

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

RUBIA CAUS PEREIRA

**TRATAMENTO DE CISTO PERIAPICAL DE GRANDE EXTENSÃO
RELATO DE 2 CASOS**

Monografia apresentada à
Faculdade de Odontologia
de Piracicaba, da
Universidade
Estadual de Campinas,
como requisito para
obtenção de Título de
Especialista em
Endodontia pela Faculdade
de Odontologia de
Piracicaba/ UNICAMP

PIRACICABA
2013

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

RUBIA CAUS PEREIRA

**TRATAMENTO DE CISTO PERIAPICAL DE GRANDE EXTENSÃO
RELATO DE 2 CASOS**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Augusto Zaia

PIRACICABA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
JOSIDELMA F COSTA DE SOUZA – CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

P414t Pereira, Rubia Caus, 1987-
Tratamento de Cisto Periapical de Grande Extensão -
Relato de dois casos / Rubia Caus Pereira. -- Piracicaba, SP :
[s.n.], 2013.

Orientador: Alexandre Augusto Zaia.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Endodontia. 2. Descompressão. 3.
Apicectomia. I. Zaia, Alexandre Augusto, 1968- II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais Jaci e Célia, as mãos amigas que me acalentam, dão força e guiam-me, meus grandes exemplos de ética, profissionalismo e talento, fundamentais na construção do meu caráter.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à **Deus**, meu refúgio e fortaleza. *"Seja sobre nós as obras das nossas mãos, sim, confirma a obra das nossas mãos."* Salmos 90.17

Às minhas avós, **Diva Pereira dos Santos e Lavínia Canal Caus**, exemplos de vida, obrigada por acreditarem e torcerem sempre por mim, me incentivando em todos os momentos em que precisei. Se cheguei aqui é porque tive vocês como base. Vocês são únicas e o meu agradecimento é eterno.

Às minhas irmãs, **Lívia Caus Pereira e Cíntia Caus Pereira** agradeço pelas nossas diferenças, mas que sempre nos uniam pelo amor de uma para com o outra. Sinto-me feliz em dedicar o findar de mais uma etapa da minha vida à vocês, pessoas que me ajudam nos momentos de dificuldades. Obrigada por todo amor e carinho.

Ao **Luiz Gustavo Alves**, que com sua presença amorosa, tem compartilhado bons e maus momentos ao meu lado, fazendo meu dia a dia ser diferente e melhor. Que me ajudou a acreditar que eu era capaz, por todos os conselhos, todo carinho, cumplicidade e compreensão, especialmente no tempo que passava em Piracicaba.

Aos amigos de sala **Ervo, César e Aziz**, em especial às minhas amigas, **Jaqueline, Marina, Thatiana, Ana Flávia, Arieth, Anne, Luciana e Juliana**, que estiveram sempre ao meu lado, seja dividindo quarto do hotel como também dividindo momentos de estudo e diversão. Obrigada pelas trocas de experiências, pelo apoio e companheirismo.

Ao Prof. Dr. **Alexandre Augusto Zaia** por me orientar e nos enriquecer com seu amplo conhecimento, colaborando em nossa formação como endodontista.

À Profa. Dra. **Adriana de Jesus Soares** pelo conhecimento repartido e por todas as dicas, conselhos e carinho dispensados à todos.

À Profa. Dra. **Brenda Paula Figueiredo de Almeida Gomes** pela paciência e tamanho carinho e amizade dispensados à todos ao seu redor.

Ao Prof. Dr. **Francisco José de Souza Filho** pela sabedoria dispensada e pelo exemplo de Mestre e, muito mais, de pessoa.

Ao Prof. Dr. **Caio César Randi Ferraz** pela persistência, competência e incentivo.

Aos doutorandos **Thiago, Caú, Marcos, Fernanda, Rachel e Emmanuel** pela ajuda, conselhos e animação que contagiava à todos, tornando o difícil processo de aprendizado mais gratificante.

Ao **Corpo Docente do curso de Especialização em Endodontia da FOP** por sua competência e empenho no desenvolver de suas atribuições.

Aos **funcionários da FOP** que direta ou indiretamente auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho.

Aos **pacientes** por confiar no nosso tratamento e nos enriquecer com a elaboração deste trabalho.

A todos vocês, meus humildes agradecimentos.

"Aqui, no entanto, nós não olhamos para trás por muito tempo. Nós continuamos seguindo em frente, abrindo novas portas e fazendo coisas novas, porque somos curiosos... e a curiosidade continua nos conduzindo por novos caminhos. Siga em frente."

WALT DISNEY

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT	10
1) INTRODUÇÃO.....	10
2) REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3) RELATO DE CASO.....	15
3.1) CASO CLÍNICO 1.....	15
3.2) CASO CLÍNICO 2.....	17
4) TRATAMENTO PROPOSTO	19
6) CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	30
ANEXO A	30
ANEXO B	31

RESUMO

O cisto periapical é um cisto verdadeiro, pois consiste de uma cavidade patológica forrada por epitélio originário dos restos epiteliais de Malassez e, freqüentemente, cheia de líquido. É originado do epitélio em um granuloma e está freqüentemente associada a uma resposta inflamatória do organismo contra uma agressão local, a longo prazo, devido a uma infecção endodôntica. Esta condição é clinicamente assintomática, mas pode resultar em uma tumefação na região afetada. Radiograficamente, a descrição clássica da lesão é uma imagem radiolúcida circunscrita, de forma oval, envolvendo o ápice do dente com canal infectado. O objetivo deste estudo foi descrever uma técnica de tratamento conservador cuja conduta preconizada foi a realização da descompressão, tratamento endodôntico e enucleação cística, através do relato de dois casos de cisto periapical de grande extensão. Este trabalho enfatiza a importância da anamnese, de um criterioso exame clínico e radiográfico, além de correlacionar e interpretar dados obtidos pela punção aspirativa, testes de sensibilidade e exames histopatológicos, para adequado diagnóstico das lesões que podem comportar-se de forma similar a uma periapicopatia endodôntica sendo passíveis a erros de diagnóstico. A conduta preconizada de forma conservadora, através do tratamento endodôntico, complementado com apicetomia seguida de enucleação cística, foi adotada como primeira opção, a fim de preservar os elementos dentários envolvidos. O sucesso no tratamento de cistos periapicais de grande extensão pode ser alcançado através de um correto e minucioso diagnóstico e planejamento do tratamento.

Palavras chaves: Cisto periapical, tratamento endodôntico, descompressão, enucleação.

ABSTRACT

The periapical cyst is a true cyst, it consists of a pathological cavity lined by epithelium originating in the epithelial rests of Malassez and often filled with liquid. It originated in a granuloma of the epithelium and is frequently associated with an inflammatory response against an attack site in the long run due to an endodontic infection. This condition is clinically asymptomatic but can result in a swelling in the affected region. Radiographically, the classic description of a radiolucent lesion is circumscribed, oval, involving the apex of the tooth with infected channel. The aim of this study was to describe a technique whose conservative approach recommended was the completion of decompression, endodontic treatment and cystic enucleation through the report of two cases of periapical cyst of great extent. This study emphasizes the importance of history, a thorough clinical and radiographic examination, and to correlate and interpret data obtained by needle aspiration, sensitivity tests and histopathology for accurate diagnosis of lesions that can behave in a manner similar to a periapical lesions endodontic and will be subject to misdiagnosis. The approach recommended in a conservative manner, through root canal therapy, complemented with cystic apicetomia followed by enucleation, was adopted as the first option in order to preserve the teeth involved. Successful treatment of periapical cysts large extent can be achieved through a proper and thorough diagnosis and treatment planning.

Key words: periapical cyst, endodontic treatment, decompression, enucleation.

1) INTRODUÇÃO

Os cistos da maxila, mandíbula e regiões periorais compreendem diversas entidades sob ponto de vista da histogênese, frequência, comportamento biológico e tratamento. A imensa maioria dos cistos nesta região anatômica é encontrada no interior da maxila e mandíbula e, geralmente, são de origem inflamatória.

Os cistos dessas regiões ainda podem ser divididos em cistos odontogênicos e não odontogênicos, de acordo com o epitélio de origem, sendo o cisto periapical, um cisto de origem odontogênica. Pode ser definido como uma cavidade patológica revestida por epitélio que pode conter fluido ou restos celulares (REGEZI & SCIUBBA, 2000).

Segundo Lopes e Siqueira (2010), o cisto periapical é sempre originado de um granuloma, que devido à manutenção de um processo inflamatório crônico, estimula a proliferação de remanescentes epiteliais na região do periápice, embora nem todo granuloma necessariamente progrida para um cisto. Mantida a causa, que é a infecção situada no interior dos sistema de canais radiculares, a proliferação epitelial assume maiores proporções, gerando lojas no interior de aglomerações de células epiteliais. Tal mecanismo sugere que esse tipo de lesão é resultado de uma infecção endodôntica de longa duração.

Os achados radiográficos do cisto periapical mostram uma imagem radiolúcida, unilocular, circunscrita por fina linha radiopaca bem definida, com perda da lâmina dura na região periapical e com osteogênese reacional de forma oval associada ao ápice de um dente desvitalizado (FREITAS, et al., 2000; SILVEIRA et al., 2005). Este cisto tem sido estudado sob diversas denominações: cisto radicular, cisto periodontal apical, cisto apical e cisto perirradicular (INGLE & TAINTOR, 1989).

Vários tratamentos tem sido propostos, de acordo com Shafer, et al. (1987) e Regezzi e Sciubba (2000), quando há ocorrência de cisto periapical de grandes proporções. O tratamento indicado é a enucleação cirúrgica do mesmo, associado ou não a exodontia do elemento acometido. Em alguns casos, pode-se indicar o

tratamento endodôntico do dente afetado seguido de apicetomia e enucleação da lesão cística.

O objetivo deste estudo foi descrever uma técnica de tratamento conservador cuja conduta preconizada foi a realização da descompressão, tratamento endodôntico e enucleação cística, através do relato de dois casos de cisto periapical de grande extensão.

2) REVISÃO DE LITERATURA

O cisto periapical é a lesão odontogênica inflamatória mais comumente encontrada nos maxilares, tendo origem a partir de um granuloma periapical. O revestimento epitelial do cisto periapical é decorrente da proliferação das células epiteliais de Malassez, presentes no ligamento periodontal, que sofrem apoptose e dão origem à cavidade cística, em resposta à estimulação antigênica contínua proveniente do sistema de canais radiculares, sendo determinante a participação de microrganismos e seus produtos, mantendo o processo inflamatório local (NEVILLE et al., 1998; SHEAR, 1999; REGEZI & SCIUBBA, 2000; LOPES & SIQUEIRA, 2010). Acredita-se que durante a inflamação periapical, os restos de Malassez inativos são estimulados por citocinas e fatores de crescimento para iniciarem a divisão e proliferação, um processo comumente descrito como hiperplasia inflamatória (COHEN & HARGREAVES, 2007).

Estas células participam na patogênese dos cistos radiculares pois se tornam fonte de epitélio. O estímulo crônico de baixa intensidade, desencadeado pelas bactérias e seus produtos, proporciona ao organismo condições de controlar a agressão e, dessa forma, mantê-la confinada à região periapical (SANTOS et al., 2006).

Segundo Domingues e Gil (2007), o aumento de volume cístico ocorre devido à descamação de células do epitélio de revestimento para o interior da cavidade cística aumentando a pressão osmótica. A elevação da pressão oncótica atrai líquido intersticial para o lúmen, elevando a pressão hidrostática e contribuindo para aumentar o volume na cavidade cística, levando a reabsorção do osso circunjacente,

e conseqüente expansão cística. Santos et al. (2006) afirmou que a reabsorção óssea também acontece devido à produção de colagenases e prostaglandinas pelos fibroblastos capsulares e pela estimulação osteoclástica associada ao infiltrado inflamatório derivados da reação da matriz extracelular circundante, na tentativa de impedir o processo de crescimento dessa lesão.

Essas lesões têm uma maior incidência em adultos na faixa etária de 20 a 40 anos, acometendo principalmente indivíduos do gênero masculino, e têm como local de predileção a região anterior da maxila (GROSSMANN et al., 2007). Quanto à raça, foi constatada maior prevalência em leucodermas do que em melanodermas (SHEAR, 1999; SOUZA et al., 2003).

A grande maioria dos pacientes com lesões periapicais não apresenta qualquer sintomatologia, a menos que esteja presente uma exacerbada resposta inflamatória, muitas vezes de origem infecciosa. A infecção bacteriana secundária pode provocar dor espontânea, exsudação e aumento rápido de volume da cavidade cística, como sinais da resposta inflamatória aguda na parede do cisto (LEONARDO & LEAL, 2005; MARZOLA, 2008). Nesta situação, pode ocorrer tumefação, sensibilidade, mobilidade e/ou deslocamento dental, além da ausência de sensibilidade pulpar (GIBSON, 2002).

O cisto radicular pode atingir dimensões consideráveis, ocasionando expansão da cortical óssea externa, apresentando-se clinicamente como tumefação firme e indolor. Com o rompimento desta cortical fina e rarefeita, a tumefação apresenta-se menos consistente à palpação, mas com resiliência marcante, sendo designada de consistência cística ou flutuante. Neste estágio, a mucosa bucal pode apresentar coloração azulada. A mucosa que recobre o cisto apresenta coloração e consistência normais. A expansão cística não provoca deficiência sensorial na inervação local (NETO et al., 2004; LEONARDO & LEAL, 2005; SOARES et al., 2008).

O cisto periapical representa 7 a 54% das radiolucências apicais (SOARES et al., 2008) e apresenta-se radiograficamente como uma lesão radiolúcida de densidade homogênea, unilocular, circunscrita por fina linha radiopaca bem definida, com perda da lâmina dura no mínimo na região periapical, podendo ser observada osteogênese

reacional de forma oval, associada ao ápice de um dente desvitalizado (FREITAS, et al., 2000; SILVEIRA et al., 2005). No entanto, o diagnóstico radiográfico do cisto radicular não pode ser tomado como definitivo, pois sempre haverá a possibilidade de diagnóstico de outras entidades mais agressivas localizadas no periápice, as quais podem simular periapicopatias verdadeiras (LEONARDO & LEAL, 2005).

Uma condição fundamental para o diagnóstico de um cisto radicular é a ausência de vitalidade pulpar. Ocasionalmente, pode haver a comunicação da cavidade cística com a mucosa bucal através de uma fístula (SHEAR, 1999). A aspiração do conteúdo cístico resulta em um líquido de cor palha ou citrino, com pontos brilhantes os quais representam os cristais de colesterol (LEONARDO & LEAL, 2005).

O exame microscópico é imprescindível para o diagnóstico final, e caracteriza-se pela presença de epitélio cístico pavimentoso estratificado não-ceratinizado, com cápsula de tecido conjuntivo fibroso denso. Ocasionalmente seu lúmen poderá conter líquido e células descamadas (SHAFER et al, 1987; SHEAR, 1999; KUC, 2000; REGEZI & SCIUBBA, 2000; TOMMASI, 2002; LEONARDO & LEAL, 2005).

Em relação às dimensões apresentadas pelas lesões císticas, os autores relataram que o diâmetro dos cistos pode variar de poucos milímetros a alguns centímetros (ARAÚJO, 1994; LINDHE, 1998). Freitas (2000) afirmou que os cistos radiculares usualmente apresentam diâmetro superior a 10 mm.

O tratamento proposto, quando há ocorrência de cisto periapical de grandes proporções, é a enucleação cirúrgica do mesmo, associado ou não à exodontia do elemento acometido. Em alguns casos, pode-se indicar o tratamento endodôntico do dente afetado seguido de apicetomia e enucleação da lesão cística (SHAFER, et al. 1987 e REGEZI & SCIUBBA, 2000).

O tratamento endodôntico convencional em dentes portadores de lesões periapicais, remove o estímulo antigênico, e desencadeia reações de natureza imunológica, que influenciam na concentração e participação das células inflamatórias no mecanismo imunopatológico dos cistos radiculares. Uma vez eliminada a causa da proliferação epitelial, esta tende a cessar e o sistema imune gradualmente promove a destruição e remoção das células epiteliais proliferadas conduzindo ao reparo da região

periapical. Um dos mecanismos pelos quais ocorre a reparação é a quebra da integridade do limitante epitelial ocasionada pela sobreinstrumentação, que estabelece a drenagem da pressão intraluminal cística (LYRA et al., 2004; VALOIS & COSTA JUNIOR, 2005; DOVIGO et al., 2006; GUIMARÃES et al., 2006; LOPES & SIQUEIRA, 2010). Para dinamizar o processo de desinfecção, pode ser empregada a medicação intracanal, como substâncias a base de hidróxido de cálcio, que apresentam um alto potencial antimicrobiano, é biocompatível e estimula a reparação tecidual pós-tratamento (ANJOS NETO et al., 2005). O tempo de uso ideal de curativo de demora com hidróxido de cálcio em dentes com necrose pulpar e reação periapical crônica deve ser de, no mínimo, 15 dias, sendo 30 dias considerado o ideal (GUIMARÃES et al., 2006).

Quanto à cirurgia parendodôntica, tem como objetivo promover o isolamento do canal radicular, evitando à contaminação bacteriana nos tecidos apicais e periapicais, estimulando, dessa forma, a cicatrização. Ressalta-se que o procedimento cirúrgico só deve ser instituído após o tratamento convencional do conduto radicular ou quando resultar em um prognóstico incerto (GUIMARÃES et al., 2006). Após o preparo do ápice realizado durante a cirurgia parendodôntica, a cavidade receberá o material retro-obturador, tendo como principal objetivo o selamento da região apical de modo a proporcionar reparo e regeneração dos tecidos periapicais como relatado por Lopes e Siqueira (2010). O Agregado Trióxido Mineral (MTA), tem sido um dos materiais mais usados para promover selamento apical, pois promove selamento marginal adequado, prevenindo infiltrações, com capacidade osteoindutora, biocompatível, além de apresentar efeito antimicrobiano (SAUNDERS, 2008).

A enucleação consiste na remoção total da lesão cística, sem ruptura da cápsula fibrosa. Esta técnica deve ser realizada com cuidado, pois a remoção da peça por inteiro reduz as chances de recidiva. Sua principal vantagem é permitir o exame histopatológico integral da lesão além de proporcionar o tratamento adequado da lesão (FREITAS, 2000; TOMMASI, 2002; PETTERSON, 2005).

No entanto, outras modalidades terapêuticas já foram descritas para o cisto radicular. Em 1991, De Deus descreveu que o cisto radicular deve ser submetido a

tratamento conservador, realizando a modelagem e obturação do canal radicular do dente afetado, podendo também, em alguns casos, ser feita a marsupialização.

A descompressão de grandes cistos próximos a estruturas nobres tem sido indicada com intuito de preservação destas, e tem-se mostrado uma conduta benéfica, quando concluída com subsequente enucleação. Este procedimento reduz a pressão intracística promovendo a diminuição do cisto e resultando em preenchimento ósseo (REGEZI & SCIUBBA, 2000; PETERSON et al., 2005).

Segundo Nuñez-Urrutia, S. et al., (2010) o tratamento a ser realizado nas lesões císticas deve ser determinado considerando alguns fatores como extensão da lesão, relação com estruturas nobres, evolução, origem, característica clínica da lesão, cooperação e condição sistêmica do paciente.

3) RELATO DE CASO

3.1) CASO CLÍNICO 1

Paciente leucoderma, 24 anos, gênero masculino, com história de inchaço na região de fundo de vestibulo há dois meses. Ao exame físico apresentou tumefação em região de palato e na região anterior de maxila à direita, com apagamento do sulco gengivolabial, medindo aproximadamente 4,0x 3,0x 3,0cm. Foi detectada presença de fístula por vestibular, com mobilidade grau I nos elementos 11, 12 e 21, e deslocamento acentuado para vestibular do elemento 12, conforme mostrado nas figuras 1 e 2. Durante a avaliação radiográfica, constatou-se a presença de imagem radiolúcida unilocular extensa, circular, bem delimitada por halo radiopaco, na região dos elementos 11, 12, 13 e 14 circundando o ápice dos mesmos, com perda da lâmina dura, e promovendo destruição acentuada da cortical óssea vestibular e deslocamento dentário dos elementos 11, 12 e 13 (Figuras 3, 4 e 5).

Foi realizada punção aspirativa por agulha grossa, tendo como resultado presença de líquido amarelado com traços de sangue, com características de líquido cístico

(figuras 6 e 7). Os elementos 12 e 21 não responderam ao teste de sensibilidade pulpar ao frio, apresentando necrose. O paciente encontra-se em controle pós-operatório de 12 meses.



Figura 1. Tumefação região anterior de maxila.



Figura 2. Tumefação região de palato.

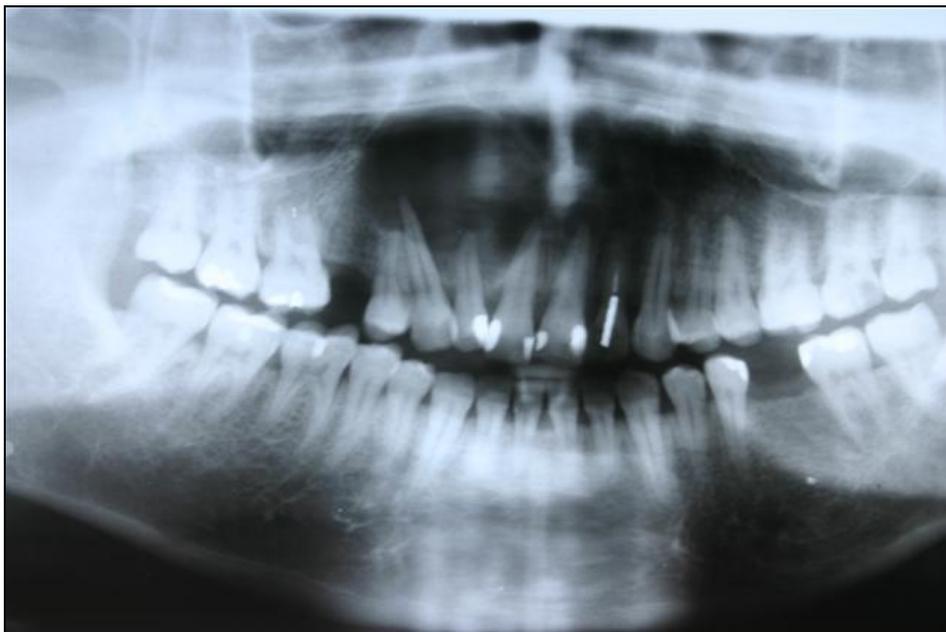


Figura 3. Radiografia Panorâmica inicial indicando localização e extensão da lesão.

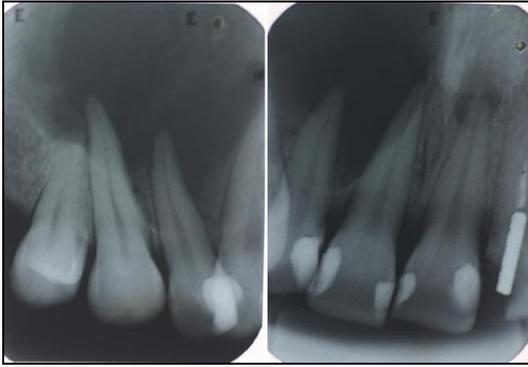


Figura 4. Radiografia Periapical indicando deslocamento radicular.

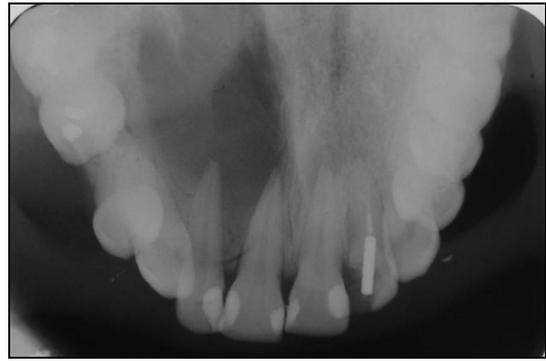


Figura 5. Radiografia Oclusal indicando área de rarefação óssea.



Figura 6. Punção aspirativa por agulha grossa.



Figura 7. Conteúdo líquido aspirado (4ml).

3.2) CASO CLÍNICO 2

Paciente leucoderma, 39 anos, gênero masculino, com história de trauma na região anterior da maxila na infância. Ao exame físico observou-se tumefação por vestibular na região de incisivo central superior dos elementos 13 ao 23, medindo aproximadamente 4,5x 3,0x 3,0cm, estendendo-se em direção à fossa nasal, apresentando também abaulamento em mucosa palatina, deslocamento dentário para vestibular, mobilidade dentária grau II e odor fétido (figuras 8 e 9).

Durante a avaliação radiográfica, observou-se imagem radiolúcida de contorno definido, com halo radiopaco, lateralmente à linha mediana, abaulamento do soalho da cavidade nasal e rarefação óssea na região dos elementos 13 ao 22, conforme pode ser observado na figuras 10, 11 e 12 . O elemento 11 não respondeu ao teste de sensibilidade pulpar ao frio.

Como método auxiliar no diagnóstico foi realizada punção aspirativa por agulha grossa, sendo removido um volume de líquido amarelado, de aspecto mucóide. Paciente encontra-se em controle pós-operatório de 12 meses.



Figura 8. Tumefação na região anterior da maxila.



Figura 9. Deslocamento dentário acentuado.



Figura 10. Radiografia Panorâmica inicial indicando localização e extensão da lesão.



Figura 11. Radiografia Periapical indicando rarefação óssea

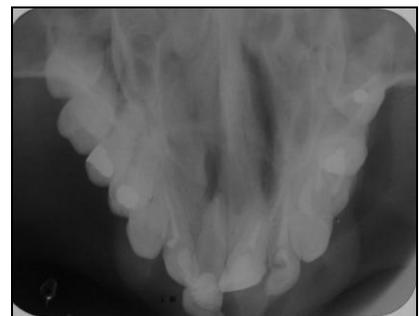


Figura 12. Radiografia oclusal mostrando deslocamento dental

4) TRATAMENTO PROPOSTO

Nos dois casos foram realizados primeiramente o teste de sensibilidade pelo frio (Endolce®), e a punção aspirativa por agulha grossa, com o objetivo de descartar outras periapicopatias e auxiliar a hipótese inicial de cisto periapical. Após determinação da principal hipótese de diagnóstico foi feita a descompressão cística através de cirurgia para colocação de uma cânula de polipropileno na região de fundo de vestibulo (Figura 18). Este procedimento foi realizado sob anestesia local, a cânula funcionou como um dreno, tendo sido fixada no elemento dentário envolvido com fio de nylon e fio ortodôntico número 0,5. A partir da colocação da cânula os pacientes receberam acompanhamento semanal, o foram orientados a manter higienização local através da irrigação da cavidade cística com soro fisiológico 0,09%, com injeção direta no lúmen da cânula utilizando seringa descartável, com a finalidade de evitar complicações infecciosas no local. Durante as consultas de retorno não foram observadas anormalidades.

Os dentes que apresentaram necrose pulpar, diagnosticada pelo teste térmico de sensibilidade pulpar, foram submetidos ao tratamento endodôntico, preconizando a utilização de curativo de demora (hidróxido de cálcio P.A. diluído em propilenoglicol e iodofórmio). Após a obturação, sob anestesia local, foi realizada a remoção da cânula e enucleação cística através da técnica de incisão intrasulcular nos elementos envolvidos com deslocamento total de retalho. Com auxílio de cureta de Lucas foi removida a cápsula cística e realizada a apicetomia dos mesmos, com broca cirúrgica esférica e obturação retrógrada com Agregado Trióxido Mineral (MTA®).

Os fragmentos removidos foram encaminhados para exame histopatológico que confirmou o diagnóstico de cisto periapical (figuras 19, 20, 21, 22 e 23).

Durante o controle pós-operatório, os pacientes não relataram alterações significativas. Radiograficamente notou-se radiopacidade óssea na região, a qual foi se instalando gradualmente, sugerindo ausência de processo inflamatório local e

início de reparação óssea (figura 24). No entanto, um dos casos apresentou recidiva de lesão, tendo sido submetido à nova curetagem cirúrgica.

Os casos têm em média 3 anos de acompanhamento clínico e radiográfico, podendo ser observados nas figuras 25, 26 e 27 a neoformação óssea no sítio onde previamente situavam-se as lesões.



Figura 18. Colocação da cânula de polipropileno. Casos clínicos 1 e 2 respectivamente.

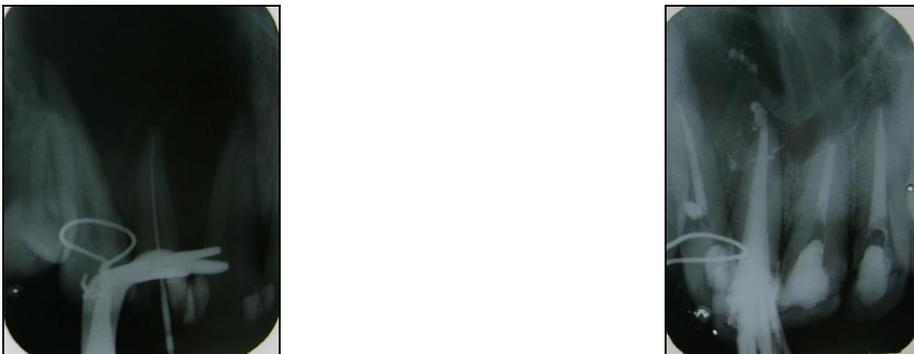


Figura 19. Radiografia Periapical, prova do cone e obturação dos canais radiculares. Casos 1 e 2 respectivamente.



Figura 20. Incisão intrasulcular e deslocamento total do retalho, caso clínico 1.

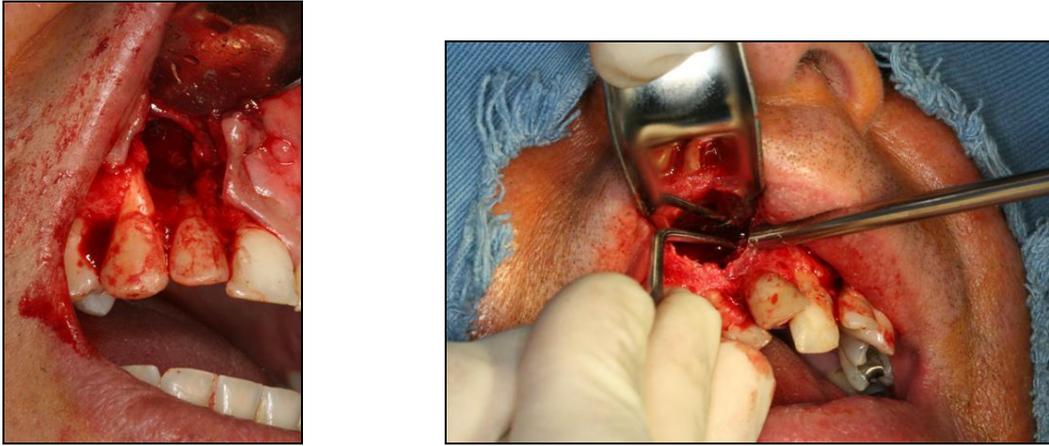


Figura 21. Remoção da cápsula cística, casos clínicos 1 e 2 respectivamente.

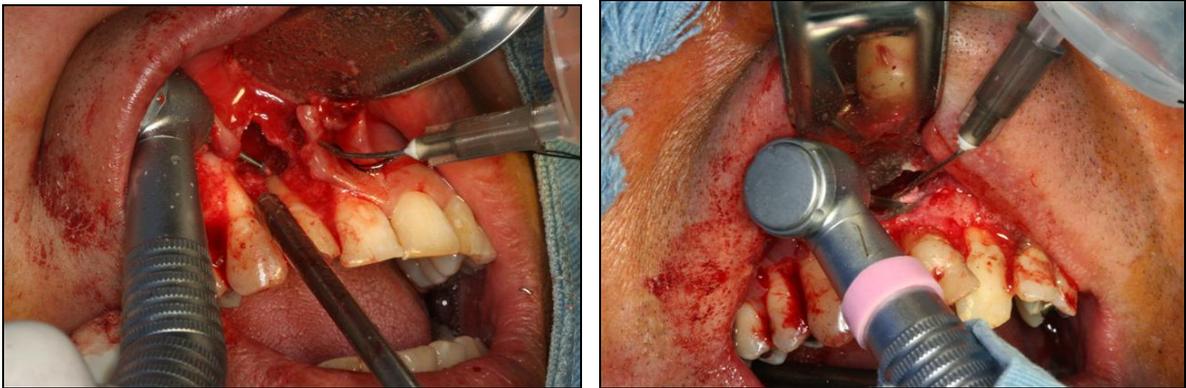


Figura 22. Apicetomia com broca cirúrgica esférica, casos clínicos 1 e 2 respectivamente.

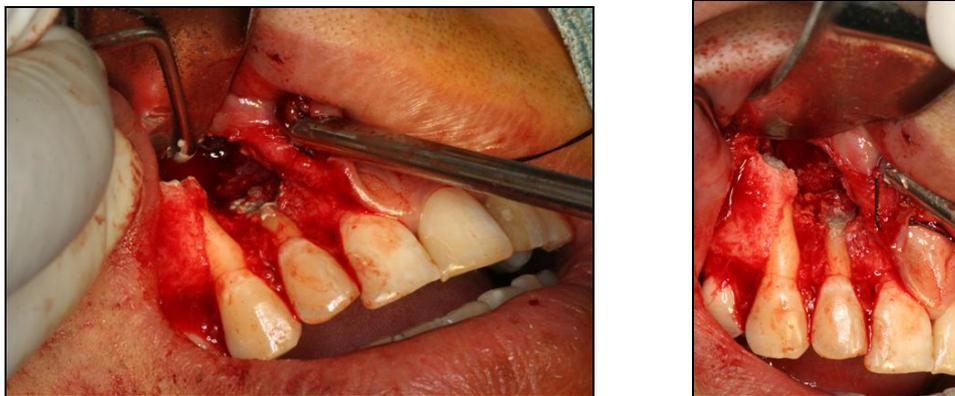


Figura 23. Obturação retrógrada com MTA®, caso clínico 1.



Figura 24. Radiografia Periapical, pós-operatório de 3 meses, casos clínicos 1 e 2 respectivamente.

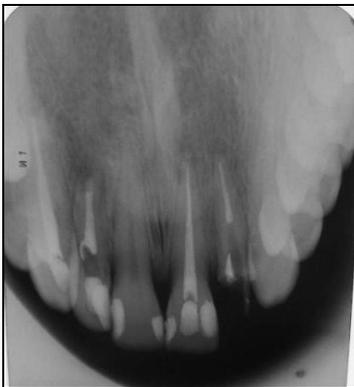


Figura 25. Radiografia Oclusal, preservação de 2 anos. Caso clínico 1



Figura 26. Radiografia Oclusal, preservação de 1 ano. Caso clínico 2.

5) DISCUSSÃO

O cisto radicular é um cisto verdadeiro, pois consiste de uma cavidade patológica forrada por epitélio originário dos restos epiteliais de Malassez e, freqüentemente, cheia de líquido. O cisto periapical é originado do epitélio em um granuloma e está freqüentemente associada a uma resposta inflamatória do organismo contra uma agressão local, a longo prazo, devido a uma infecção endodôntica. Esta condição é clinicamente assintomática, mas pode resultar em uma tumefação na região afetada. Radiograficamente, a descrição clássica da lesão é uma imagem radiolúcida

circunscrita, de forma oval, envolvendo o ápice do dente infectado (VALOIS & COSTA, 2005; SOARES et al., 2008). Apesar de a incidência relatada de cistos dentre as lesões periodontais apicais variar de 6% a 55%, investigações baseadas em cortes seriados meticulosos e critérios estritamente histológicos mostram que a verdadeira incidência de cistos pode ser bem menor de que 20% (COHEN & HARGREAVES, 2007).

As opções terapêuticas para as lesões císticas periapicais variam desde o tratamento não cirúrgico, correspondendo ao tratamento endodôntico convencional ou retratamento do sistema de canais radiculares, ao tratamento cirúrgico, através de cirurgia pararendodôntica, podendo-se nos dois casos associar-se a manobra de decompressão (RUIZ et al., 2003).

Quando nos deparamos com lesões císticas extensas, a drenagem é necessária para que ocorra decompressão da cavidade cística, pois a fibroplastia não ocorre na presença de exsudato e, com o alívio da pressão sobre as células circunvizinhas à área patológica, inicia-se uma migração centrípeta das células locais para onde a pressão foi reduzida. Com a decompressão, a sintomatologia se reduz, não havendo geralmente a necessidade de administração de antibiótico por via sistêmica (FELIPPE et al., 2000).

A marsupialização da cavidade cística pode apresentar desvantagens tais como a necessidade de cooperação do paciente por um longo período de tempo, inflamação da mucosa alveolar, persistência do defeito cirúrgico no local de inserção do dreno, possibilidade de desenvolvimento de infecção aguda ou crônica na lesão durante o tratamento e submergência do tubo no tecido (RUIZ et al., 2003).

Levando-se em consideração que o cisto periapical é o resultado da resposta do hospedeiro à infecção do sistema de canais radiculares, pressupõe-se que o tratamento endodôntico promova a eliminação ou a redução substancial dos antígenos presentes nos canais radiculares e nos tecidos periapicais, com diminuição da atividade antigênica, proporcionando condições favoráveis ao reparo periapical. De Deus (1991) preconizou que durante a instrumentação do canal

radicular seja realizada a patência, uma sobreinstrumentação, que permite a descompressão e drenagem dos tecidos apicais, a penetração das substâncias irrigadoras na intimidade da região apical e a remoção das substâncias necróticas e detritos acumulados durante a instrumentação. No entanto, Sauaia et al. (2000); Soares e Goldberg (2001), afirmaram que, o extravasamento de substâncias químicas auxiliares do preparo biomecânico, material obturador e detritos no periápice, determinam, freqüentemente a exacerbação das reações inflamatórias por constituírem novas fontes de agressão.

A conduta clínica adotada nestes casos foi à realização da patência nos elementos que possuíam necrose pulpar, onde não foram observadas alterações durante a realização dos tratamentos endodônticos. Também foi preconizada a utilização de medicação intracanal com hidróxido de cálcio P.A. e propilenoglicol, pois preenche os requisitos como biocompatibilidade e estimulação da reparação tecidual.

Para Regezi e Sciubba (2000), diante de um cisto periapical de grandes proporções, o tratamento indicado é a enucleação cirúrgica, associada ou não à extração do dente em questão. Nos casos relatados, optou-se pela enucleação cirúrgica da lesão de uma forma mais conservadora, corroborando com os relatos de Silveira et al. (2005).

Atualmente, com o avanço das terapias endodônticas que demonstram sucesso na regressão das lesões, são inadmissíveis as exodontias dos elementos envolvidos na lesão, a menos que o elemento não apresente condições de ser mantido funcionalmente na cavidade bucal. Em certas ocasiões pode ser realizado o tratamento endodôntico seguido da apicetomia e enucleação cística. Se a remoção cirúrgica foi completa, não haverá recidiva cística. Se a bolsa cística for muito fragmentada, deixando restos epiteliais, um cisto residual pode desenvolver-se na área, meses e até anos mais tarde.

O acompanhamento clínico e radiográfico pós-operatório deverá ser realizado durante os primeiros doze meses, após a realização da cirurgia, para observação de algum insucesso ou alterações não previstas (GUIMARÃES et al., 2006).

6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho enfatiza a importância da anamnese, de um criterioso exame clínico e radiográfico, além de correlacionar e interpretar dados obtidos pela punção aspirativa, testes de sensibilidade e exames histopatológicos, para adequado diagnóstico das lesões que podem comportar-se de forma similar a uma periapicopatia endodôntica sendo passíveis a erros de diagnóstico.

A conduta preconizada de forma conservadora, através do tratamento endodôntico, complementado com apicetomia seguida de enucleação cística, foi adotada como primeira opção, a fim de preservar os elementos dentários envolvidos.

O sucesso no tratamento de cistos periapicais de grande extensão pode ser alcançado através de um correto e minucioso diagnóstico, planejamento de tratamento adequado e acompanhamento clínico e radiográfico.

7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANJOS NETO, D. A.; MARION, J. J. C.; BORLINA, S. C.; MURATA, S. S. A influência do hidróxido de cálcio como curativo de demora e do cimento obturador no reparo de lesão periapical crônica extensa. Relato de caso clínico. **Revista Ciências Odontológicas – UNIMAR**, São Paulo, ano 8, n. 8, p. 63-67, 2005.
2. ARAÚJO, N. S. de; ARAÚJO, V. C. de. **Patologia Bucal**. 1ed. São Paulo: Artes médicas, 1994. p.99-106.

3. COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. Caminhos da polpa. 9ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 1048.
4. DE DEUS, Q. D. Endodontia. 2ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1991. 545p.
5. DOMINGUES, A. M.; GIL, J. N. **Cistos Odontogênicos Intra-ósseos. Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo: Santos, 2007. 125p.
6. DOVIGO, L. N.; CAMPOS, J. A. D. B.; PAPPEN, F. G.; LEONARDO, R. T. Limite apical de obturação e o sucesso clínico e radiográfico de dentes com necrose pulpar e lesão periapical. **Revista Gaúcha de Odontologia (RGO)**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 249-253, jul./set., 2006.
7. FELIPPE, W. T.; BIZ, M. T.; FELIPPE, M. C. S. Tratamento não cirúrgico de cisto periapical diagnosticado radiograficamente. **Jornal Brasileiro de Endo/Perio.**, Santa Catarina, v. 1, n. 3, p. 71-74, out./Nov./dez., 2000.
8. FREITAS, A.; ROSA, J. E.; SOUZA, I. F. **Radiologia odontológica**. 5ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000. 455p.
9. GIBSON, G. M.; PANDOLFI, P. J.; LUZADER, J. O. Case report: A large radicular cyst involving the entire maxillary sinus. **General Dentistry**. v.50, n.1, p. 80-1, jan./feb. 2002.
10. GROSSMANN, S. M.; MACHADO V. C.; XAVIER, G. M. *et al.*, Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. **Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol., Endod.**, v. 104, p. 35-41, 2007.
11. GUIMARÃES, K. B.; POST, L. K.; BEZERRA, M. F.; ISOLAN, C. P.; HOSNI, E. S. Cirurgia Parendodôntica com Obturação Simultânea dos Canais Radiculares: Relat de Caso Clínico. **Revista de Ciências Médico-Biológica**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 188-194, mai./ago., 2006.

12. INGLE, J. I.; TAINTOR, J. F. **Endodontia**. 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. 745p.
13. KUC, I.; PETERS, E.; PAN, J. Comparison of clinical and histologic diagnoses in periapical lesions. **Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol., Endod.**, v. 89, p. 333-337, mar. 2000.
14. LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. **Endodontia – Tratamento de Canais Radiculares: Princípios Técnicos e Biológicos**. 3ed., São Paulo: Artes médicas, 2005. 901p.
15. LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**, 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. 720p.
16. LOPES, H. P.; SIQUEIRA, JR., J. F. **Biologia e Técnica**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 968p.
17. LYRA, S. M. C.; OLIVEIRA, D. O.; RICHE, G. C.; PRADO, R.; LOURENÇO, S. Q. C. Lesões Periapicais: Diagnóstico Diferencial Radiográfico e Correlação com Quadro Histopatológico. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, n. 4, p. 4-8, jul./ago. 2004.
18. MARZOLA, C. **Fundamentos de Cirurgia Maxilo Facial**. São Paulo: Ed. Big Forms, 2008.
19. NETO, M. M.; DANESI, C. C.; UNFER, D. T. Contribution to the study of radicular cyst. Literature review. **Saúde**, v. 30, p. 90-99, 2004.
20. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D.; ALLEN, M. C., BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral & Maxilofacial**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 771p.
21. NÚÑES-URRUTIA, S.; FIGUEIREDO, R.; GAY-ESCODA, C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. N, 2844, p.767-773, sept., 2010.

22. PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HUPP, J. R.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**, 4ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 761p.
23. REGEZI, J. A. D. D. S.; SCIUBBA, J. J. D. M. D. **Patologia Bucal. Correlações clínicas patológicas**, 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 475p.
24. RUIZ, P. A.; AMORIM, R. F. B.; SOUZA, L. B.; CARVALHO, R. A. Fatores relacionados à regressão não-cirúrgica dos cistos radiculares. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. v. 2, n.1, p. 39-46, jan./mar., 2003.
25. SANTOS, L. C. S.; RAMOS, E. A. G.; MEIRA, T. T.; FIGUEIREDO, C. R. L. V.; SANTOS, J. N. Etiopatogenia do Cisto Radicular. Parte I. **Revista Ciências Médico-Biológica**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 69-74, jan./abr., 2006.
26. SAUAIA, T. S.; PINHEIRO, E. T.; IMURA, N.; ZAIA, A. A. Cisto peri-radicular. Uma proposta de tratamento. **Revista Gaúcha de Odontologia (RGO)**, Rio Grande do Sul, v. 48, n. 3, p. 130-134, jul./ago./set. 2000.
27. SAUNDERS, W. P. A prospective clinical study of periradicular surgery using mineral trioxide aggregate as a root-end filling. **Journal of Endodontics**, n. 34, p. 660-665. 2008.
28. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal**. 4ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837 p.
29. SHEAR, M. Cisto radicular, In: **Cisto da região buço maxilo facial: Diagnóstico e tratamento**, 3ª Ed. São Paulo: Santos, cap. 11, p. 146-182, 1999. 276p.
30. SILVEIRA, R. L.; MACHADO, R. A.; BORGES, H. O. I.; BOURGUIGNON FILHO, A. M.; SANTOS, R. S.; WEISMANN, R.; OLIVEIRA, M. G. Assimetria facial decorrente de lesão intraóssea de grandes proporções. Caso clínico.

Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v. 46, n. 4, p. 221-225, 2005.

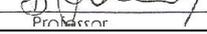
31. SOARES, J. A.; BRITO-JUNIOR, M.; SILVEIRA, F. F.; NUNES, E.; SANTOS, S. M. C. Favorable response of an extensive periapical lesion to root canal treatment. **Journal of Oral Science**, v. 50, n. 1, p. 107-111, 2008.
32. SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. Reparo após o tratamento de canais radiculares. In: **Endodontia: técnica e fundamento**. São Paulo: Artmed, 2001, cap. 12, p. 231-250.
33. SOUZA, M. E.; TORRES, M. A.; DUARTE, A. H. S.; SOBRAL, A. N. V. Lesões periapicais: estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Patologia**, vol. 2, n. 1, p. 30-34, jan./mar. 2003.
34. TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 3ed. São Paulo: Pancast, 2002. 664p.
35. VALOIS, C. R. A.; COSTA JUNIOR, E. D. Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy – case report. **Brazilian Dental Journal**, Brasília, D.F., v. 16, n. 3, p. 254-258. 2005.

ANEXOS

ANEXO A

FICHA Nº 2 LETRA:	PRONTUÁRIO: _____	
CONSENTIMENTO INFORMADO		
NOME COMPLETO DO PACIENTE: <u>Magno Rodrigues</u>		
<p>O atendimento prestado pela Clínica Odontológica da Associação Educacional de Vitória, FAESA, tem como finalidades principais o ensino e a pesquisa. Para que o paciente seja atendido, é necessário que o mesmo tenha ciência das normas de funcionamento e que autorize o tratamento, por meio de assinatura deste documento, concordando com todo o regulamento apresentado a seguir:</p>		
<p>1. O início e a continuidade do tratamento dependerão da observação e do cumprimento das normas de funcionamento da Clínica Odontológica.</p> <p>2. O tratamento será realizado por alunos do curso de Odontologia da Faculdade de Saúde e Meio Ambiente, com o auxílio de funcionários, quando necessário, sempre sob a orientação de professores.</p> <p>3. O tratamento apenas terá início após apresentação do plano de tratamento, devendo ser autorizado pelo paciente ou por seu responsável legal.</p> <p>4. Caso o paciente seja menor de idade, o responsável legal deverá acompanhá-lo nas primeiras consultas para esclarecimentos sobre o tratamento e assinaturas das fichas de autorização, devendo, a cada mês, retornar à clínica para assinatura das fichas de procedimentos realizados de acordo com o tratamento proposto previamente autorizado.</p> <p>5. O plano de tratamento é baseado na anamnese geral e odontológica, nos exames clínicos e radiográficos, complementados, quando necessário, por exames laboratoriais, laudos médicos, fotografias e modelos de arcadas dentárias. Sempre que o acadêmico, orientado por seu professor, julgar necessário, o paciente deverá submeter-se a esses exames para que o tratamento possa ser corretamente executado ou até mesmo suspenso.</p> <p>6. Alguns dos exames e/ou serviços solicitados deverão ser realizados fora da instituição, em horários agendados diretamente pelo paciente com o prestador de serviço.</p> <p>6.1. Caso haja custos para realização dos exames e/ou serviços solicitados, a responsabilidade será do paciente, sendo apresentados os orçamentos pelo prestador do serviço, para sua aprovação ou não.</p> <p>6.2. A negociação de valores e formas de pagamento deverá ser feita diretamente entre o paciente e a empresa prestadora do serviço solicitado.</p> <p>6.3. A FAESA apenas garantirá a qualidade dos serviços realizados pelos empresas a ela conveniadas.</p> <p>6.4. Caso o paciente se recuse a realizar os exames e/ou serviços complementares solicitados, imprescindíveis para a manutenção da qualidade do tratamento proposto, o tratamento será suspenso.</p> <p>7. O agendamento é realizado por disciplina.</p> <p>7.1. O tratamento realizado em uma disciplina clínica <u>não garante</u> o atendimento em qualquer outra disciplina do mesmo curso ou de outro curso.</p> <p>7.2. Havendo necessidade de encaminhamento para tratamento em outra disciplina, o agendamento deverá ser realizado de acordo com a disponibilidade de vagas e respeitando a lista de espera.</p> <p>7.3. Caso haja necessidade de interrupção de tratamento em uma disciplina até que o tratamento seja concluído na disciplina para onde o paciente for encaminhado, o retorno à disciplina que originou o encaminhamento também dependerá de disponibilidade de vaga, respeitando a lista de espera.</p> <p>7.4. Por ser uma clínica acadêmica, o tratamento será suspenso durante os períodos de férias dos alunos (meses de janeiro, fevereiro, julho e dezembro) e recessos de acordo com o calendário acadêmico.</p> <p>7.5. Apenas o funcionário da Clínica Odontológica tem autorização para alterar o agendamento. Caso o paciente falta à consulta em acordo com acadêmicos e/ou professores, sem confirmação do funcionário, será considerado falta não justificada.</p> <p>8. O tempo de duração e o término de cada tratamento não poderão ser previstos por dependerem de fatores relacionados com as necessidades do tratamento, com o envolvimento dos procedimentos pelo acadêmico, com a disponibilidade de vagas a cada disciplina e com o calendário acadêmico.</p> <p>9. O paciente - ou seu responsável legal, no caso do menor - deverá dar pleno e total consentimento para:</p> <p>9.1. a realização de exames que forem necessários para diagnóstico, planejamento, tratamento e acompanhamento dos trabalhos realizados;</p> <p>9.2. a retenção de radiografias, fotografias e fichas que compõem o prontuário na instituição FAESA;</p> <p>9.3. o uso dos materiais do item anterior (9.2.) para fins de ensino e pesquisa, como divulgação em revistas, jornais, congressos, internet, palestras e demais atividades científicas, tanto no país, como no exterior, respeitados os códigos de ética;</p> <p>9.4. a realização de exames laboratoriais relacionados com o diagnóstico da HIV, em hospitais de referência ou laboratórios conveniados, em casos de exposição de alunos, professores e/ou funcionários causada por acidentes com material perfuro-cortante em decorrência de atendimento na Clínica Odontológica da FAESA;</p> <p>9.5. a doação dos elementos dentários extraídos para o "Banco de Dentes" da instituição.</p> <p>10. As perguntas realizadas durante a entrevista visam à melhor compreensão do estado de saúde do paciente, correspondendo a informações necessárias para um atendimento adequado e serão guardadas em absoluto sigilo, sendo de inteira responsabilidade do paciente a ocorrência de qualquer problema antes, durante ou após o tratamento, caso tenha sido causada em decorrência de informações omitidas ou respondidas que não correspondam à verdade.</p> <p>11. A Odontologia depende de fatores biológicos, e não sendo uma ciência exata, não é possível assegurar nenhuma garantia de sucesso no tratamento. O insucesso, porém, é certo, quando ocorre abandono do tratamento ou não comparecimento às consultas de revisão agendadas; ou quando o paciente não atende às recomendações de natureza preventiva, terapêutica e/ou reabilitadora dadas pelos alunos e/ou professores referentes ao tratamento.</p> <p>12. O tratamento será cancelado caso o paciente:</p> <p>12.1. não concorde em assinar esse documento ou qualquer outro constante do prontuário, o que significa não concordar com os procedimentos inerentes ao correto funcionamento da Clínica Odontológica da FAESA;</p> <p>12.2. deixar de comparecer por 02 vezes consecutivas às consultas previamente agendadas, sem apresentação de justificativa com um prazo mínimo de 24 horas de antecedência. O atraso acima de 15 minutos, a partir do horário agendado inviabiliza o atendimento, sendo considerado falta não justificada;</p> <p>12.3. deixar de comparecer por 04 vezes ao longo do semestre letivo às consultas previamente agendadas, com ou sem apresentação de justificativa;</p> <p>12.4. não informar à clínica alterações de contato telefônico, impossibilitando contato para confirmação/ alteração de agendamento;</p> <p>12.5. não cumprir com os pagamentos de acordo com orçamentos e parcelamentos previamente aprovados pelo mesmo;</p> <p>12.6. recuse-se a realizar quaisquer exames, e/ou a seguir as recomendações feitas pelos profissionais e acadêmicos da instituição, podendo resultar em danos à sua saúde a serem causados em decorrência de procedimentos inadequados como consequência de falta de diagnóstico por ausência de dados que seriam revelados por meio dos exames;</p> <p>12.7. apresentar-se para atendimento após consumir álcool ou drogas de natureza ilícita;</p> <p>12.8. desrespeite qualquer membro da instituição ou cause danos propostos às instalações;</p> <p>12.9. no caso de paciente de menor, não compareça mensalmente à clínica acompanhado de seu responsável legal para acompanhamento do tratamento e assinatura dos documentos necessários.</p> <p>Por este instrumento particular de autorização por mim assinado, declaro estar ciente e de acordo com todas as informações que foram lidas e explicadas para mim pelo acadêmico responsável. Declaro ter assinado duas vias desse documento de igual teor, estando uma arquivada em meu prontuário e a outra sob minha guarda.</p>		
<u>Magno Rodrigues da Silva</u> Paciente/ Responsável Legal	<u>Arriano D. Taqueiro</u> Aluno	Vitória, 28, 10, 08
<u>S. T.</u> Professor		

ANEXO B

FICHA Nº 2 LETRA A	- PRONTUÁRIO: _____	 FACULDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE ODONTOLOGIA - CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CONSENTIMENTO INFORMADO		
NOME COMPLETO DO PACIENTE: <u>Julio Roberto de Oliveira</u>		
O atendimento prestado pela Clínica Odontológica da Associação Educacional de Vitória, FAESA, tem como finalidades principais o ensino e a pesquisa. Para que o paciente seja atendido, é necessário que o mesmo tenha ciência das normas de funcionamento e que autorize o tratamento, por meio de assinatura deste documento, <u>concordando com todo o regulamento apresentado a seguir</u> :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. O início e a continuidade do tratamento dependerão da observação e do cumprimento das normas de funcionamento da Clínica Odontológica. 2. O tratamento será realizado por alunos do curso de Odontologia da Faculdade de Saúde e Meio Ambiente, com o auxílio de funcionários, quando necessário, sempre sob a orientação de professores. 3. O tratamento apenas terá início após apresentação do plano de tratamento, devendo ser autorizado pelo paciente ou por seu responsável legal. 4. Caso o paciente seja menor de idade, o responsável legal deverá acompanhá-lo nas primeiras consultas para esclarecimentos sobre o tratamento e assinaturas das fichas de autorização, devendo, a cada mês, retornar à clínica para assinatura das fichas de procedimentos realizados de acordo com o tratamento proposto previamente autorizado. 5. O plano de tratamento é baseado na anamnese geral e odontológica, nos exames clínicos e radiográficos, complementados, quando necessário, por exames laboratoriais, laudos médicos, fotografias e modelos de arcadas dentárias. Sempre que o acadêmico, orientado por seu professor, julgar necessário, o paciente deverá submeter-se a esses exames para que o tratamento possa ser corretamente executado ou até mesmo suspenso. 6. Alguns dos exames e/ou serviços solicitados deverão ser realizados fora da Instituição, em horários agendados diretamente pelo paciente com o prestador de serviço. 6.1. Caso haja custos para realização dos exames e/ou serviços solicitados, a responsabilidade será do paciente, sendo apresentados os orçamentos pelo prestador do serviço, para sua aprovação ou não. 6.2. A negociação de valores e formas de pagamento deverá ser feita diretamente entre o paciente e a empresa prestadora do serviço solicitado. 6.3. A FAESA apenas garantirá a qualidade dos serviços realizados pelas empresas a ela conveniadas. 6.4. Caso o paciente se recuse a realizar os exames e/ou serviços complementares solicitados, imprescindíveis para a manutenção da qualidade do tratamento proposto, o tratamento será suspenso. 7. O agendamento é realizado por disciplina. <ol style="list-style-type: none"> 7.1. O tratamento realizado em uma disciplina clínica <u>não garante</u> o atendimento em qualquer outra disciplina do mesmo curso ou de outro curso. 7.2. Havendo necessidade de encaminhamento para tratamento em outra disciplina, o agendamento deverá ser realizado de acordo com a disponibilidade de vagas e respeitando a lista de espera. 7.3. Caso haja necessidade de interrupção de tratamento em uma disciplina até que o tratamento seja concluído na disciplina para onde o paciente for encaminhado, o retorno à disciplina que originou o encaminhamento também dependerá de disponibilidade de vaga, respeitando a lista de espera. 7.4. Por ser uma clínica acadêmica, o tratamento será suspenso durante os períodos de férias dos alunos (meses de janeiro, fevereiro, julho e dezembro) e recessos de acordo com o calendário acadêmico. 7.5. Apenas o funcionário da Clínica Odontológica tem autorização para alterar o agendamento. Caso o paciente falte à consulta em acordo com acadêmicos e/ou professores, sem confirmação do funcionário, será considerado falta não justificada. 8. O tempo de duração e o término de cada tratamento não poderão ser previstos por dependerem de fatores relacionados com as necessidades do tratamento, com o desenvolvimento dos procedimentos pelo acadêmico, com a disponibilidade de vagas a cada disciplina e com o calendário acadêmico. 9. O paciente - ou seu responsável legal, no caso do menor - deverá dar pleno e total consentimento para: <ol style="list-style-type: none"> 9.1. a realização de exames que forem necessários para diagnóstico, planejamento, tratamento e acompanhamento dos trabalhos realizados; 9.2. a retenção de radiografias, fotografias e fichas que compõem o prontuário na Instituição FAESA; 9.3. o uso dos materiais do item anterior (9.2.) para fins de ensino e pesquisa, como divulgação em revistas, jornais, congressos, internet, palestras e demais atividades científicas, tanto no país, como no exterior, respeitados os códigos de ética; 9.4. a realização de exames laboratoriais relacionados com o diagnóstico do HIV, em hospitais de referência ou laboratórios conveniados, em casos de exposição de alunos, professores e/ou funcionários causada por acidentes com material perfuro-cortante em decorrência de atendimento na Clínica Odontológica da FAESA; 9.5. a doação dos elementos dentários extraídos para o "Banco de Dentes" da Instituição. 10. As perguntas realizadas durante a entrevista visam à melhor compreensão do estado de saúde do paciente, correspondendo a informações necessárias para um atendimento adequado e serão guardadas em absoluto sigilo, sendo de inteira responsabilidade do paciente a ocorrência de qualquer problema antes, durante ou após o tratamento, caso tenha sido causado em decorrência de informações omitidas ou respondidas que não correspondam à verdade. 11. A Odontologia depende de fatores biológicos, e não sendo uma ciência exata, não é possível assegurar nenhuma garantia de sucesso no tratamento. O insucesso, porém, é certo, quando ocorre abandono do tratamento ou não comparecimento às consultas de revisão agendadas; ou quando o paciente não atende às recomendações de natureza preventiva, terapêutica e/ou reabilitadora dadas pelos alunos e/ou professores referentes ao tratamento. 12. O tratamento será cancelado caso o paciente: <ol style="list-style-type: none"> 12.1. não concorde em assinar esse documento ou qualquer outro constante do prontuário, o que significa não concordar com os procedimentos inerentes ao correto funcionamento da Clínica Odontológica da FAESA; 12.2. deixe de comparecer por 02 vezes consecutivas às consultas previamente agendadas, sem apresentação de justificativa com um prazo mínimo de 24 horas de antecedência. O atraso acima de 15 minutos, a partir do horário agendado inviabiliza o atendimento, sendo considerado falta não justificada; 12.3. deixe de comparecer por 04 vezes ao longo do semestre letivo às consultas previamente agendadas, com ou sem apresentação de justificativa; 12.4. não informe à clínica alterações de contatos telefônicos, impossibilitando contato para confirmação/ alteração de agendamento; 12.5. não cumpra com os pagamentos de acordo com orçamentos e parcelamentos previamente aprovados pelo mesmo; 12.6. recuse-se a realizar quaisquer exames, e/ou a seguir as recomendações feitas pelos profissionais e acadêmicos da Instituição, podendo resultar em danos à sua saúde a serem causados em decorrência de procedimentos inadequados como consequência de falta de diagnóstico por ausência de dados que seriam revelados por meio dos exames; 12.7. apresente-se para atendimento após consumir álcool ou drogas de natureza ilícita; 12.8. desrespeite qualquer membro da Instituição ou cause danos propositalmente às instalações; 12.9. no caso de paciente de menor, não compareça mensalmente à clínica acompanhado de seu responsável legal para acompanhamento do tratamento e assinatura dos documentos necessários. 		
Por este instrumento particular de autorização por mim assinado, declaro estar ciente e de acordo com todas as informações que foram lidas e explicadas para mim pelo acadêmico responsável. Declaro ter assinado duas vias desse documento de igual teor, estando uma arquivada em meu prontuário e a outra sob minha guarda.		
<u>Julio Roberto de Oliveira</u> Paciente / Responsável Legal	Vitória, 21 / 06 / 04 <u>Ana Paula Gomes</u> Aluno	
	 Professor	

