 6 meses, associado a enucleação e curetagem em um paciente de 14 anos, resultando em regressão significativa da lesão, preservação de feixe vasculonervoso e formação óssea local. Conclui-se que a descompressão cirúrgica é uma modalidade de tratamento viável, de baixo custo e fácil execução, que promove a formação óssea local e preservação de estruturas vitais ao paciente em crescimento.

Palavras-chave: Cisto Dentígero. Descompressão Cirúrgica. Cistos Odontogênicos.

1. INTRODUÇÃO

Os cistos odontogênicos são uma das patologias da região oral e maxilofacial, frequentemente encontrados nos serviços odontológicos (SANTOS *et al.*, 2007). “A região da cabeça e pescoço, em particular, compreende um dos locais mais acometidos para a ocorrência dessas lesões” (CARVALHO, 2020, p.03). Os cistos odontogênicos formam um grupo dissimilar de lesões, os quais acometem apenas estruturas do sistema estomatognático e possuem também uma ampla variabilidade em suas características clínicas e histopatológica, dividem-se em inflamatórios ou de desenvolvimento (BARROS, 2019).

O cisto dentígero é o mais comum na prática odontológica dos cistos odontogênicos de desenvolvimento (VASCONCELOS *et al.*, 2017). São responsáveis por cerca de 20% de todos os cistos que ocorrem na mandíbula, o crescimento do cisto dentígero possui relação com o acúmulo de líquido existente entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente não irrompido, acreditando-se assim que sua patologia é relacionada com o epitélio reduzido do esmalte, iniciando o desenvolvimento após a formação da coroa, o cisto dentígero é originado a partir do folículo existente ao redor do dente relacionado, possuindo uma etiopatogenia desconhecida até hoje (AMORIM *et al.*, 2020).

O cisto dentígero é de raro acometimento na primeira década de vida, sendo mais frequente a partir da segunda década, os terceiros molares, pré-molares e caninos são os dentes mais relacionados com o desenvolvimento de cisto dentígero, além disso, possuem uma leve predileção pelo sexo masculino (CAVALCANTE *et al.*, 2019). O cisto dentígero é a patologia mais frequentemente encontrada, possivelmente isso se dá pela sua associação a dentes inclusos, alteração encontrada não raramente na população, principalmente por falta de espaço nas arcadas dentárias (QUADROS; CALVET, 2002).

A marsupialização e a descompressão seguida pela curetagem ou enucleação são as condutas mais adotadas para o tratamento de cisto dentígero, essas técnicas são utilizadas principalmente no caso de lesões extensas, onde se encontram próximas às estruturas vitais, por se tratarem de procedimentos cautelosos (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Portanto o presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de cisto dentígero em paciente pediátrico tratado de maneira conservadora através da descompressão cirúrgica associada a enucleação e curetagem.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

Os cistos odontogênicos são cavidades patológicas, com revestimento epitelial originado de tecidos odontogênicos e são encontrados somente nos ossos gnáticos, essas cavidades podem conter material líquido e semissólido ou gasoso, por serem lesões crônicas, são geralmente assintomáticos e de crescimento lento, sendo assim detectados na maioria das vezes em exames radiográficos de rotina (CARVALHO, 2020).

Segundo Pontes *et al.* (2012) os fatores precipitantes que iniciam a formação dos cistos de desenvolvimento são desconhecidos e não parecem surgir em consequência de reação inflamatória, já os cistos odontogênicos de origem inflamatória são originados

por alguma infecção dos canais radiculares, a qual gera alterações pulpares. Podendo ainda ser estimulado pelo acometimento inflamatório periodontal. (SILVA *et al.*, 2019).

Os cistos odontogênicos são as principais causas de comprometimento dos ossos gnáticos, dessa forma o conhecimento sobre origem, comprometimento biológico e os achados clínicos patológicos dessas lesões é um requisito básico na realização de diagnóstico precoce e tratamento apropriado (SANTOS *et al.*, 2007). As seguintes informações ajudam no diagnóstico precoce da lesão: localização e forma da lesão, delimitação periférica, expansão vestíbulo-lingual e o conteúdo presente no interior da cavidade cística (YOSHIURA *et al.*, 2003).

Pelo fato de existir um grande número de cistos odontogênicos e esses possuírem características semelhantes, a obtenção de um diagnóstico correto se dá através de um exame histopatológico, o resultado obtido determinará as condutas terapêuticas, dado que cada lesão cística possui uma característica etiopatogenia distinta (SILVA *et al.*, 2019). Diante disto, o diagnóstico de cistos odontogênicos deve ser feito através de uma avaliação meticulosa dos aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos encontrados (CARVALHO, 2020).

O cisto dentígero é o segundo cisto odontogênico de desenvolvimento mais comum, essa categoria de cisto comumente está relacionada à coroa de um dente incluso, e desenvolve-se por meio do acúmulo de fluido entre o remanescente do órgão do esmalte e a coroa do dente após sua formação (SETTE-DIAS, 2010). Seu crescimento ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, sendo lento e assintomático, podendo atingir dimensões consideráveis, as quais geram deformação facial, impatção e deslocamento de dentes ou estruturas próximas, tendo necessidade de intervenções cirúrgica para o diagnóstico e tratamento da lesão (VAZ *et al.*, 2010).

Pacientes jovens com dentes impactados ou não irrompidos possuem uma maior tendência a desenvolverem cistos dentígeros, a evolução dos cistos em crianças na fase de crescimento, progride rapidamente em relação aos adultos, podendo chegar a lesões que vão de 40 a 50 mm de diâmetro em um período de 3 a 4 anos, é válido lembrar que em pacientes pediátricos a cicatrização óssea pós-cirúrgica é sempre boa, visto que possuem uma elevada propensão a regeneração óssea, a descoberta, o diagnóstico e o tratamento precoce da lesão são indispensáveis para impedir o desenvolvimento excessivo da lesão, o qual leva a deformidades ósseas (ZAKIRULLA *et al.*, 2012).

Segundo Silveira *et al.* (2009), as características histopatológicas do cisto dentígero, consiste em uma cápsula de tecido conjuntivo frouxamente arranjado e pequenas ilhas ou cordões de epitélio odontogênico, com um epitélio de revestimento possuindo de duas a quatro camadas de células não queratinizadas e uma interface epitélio-conjuntivo plana. Muitos casos diagnosticados clinicamente como cisto dentígero, podem mostrar achados histopatológicos como epitélio proliferado e exsudato inflamatório, sendo estas características compatíveis com cisto odontogênico inflamatório.

Os cistos dentígeros apresentam-se inicialmente, como uma radiolusência unilocular pericoronária, em que excede 2,5 mm (SILVA *et al.*, 2010). São lesões uniloculares - embora grandes lesões possam apresentar um padrão multilocular, radiolúcida, com predileção na mandíbula e pelo sexo masculino, essa categoria de cisto é descoberta, através de exames radiográficos realizados rotineiramente no consultório, principalmente nos casos de investigação do não irrompimento de dentes permanentes (VAZ *et al.*, 2010).

O diagnóstico do cisto dentígero nunca deve ser confirmado apenas com as características encontradas nas radiográficas e evidências clínicas, uma vez que existem características semelhantes com várias outras lesões, tais como ameloblastomas unicístico e ceratocistos odontogênicos, que também podem ocorrer nestes locais, sendo assim o diagnóstico deve ser confirmado apenas com exame histopatológico (SOARES *et al.*, 2018).

Lima *et al.*, (2005), relata que o tamanho da lesão irá influenciar na escolha do tratamento. Onde as lesões menores podem ser removidas cirurgicamente e as lesões maiores (aquelas com grande perda óssea e adelgaçamento do osso) tratadas através de colocação de dreno ou com marsupialização (SILVA *et al.*, 2010). A aspiração da lesão deve ser realizada em qualquer dos casos, pois grandes lesões podem ser tumores odontogênicos e não cistos, como se espera, sendo a detecção de líquido no interior da lesão um grande indicativo de cisto (VAZ *et al.*, 2010). Além do exame histopatológico, deve ser realizado o acompanhamento pós-operatório do paciente através de radiografias periódicas por no mínimo dois anos. (TAMI-MAURY *et al.* 2000).

Vários tratamentos têm sido indicados para as lesões císticas dos maxilares, indo de tratamentos de menor complexidade como a enucleação seguida de curetagem até abordagens mais agressivas como a ressecção óssea, mantendo ou não a borda inferior da mandíbula (ABDULLAH, 2011; OCAÑA *et al.*, 2015; STOELINGA, 2005).

As lesões císticas nos maxilares podem atingir diversos tamanhos e dimensões desproporcionais, cistos medindo abaixo de 3 cm de diâmetro podem ser tratados somente com enucleação, pois em condições normais o defeito ósseo será regenerado, o tratamento de grandes cistos, geralmente maiores que 3 cm, é incerto e podem ser tratados através da descompressão cirúrgica (ANAVI *et al.*, 2011; ENISLIDIS *et al.*, 2004). Alguns tumores odontogênicos com comportamento cístico ou cistos com comportamentos agressivos podem receber outras modalidades de tratamento, como: enucleação associada a ostectomia periférica, marsupialização, aplicação de solução de Carnoy, Crioterapia com nitrogênio líquido, e ressecção marginal ou composta (KOLOKYTHAS; SCHLIEVE, 2011; MILORO *et al.*, 2008; SCHMIDT; POGREL, 2001; STOELINGA, 2005).

A descompressão de grandes cistos maxilares tornou-se uma opção, como tratamento conservador mais popular nos últimos anos e também como alternativa ao tratamento mais invasivo para tais patologias, este tratamento pode ser valioso em grandes cistos, principalmente naqueles que envolvem estruturas vitais como feixe vasculonervoso alveolar inferior, borda inferior da mandíbula, assoalho nasal, dentes, assoalho de órbita e do seio maxilar, e também para lesões císticas em pacientes pediátricos e idosos (SWANTEK *et al.*, 2012).

Os termos descompressão, marsupialização ou exteriorização cística tem sido utilizados e intercambiados em diversos artigos, no entanto, existem diferenças entre esses termos e suas respectivas técnicas (POGREL; JORDAN, 2004).

A marsupialização de lesões císticas odontogênicas foi descrita por Partsch, em 1892, refere-se ao processo específico onde a capsula cística é evertida e suturada à mucosa circundante para formar uma cavidade que permanecerá aberta, como uma bolsa. A descompressão foi descrita primeiramente por Thoma, em 1958, e consiste em uma técnica que diminui a pressão intraluminal de uma cavidade cística através da manutenção de uma abertura na cavidade bucal por meio da inserção de algum categoria de tubo, de dreno, ou prótese dentro de uma cavidade cística para manter uma abertura patente (SCHLIEVE *et al.*, 2014).

A diminuição da pressão intracística beneficia a formação de novo tecido ósseo, e é uma técnica que leva a menores complicações comparadas a enucleação, curetagem e ressecção, entretanto há a necessidade de acompanhamento frequente e colaboração do paciente para higiene local e também através de irrigação da loja cística (GAO *et al.*, 2014).

As técnicas cirúrgicas de marsupialização e descompressão são utilizadas em tumores com componente cístico e cistos, geralmente de maior extensão e comprometimento de estruturas importantes, como: Tumor Odontogênico Ceratocístico, Ameloblastoma, Cisto Dentígero, Rânula, Cisto do Ducto Nasopalatino (ANAVI *et al.*, 2011).

O prognóstico para essa lesão é favorável, uma vez que retirado totalmente a cápsula cística, a enucleação completa do cisto proporcionará a menor possibilidade de transformação em tumor (LIMA *et al.*, 2005). O índice de recidiva de cisto dentígero é baixo (3,7%), sendo assim possui um prognóstico favorável (VAZ *et al.*, 2010).

A partir desses pressupostos, o objetivo deste estudo é relatar o tratamento de uma lesão cística odontogênica do desenvolvimento através de descompressão cirúrgica em um paciente pediátrico.

2.2 Metodologia

Trata-se de um relato de caso clínico de uma lesão odontogênica de desenvolvimento submetida a tratamento de descompressão cirúrgica em paciente pediátrico. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UNIFACIG através do parecer 3.956.777.

Paciente W.J.B.S, 14 anos, sexo masculino, compareceu à clínica do pesquisador acompanhado do seu responsável, queixando-se de diastemas inferiores e retenção do dente decíduo. Na história médica pregressa o paciente negou patologias de base e alergias medicamentosas. Ao exame físico extraoral apresentou-se com a face simétrica, pele íntegra e normocorada, movimentos excursivos mandibulares preservados (Figura 1).

FIGURA 1- Fotografia da face tirada durante o exame físico extraoral.



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

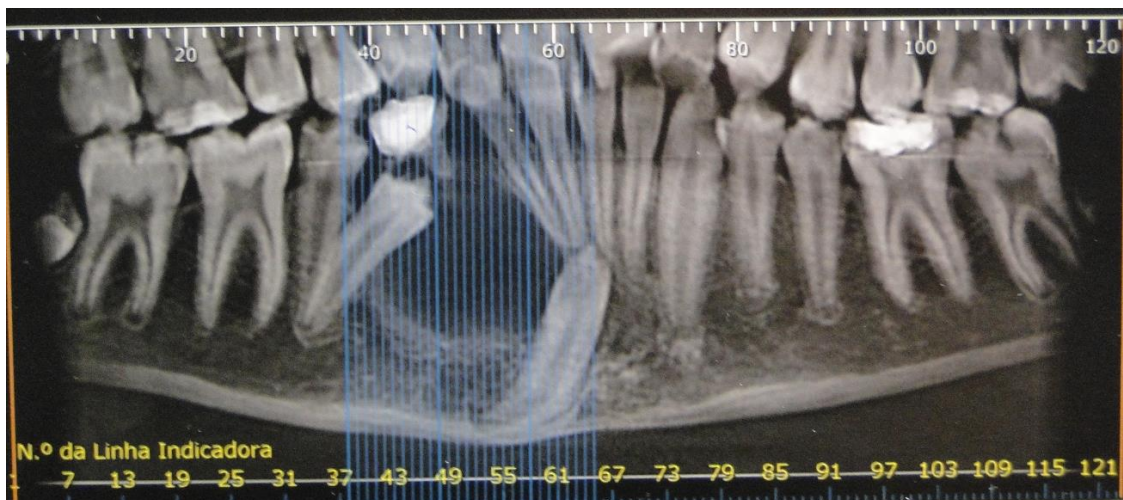
Ao exame físico intraoral notou-se retenção prolongada do dente 84 (primeiro molar inferior direito decíduo) com restauração de amálgama extensa, ausência dos dentes 43 (canino inferior direito) e 44 (primeiro pré-Molar inferior direito), diastemas nos dentes inferiores anteriores (Figura 2). Não se observou expansões ósseas ou aumento de volume local, demais estruturas na normalidade. Ao exame imaginológico - radiografia panorâmica digital dos maxilares, notou-se uma extensa lesão osteolítica em corpo de mandíbula a direita associada a coroa dos dentes 43 e 44 e na tomografia computadorizada observou-se que a lesão não teve expansão e rompimento das corticais ósseas (Figura 3).

FIGURA 2 - Dente 84 com retenção prolongada e restauração de amálgama extensa



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

FIGURA 3 - Reconstrução panorâmica da tomografia computadorizada



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

Devido ao tamanho da lesão e sua associação com estruturas vitais, como os dentes e o nervo mental, optou-se pela descompressão cirúrgica.

Diante da história clínica, exames físicos e imaginológico, a hipótese diagnóstica para o quadro foi de Cisto Dentígero, e como diagnóstico diferencial Ceratocisto Odontogênico e Ameloblastoma Unicístico.

O procedimento de descompressão cirúrgica foi realizado mediante a antisepsia da face com clorexidina 0,12%, foi utilizado bochecho antisséptico com clorexidina 0,12%, realizou-se o bloqueio do nervo alveolar inferior, mental e lingual direito. Foi realizada punção aspirativa positiva (Figura 4), seguida pela exodontia do

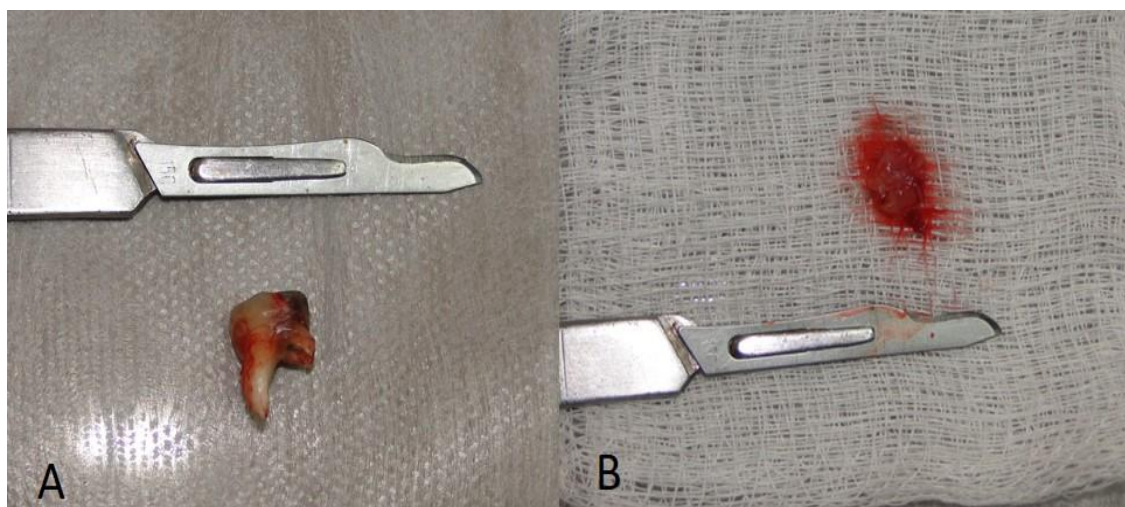
dente 84 (Figura 5a), biópsia incisional (Figura 5b) e instalação de dispositivo descompressivo (dreno rígido) para realização da descompressão cirúrgica (Figura 6). O dispositivo foi mantido em sua posição através de amarrilhos com fio de aço 2.0 nos dentes vizinhos. O retalho triangular foi suturado com fio de nylon 4.0.

FIGURA 4 - Punção aspirativa positiva



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

FIGURA 5 - Exodontia do dente 84 (A). Biópsia incisional (B)



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

FIGURA 6 - Descompressão cirúrgica



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

Foi prescrito anti-inflamatório não esteroidal e analgésicos durante 3 dias visando controle do edema e analgesia pós-operatória. Além disso, prescreveu-se enxágue bucal com clorexidina 0,12% durante 7 dias.

O material coletado foi condicionado em um frasco contendo solução de formol a 10% e enviado para realização do exame histopatológico, que diagnosticou a lesão como cisto dentígero. Paciente permaneceu em descompressão cirúrgica recebendo a orientação de irrigação do dispositivo com soro fisiológico associado a clorexidina 2% após as refeições. Após 8 meses de descompressão observou-se a regressão considerável da lesão, neoformação óssea e erupção do dente 44 (Figura 7).

FIGURA 7 - Regressão da lesão e impactação do 43



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

Após esse período, o paciente foi submetido a enucleação e curetagem da lesão remanescente associada a exodontia do dente 43 que permaneceu impactado, impossibilitando o tracionamento ortodôntico (Figura 8). O dente e a lesão foram encaminhados para a realização do exame histopatológico, apresentando diagnóstico compatível com o primeiro resultado de Cisto Dentígero.

Paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório, sem queixas, não sendo observado recidiva da lesão (Figura 9).

FIGURA 8. Exodontia do 43 e enucleação do cisto dentígero



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão.

FIGURA 9. Acompanhamento pós-operatório de 6 meses



Fonte: Disponibilizada pelo Prof. Me. Niverso Rodrigues Simão

2.3 Discussão de Resultados

Os cistos dentígeros fazem parte dos cistos odontogênicos de desenvolvimento, que se originam a partir da separação do folículo pericoronal, comumente relacionados a dentes permanentes não erupcionados (SILVEIRA *et al.*, 2020). Ainda que a etiopatogenia do cisto dentígero não seja inteiramente conhecida, entende-se que a proliferação epitelial ao redor da cavidade ocupada por líquido desenvolva-se continuamente por pressão osmótica em um longo período de tempo, quando se elimina a pressão e consiga que o dente irrompa, faz com que o cisto dentígero deixe de ser uma entidade patológica (CALIENTO *et al.*, 2013). Na sua publicação Carrera *et al.*, (2013), apresenta um segundo mecanismo de desenvolvimento para o cisto dentígero, relacionando-o a uma inflamação apical no antecessor primário, na qual as citocinas acarretam degeneração cística do folículo dentário permanente.

Segundo Cavalcante *et al.*, (2019) o cisto dentígero possui uma discreta propensão ao sexo masculino e maior ocorrência na segunda década de vida, posto que é nesse período que se tem um maior crescimento dos ossos gnáticos e desenvolvimento intenso da dentição permanente, o que está condizente com a faixa etária do caso apresentado, visto que se trata de um paciente com 14 anos e do sexo masculino.

Como abordado anteriormente, o desenvolvimento do cisto dentígero relacionado a dentes permanentes impactados é um fator comum (LACERDA *et al.*, 2018), sendo os mais acometidos: terceiros molares, pré-molares e caninos. (CAVALCANTE *et al.*, 2019), neste relato de caso clínico, o cisto dentígero estava associado a coroa do dente 43 e 44, os quais estavam impactados, uma localização considerada normal, já que esses elementos estão considerados como um dos mais acometidos.

Radiograficamente, a lesão cística é uma área radiolúcida, unilocular com bordas bem definidas, e está associada a um dente incluso com espaço folicular medindo mais de 5 mm. (DE CARLI *et al.*, 2013). A solicitação de exames complementares é de suma importância na prática odontológica, pois é através dela que é fechado diagnóstico e realizado o correto planejamento, a radiografia panorâmica é o exame de imagem mais utilizado na área odontológica, entretanto se trata de uma imagem bidimensional, não permitindo a observação dimensional de toda a lesão e sua relação com as estruturas envolvidas (VISCONTI *et al.*, 2014).

Visconti *et al.*, (2014) relatam ainda que partir das limitações impostas pelas imagens bidimensionais, a tomografia computadorizada tem se tornado o exame mais completo e preciso na odontologia, visto que permitem reconstruções em três planos diferentes - coronal, sagital e axial, o paciente em questão foi submetido a exames de tomografia computadorizada, onde foi possível observar extensa lesão osteolítica em corpo de mandíbula a direita associada a coroa do dente 43 e 44. Foi solicitado a tomografia para melhor avaliação da relação entre a lesão com as estruturas anatômicas envolvidas. A tomografia foi de extrema importância na orientação quanto à proximidade com as estruturas, permitindo que a descompressão e a enucleação da lesão, seguida da exodontia do dente 43 fossem realizadas sem complicações ou sequelas. O diagnóstico foi baseado pela anamnese, características clínicas e tomográficas e exame histopatológico.

O cisto dentígero comumente é assintomático, com exceção os casos secundariamente inflamados, os cistos dentígeros assintomáticos são com frequência achados radiográficos descobertos através dos exames de imagens solicitados para tratamento ortodôntico ou em casos de dentes que não irrompem. Sendo assim, um achado radiográfico (ROBINSON, 2016).

Contudo, nos casos sintomáticos, os pacientes podem relatar dor e desconforto, sobretudo em casos de infecção secundária. Nesses casos, também pode-se ter crepitações, maloclusões, deslocamentos e reabsorção radicular de dentes e estruturas adjacentes, gerando uma expansão do osso cortical acompanhado de deformação facial ou fraturas patológicas. (SILVEIRA *et al.*, 2020). No caso clínico apresentado, o paciente chegou ao consultório relatando diastemas inferiores e retenção do dente decíduo, e não sintomatologia dolorosa.

Microscopicamente, o cisto dentígero é uma cavidade revestida de epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado, tendo de duas a quatro camadas de células, com interface plana, constituída de tecido conjuntivo fibrovascular arranjado frouxamente, contendo ou não pequenas ilhas e cordões de restos epiteliais odontogênicos (CAVALCANTE *et al.*, 2019). Nos casos de infecção secundária presente, Caliento *et al.*, (2013) relatam que o tecido conjuntivo é mais denso, com variável infiltração de células inflamatórias crônicas, o epitélio de revestimento com níveis variáveis de hiperplasia, e desenvolvimento de cristas epiteliais com características escamosas mais marcantes.

Segundo Lee *et al.* (2017) não se tem um protocolo padrão para o tratamento de grandes cistos na mandíbula, entretanto nosso objetivo é sempre a remoção completa da lesão com o mínimo de complicações. Os procedimentos utilizados para o tratamento de cistos extensos na mandíbula que visam reduzir o tamanho do cisto e não causar danos as estruturas anatômicas, ou evitar fraturas durante a cirurgia é a descompressão, ou a marsupialização, essas técnicas proporcionam uma gradual aposição óssea previa a enucleação completa do cisto (MARTINELLI-KLÄY *et al.*, 2019).

Quando falamos sobre tratamento vários fatores devem ser considerados, tais como: idade do paciente, localização do cisto, posição do dente em relação ao cisto, grau de inclinação axial e formação da raiz, as crianças exibem maior capacidade de regeneração das estruturas ósseas comparada aos adultos; também grande potencial eruptivo está nos dentes com ápices abertos, os fatores citados tornam-se significativos em casos dos grandes cistos dentígeros em crianças e trazem o melhor prognóstico para os dentes envolvidos na lesão. (BHARDWAJ *et al.*, 2016).

Para se evitar possíveis complicações como deslocamento dos dentes, destruição óssea, fraturas patológicas, reabsorções dos dentes, erupção dentária retardada e parestesia do nervo alveolar inferior os cistos dentígeros devem ser tratados cirurgicamente, estudos indicam que quando é realizado a descompressão há uma diminuição da pressão intracística proporcionando várias vantagens, visto que se acredita que o crescimento ocorra pela combinação de pressão osmótica e por reabsorção, associada à liberação de prostaglandinas e fatores de crescimento. (GENDVILIENE *et al.*, 2017).

A descompressão cirúrgica é a instalação de um dispositivo cilíndrico rígido e estéril junta à lesão, para ser realizado irrigações intralesionais (SANTOS *et al.*, 2011). Ela possibilita a liberação da pressão intramural, proporcionando a diminuição do tamanho das lesões císticas e reduzindo a pressão osmótica, colaborado para neoformação óssea (SILVEIRA *et al.*, 2020). Além disso, por se tratar de um corpo estranho ajuda a atrair células do organismo, promovendo um elevado índice na redução da lesão em um curto espaço de tempo, acompanhado de grande percentual de neoformação óssea (JÚNIOR *et al.*, 2014). A descompressão é associada a menores taxa de complicações em relação à enucleação, curetagem e ressecção, ela preserva tecidos, mantêm a vitalidade pulpar, reduz taxas de recorrência, minimiza o risco de fraturas patológicas, possui baixa morbidade pós-operatória e pode ser realizada ao nível ambulatorial (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Desse modo, em lesões extensas a redução de tamanho através da descompressão proporciona um tratamento conservador e minimiza as complicações (LEE *et al.*, 2017). A escolha pela descompressão cística em crianças precisa ser sempre considerada, dado que a preservação do dente permanente possibilita a sua erupção, a técnica em questão é um procedimento cirúrgico minimamente mutilador e invasivo, correspondendo uma excelente indicação para os pacientes pediátricos, considerando a ríspida necessidade de preservação (SANTOS *et al.*, 2011).

3. CONCLUSÃO

A descompressão do cisto foi escolhida no caso em questão, devido à extensão da lesão, sua relação com os elementos 43 e 44 e por se tratar de um paciente pediátrico. A abordagem escolhida teve o objetivo de preservar os dentes envolvidos, visto que se tratava de um paciente pediátrico e que possui maior capacidade de regeneração óssea, além que os dentes envolvidos se encontravam em processo de rizogênese com um elevado potencial eruptivo.

Conclui-se que a descompressão cirúrgica é uma modalidade de tratamento viável clinicamente, de baixo custo e fácil execução, podendo ser realizado sob anestesia local ao nível ambulatorial.

Constitui um tratamento efetivo e uma abordagem conservadora, sendo uma alternativa a tratamentos mais invasivos em grande cistos, como enucleação, curetagem, ostectomia periférica, solução de Carnoy, Crioterapia com nitrogênio

líquido e ressecções ósseas, pois a descompressão além de ser pouco invasiva, preserva estruturas vitais como dentes, feixes vasculonervosos, assoalho do seio maxilar, cavidade nasal e base mandibular favorecendo também a neoformação óssea local.

É uma técnica que tem sido utilizada cada vez mais, sendo comprovadamente eficaz para tratamento de grandes tumores com componente císticos ou cistos odontogênicos que afetam os maxilares, sendo indicada para pacientes adultos, e podendo também ser utilizada com sucesso em pacientes pediátricos cooperativos sob supervisão do responsável.

4. REFERÊNCIAS

ABDULLAH, W. A. Surgical treatment of keratocystic odontogenic tumour: A review article Saudi Dental. **Journal King Saud University**. Vol. 23. Nº 01. P. 61-65. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sdentj.2011.01.002>. Acesso em: 18 mar. 2021.

AMORIM, K. S. *et al.* Cisto dentígero com transformação ameloblástica. **Revista Cubana Estomatologia**, 2020; 58(1): e3028. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/346443986_Cisto_dentigero_com_transformacao_ameloblastica. Acesso em: 18 mar. 2021.

ANAVI, Y. *et al.* Decompression of odontogenic cystic lesions: Clinical long-term study of 73 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, v. 112, n. 2, p. 164–169, 2011.

BARROS, A. V. M. *et al.* Cistos e Tumores Odontogênicos em uma população brasileira: análise retrospectiva de 12 anos à luz da 4ª Edição da Classificação dos Tumores de Cabeça e Pescoço da OMS. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe**. v. 19, n. 4, p.13-19. 2019. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2019/04/Artigos/03ArtOriginalCistoseTumoresOdontogonicos.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BHARDWAJ, B. *et al.* Mandibular Dentigerous Cyst in a 10-Year-Old Child. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 09, n. 02, p. 281-284, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310328715_Mandibular_Dentigerous_Cyst_in_a_10-Year-Old_Child. Acesso em: 8 abr. 2021.

CALIENTO, R; *et al.* Cisto dentígero: modalidades de tratamento. **Revista de Odontologia UNESP**, v.42, n. 6, p. 458-456, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n6/v42n6a12.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CARVALHO, G. A. O. *et al.* Etiopatogenia e diagnóstico de cistos odontogênicos inflamatórios: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 7, p. 1-21, 2 jun. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4797/4066>. Acesso em: 18 mar. 2021.

CAVALCANTE, I. L. *et al.* CISTO DENTÍGERO DE ORIGEM INFLAMATÓRIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO. **Scientific-Clinical Odontology**, v. 18, n. 01, p. 73-76, 2019. Disponível em: https://www.cro-pe.org.br/site/adm_syscomm/publicacao/foto/144.pdf#page=75. Acesso em: 18 mar. 2021.

DE CARLI, M. L. *et al.* Conservative surgical-orthodontic treatment of a young patient with a dentigerous cyst. **Revista de Odontologia UNESP**, v.42, n. 05, p. 389-392, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262743832_Conservative_surgical-orthodontic_treatment_of_a_young_patient_with_a_dentigerous_cyst. Acesso em: 20 abr. 2021.

ENISLIDIS, G. *et al.* Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: A prospective study of the effect of decompression. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. v. 42, n. 6, p. 546–550, 2004.

GAO, L. *et al.* Decompression as a treatment for odontogenic cystic lesions of the jaw. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 72, n. 2, p. 327–333, 2014.

GENDVILIENE, L. *et al.* Conservative management of large mandibular dentigerous cysts with a novel approach for follow up: Two case reports. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v.19, n. 01, p. 23-31, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Constantinus-Politis-2/publication/320592203_Conservative_management_of_large_mandibular_dentigerous_cysts_with_a_novel_approach_for_follow_up_Two_case_reports/links/59ef4d44458515ec0c7b5b10/Conservative-management-of-large-mandibular-dentigerous-cysts-with-a-novel-approach-for-follow-up-Two-case-reports.pdf. Acesso em: 8 abr. 2021.

JÚNIOR, H. C. C.O. *et al.* Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral. **Journal of Orofacial Research**, v.14, n.01, p. 15-20, 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v14n1/a03v14n1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

KOLOKYTHAS, A.; SCHLIEVE, T. Simple Method for Securing a Decompression Tube for Odontogenic Cysts and Tumors : A Technical Note. **YJOMS**, v. 69, n. 9, p. 2392–2395, 2011.

LACERDA, E. P. M.; MARTORELLI, S. B. F.; MARTORELLI, F. O. Dentigerous cyst in the maxillary posterior region associated with an impacted deciduous molar. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.66, n. 2, p. 194-198, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgo/v66n2/1981-8637-rgo-66-02-00194.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2021.

LEE, S. *et al.* The effect of decompression as treatment of the cysts in the jaws: retrospective analysis. **The Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v.43, n.02, p. 83-87, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316549489_The_effect_of_decompression_as_treatment_of_the_cysts_in_the_jaws_Retrospective_analysis. Acesso em: 8 abr. 2021.

LIMA, L.H.M.A. *et al.* Cisto dentígero: enucleação total do germe dentário em paciente com sete anos de idade. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, vol.4, n.2, p.94-98, 2005.

MARTINELLI-KLÄY, C. P. *et al.* Unusual Imaging Features of Dentigerous Cyst: A Case Report. **Dentistry Journal**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2304-6767/7/3/76>. Acesso em: 8 abr. 2021.

MILORO, M. *et al.* **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson**. 1. ed. São Paulo, SP: 2008, 2008. v. 1.

OCAÑA, R. P. *et al.* Tratamento de Extenso Tumor Odontogênico Ceratocístico por Descompressão e Complementação Cirúrgica com Solução de Carnoy. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 50, p. 87–92, 2015.

POGREL, M. A.; JORDAN, R. C. K. Marsupialization as a Definitive Treatment for the Odontogenic Keratocyst. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 62, p. 651–655, 2004.

PONTES, C. G. C. Epidemiologia dos cistos e tumores odontogênicos tratados sob anestesia geral, em um hospital filantrópico de Salvador - Bahia. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 93-100, 18 mar. 2012. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2012/v12.n1/Artigo%2012.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

QUADROS, O. F.; CALVET, C. O. Estudo da prevalência de cistos odontogênicos de desenvolvimento. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v.43, n. 01, p. 08-14, 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/7715-58963-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

ROBINSON, R. A. Diagnosing the most common odontogenic cystic and osseous lesions of the jaws for the practicing pathologist. **Department of Pathology, University of Iowa, Iowa City, IA, USA**, v. 30, p. 596-563, 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/modpathol2016191.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SANTOS, M. E. S. M. *et al.* Cisto dentígero em criança – um caso peculiar tratado por descompressão. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe**, v. 11, n. 03, p. 21-28, 2011. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rctbmf/v11n3/a04v11n3.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SANTOS, T. S. *et al.* Cistos odontogênicos: estudo epidemiológico de 72 casos. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, [s. l.], v. 36, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/2007_361-30-32.pdf. Acesso em: 18 mar. 2021.

SCHLIEVE, T. *et al.* Does decompression of odontogenic cysts and cystlike lesions change the histologic diagnosis? **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 72, n. 6, p. 1094–1105, 2014.

SCHMIDT, B. L.; POGREL, M. A. The use of enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the management of odontogenic keratocysts. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 59, n. 7, p. 720–725, 2001.

SETTE-DIAS, A. C. *et al.* Cisto dentígero sequencial: Relato de caso. **Universidade de Federal Minas Gerais Faculdade Odontologia**. ROBRAC, v. 17, n. 44, p. 133-137, 21 mar. 2010. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/44/34>. Acesso em: 23 maio 2021.

SILVA, I. D. *et al.* Does clinical experience impact students' capacity to diagnose dentoalveolar disorders using intraoral radiography. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 61, n. 01, p. 04-10, 4 dez. 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/92271>. Acesso em: 18 mar.

SILVA, M. A.; *et al.* CISTO DENTÍGERO: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO DENTIGEROUS CYST - LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT. **REVISTA UNINGÁ**, [s. l.], 2010. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/901/572>. Acesso em: 23 maio 2021.

SILVEIRA, A. K. G. *et al.* Polyethylene tube in the conservative treatment of dental cyst: A case report. **Brazilian Journal of health Review**, v.03, n.06, p. 16674-16687, 18 nov. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/20094/16094>. Acesso em: 18 mar. 2021.

SILVEIRA, V. A. S. *et al.* Cisto dentígero inflamatório relacionado a dente permanente: considerações etiopatológicas. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.38, n.03, p. 143-147, 2009. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/5880188f7f8c9d0a098b4cdc/pdf/rou-38-3-143.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

SOARES, R. P. *et al.* Cisto dentígero: diagnóstico e tratamento. **Archives of Health Investigation**, v.07, n.08, p. 461-464, 2018. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3034>. Acesso em: 18 mar. 2021.

STOELINGA, P. J. W. The Treatment of Odontogenic Keratocysts by Excision of the Overlying , Attached Mucosa , Enucleation , and Treatment of the Bony Defect With Carnoy Solution. **National Center of Biotechnology Information**, v. 63, n. 11, p. 1662–1666, 2005.

SWANTEK, J. J. *et al.* A technique for long term decompression of large mandibular cysts. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 70, n. 4, p. 856–859, 2012.

TAMI-MAURY. I.L. *et al.* Quiste Dentigero: revisión bibliográfica y presentación de un caso. **Acta Odontológica Venezolana**, vol.38, n.2. jun, 2000.

VASCONCELOS, M. G. *et al.* LOCALIZAÇÃO INCOMUM DE CISTO DENTÍGERO - RELATO DE CASO. **Scientific-Clinical Odontology**, ano 4, v. 16, p. 315-318, 2017. Disponível em: https://www.cro-pe.org.br/site/adm_syscomm/publicacao/foto/133.pdf. Acesso em: 18 mar. 2021.

VAZ, L. G. M.; RODRIGUES, M. T. V.; JÚNIOR, O. F. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Departamento de Estomatologia**. v. 58, n. 01, p. 127-130, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n1/a24v58n1.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

VISCONTI, M. A. P. G. *et al.* Tomografía Computarizada de Haz Cónico como Instrumento Complementario de Diagnóstico y Planeamiento Quirúrgico de Quiste Dentígero: Reporte de un Caso. **Int. J. Odontostomat.**, v.08, n. 01, p. 85-91, 2014. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v8n1/art11.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

YOSHIURA, K. *et al.* Cystic lesions of the mandible and maxilla. **Neuroimaging Clinics**, [s. l.], 2003. Disponível em: [https://www.neuroimaging.theclinics.com/article/S1052-5149\(03\)00035-2/fulltext](https://www.neuroimaging.theclinics.com/article/S1052-5149(03)00035-2/fulltext). Acesso em: 20 maio 2021.

ZAKIRULLA, M. *et al.* Dentigerous Cyst in Children: A Case Report and Outline of Clinical Management for Pediatric and General Dentists. **Journal of Orofacial Research**, v.02, n.04, p. 238-242, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/274678173_Dentigerous_Cyst_in_Children_A_Case_Report_and_Outline_of_Clinical_Management_for_Pediatric_and_General_Dentists. Acesso em: 20 abr. 2021.