

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

CAMPUS CURITIBA

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**CIRURGIA PARENDODÔNTICA PARA RESSECÇÃO DE CISTO PERIAPICAL
COM UTILIZAÇÃO DE ENXERTO XENÓGENO E L-PRF: RELATO DE CASO**

FABRICIO KEN YANO

LARISSA ESTEVES MAFTUM

CURITIBA – PR

2024

FABRICIO KEN YANO
LARISSA ESTEVES MAFTUM

**CIRURGIA PARENDODÔNTICA PARA RESSECÇÃO DE CISTO PERIAPICAL
COM UTILIZAÇÃO DE ENXERTO XENÓGENO E L-PRF: RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Alison Luís Kirchhoff.

CURITIBA – PR

2024

FABRICIO KEN YANO
LARISSA ESTEVES MAFTUM

**CIRURGIA PARENDODÔNTICA PARA RESSECÇÃO DE CISTO PERIAPICAL
COM UTILIZAÇÃO DE ENXERTO XENÓGENO E L-PRF: RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro
Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em
Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Alison Luís Kirchhoff.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr Alison Luís Kirchhoff

Prof Dr Celso Yamashita

Prof Msc Andre Segato

CIRURGIA PARENDODÔNTICA PARA RESSECÇÃO DE UM CISTO PERIAPICAL COM UTILIZAÇÃO DE ENXERTO XENÓGENO E L-PRF: RELATO DE CASO

Fabricio Ken Yano
Larissa Esteves Maftum

RESUMO

O tratamento endodôntico, é indicado para casos de inflamação ou infecção da polpa dental, visando à remoção da polpa necrosada, desinfecção e vedação dos canais radiculares. Cistos periapicais, lesões comuns associadas à necrose pulpar, são cavidades patológicas delimitadas por epitélio e, frequentemente, assintomáticas. A cirurgia periapical ou apicectomia é indicada quando o tratamento endodôntico convencional não é eficaz, removendo a porção apical da raiz e o tecido infectado. O objetivo desse estudo foi relatar um caso clínico de ressecção de um cisto radicular e enxerto xenógeno com L PRF na região do dente 12, após o tratamento endodôntico. O uso de PRF (Plasma Rico em Fatores de Crescimento) tem o objetivo de auxiliar na regeneração tecidual. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto periapical.

Palavras-chave: Endodontia; Cisto periapical; Cirurgia Endodôntica.

PARENDODONTIC SURGERY FOR RESECTION OF PERIAPICAL CYST WITH THE USE OF XENOGENOUS GRAFT AND L-PRF: CASE REPORT

ABSTRACT

Endodontics is indicated for cases of inflammation or infection of the dental pulp, aiming at the removal of necrotic pulp, disinfection and sealing of root canals. Periapical cysts, common lesions associated with pulp necrosis, are pathological cavities delimited by epithelium and often asymptomatic. Periapical surgery or apicoectomy is indicated when conventional endodontic treatment is not effective, removing the apical portion of the root and infected tissue. The aim of this study was to report a clinical case of resection of a root cyst and xenogenous graft with L PRF in the region of tooth 12, after endodontic treatment. The use of PRF (Plasma Rich in Growth Factors) aims to assist in tissue regeneration. Histopathological examination confirmed the diagnosis of periapical cyst.

Keywords: Endodontics; Periapical cyst; Endodontic Surgery.

1 INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico, também conhecido como tratamento de canal, é essencial para a preservação de dentes acometidos por inflamação ou infecção da polpa dental. O objetivo é remover a polpa danificada, desinfetar os canais radiculares e selá-los, prevenindo novas infecções. Segundo (Santos *et al.* 2018), "o tratamento endodôntico é indicado para dentes com pulpite irreversível ou necrose pulpar, visando eliminar a infecção e preservar a estrutura dentária". O procedimento envolve várias etapas, como diagnóstico, acesso aos canais, remoção da polpa, desinfecção, obturação e restauração do dente.

De acordo com (Gulabivala *et al.* 2005), "um tratamento endodôntico bem-sucedido depende da correta desinfecção do sistema de canais radiculares e da hermeticidade da obturação" (GULABIVALA; HASSAN; KUPERSCHMIDT, 2005).

As doenças periapicais, frequentemente associadas à necrose pulpar, resultam de processos inflamatórios crônicos que afetam os tecidos ao redor do ápice dental. Dentre essas doenças, destaca-se o cisto periapical, uma lesão comum e potencialmente destrutiva, caracterizada por uma cavidade patológica delimitada por epitélio escamoso estratificado não queratinizado (ANDRADE *et al.*, 2014). Embora, na maioria das vezes, assintomática e de crescimento lento, essa lesão pode causar complicações significativas se não for tratada adequadamente (NEVILLE *et al.*, 2016).

O cisto periapical geralmente se origina da estimulação dos restos epiteliais de Malassez, que proliferam sob a influência de mediadores químicos liberados durante o processo inflamatório (CARVALHO *et al.*, 2018). Esse processo resulta na formação de uma cavidade preenchida por líquido ou material semi-líquido, visível radiograficamente como uma lesão radiolúcida unilocular circunscrita ao redor do ápice de um dente desvitalizado (SILVA *et al.*, 2015).

No Sul do Brasil, estudos evidenciam uma prevalência significativa de cistos periapicais entre as lesões diagnosticadas histologicamente. Uma pesquisa realizada em Santa Catarina indicou que cerca de 30% das lesões periapicais diagnosticadas eram cistos periapicais, ressaltando a importância de um diagnóstico diferencial preciso (PEREIRA *et al.*, 2017).

A cirurgia periapical, também conhecida como cirurgia endodôntica apical ou apicectomia, é um procedimento cirúrgico cujo objetivo é remover a porção apical da raiz de um dente, bem como os tecidos infectados ou inflamados ao redor da lesão periapical. Essa intervenção é indicada quando o tratamento endodôntico convencional falha, como em casos

de reinfecções após retratamento de canais, e inclui a remoção do cisto ou granuloma presente (ESTRELA *et al.*, 2009).

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo detalhar o manejo clínico de um caso de cisto periapical, com ênfase nas características histológicas, clínicas e radiográficas que confirmaram o diagnóstico. O relato abrange desde o diagnóstico inicial até o tratamento cirúrgico, com a posterior confirmação histopatológica da lesão como cisto apical. Além disso, discute-se as estratégias terapêuticas empregadas e os resultados obtidos, destacando a importância do uso de imagens e de materiais regenerativos para garantir um tratamento eficaz e um prognóstico favorável a longo prazo.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 46 anos, apresentou-se ao consultório odontológico particular em Campo Largo, Paraná, com queixa de fratura no dente 23. Foi solicitada uma radiografia panorâmica e radiografias periapicais dos elementos centrais, laterais e caninos. Na radiografia, foi observada uma lesão apical no elemento 12. O paciente relatou que, ocasionalmente, aparecia uma “bolha de pus”, embora clinicamente a fístula não fosse visível.

Para uma melhor avaliação e diagnóstico, foi solicitado um exame tomográfico devido à presença de uma grande rarefação periapical.

O tratamento endodôntico teve início após a tomografia. Na primeira sessão, foi realizada a abertura do dente e a instrumentação até a lima rotatória X4. Foi feita a agitação da solução irrigadora (Hipoclorito de sódio 2,5% + EDTA 17% por 3 minutos + Hipoclorito de sódio 2,5%) e colocação de pasta de hidróxido de cálcio endofill como medicamento intracanal.

Na segunda sessão, a pasta de hidróxido de cálcio endofill foi removida com a última lima rotatória X4, seguida da ativação novamente da solução irrigadora e nova colocação da pasta de hidróxido de cálcio endofill.

Na terceira sessão, a pasta de hidróxido de cálcio endofill foi removida novamente, houve a ativação da solução irrigadora, teste do cone e obturação final com cimento Sealer Plus da MK Life.

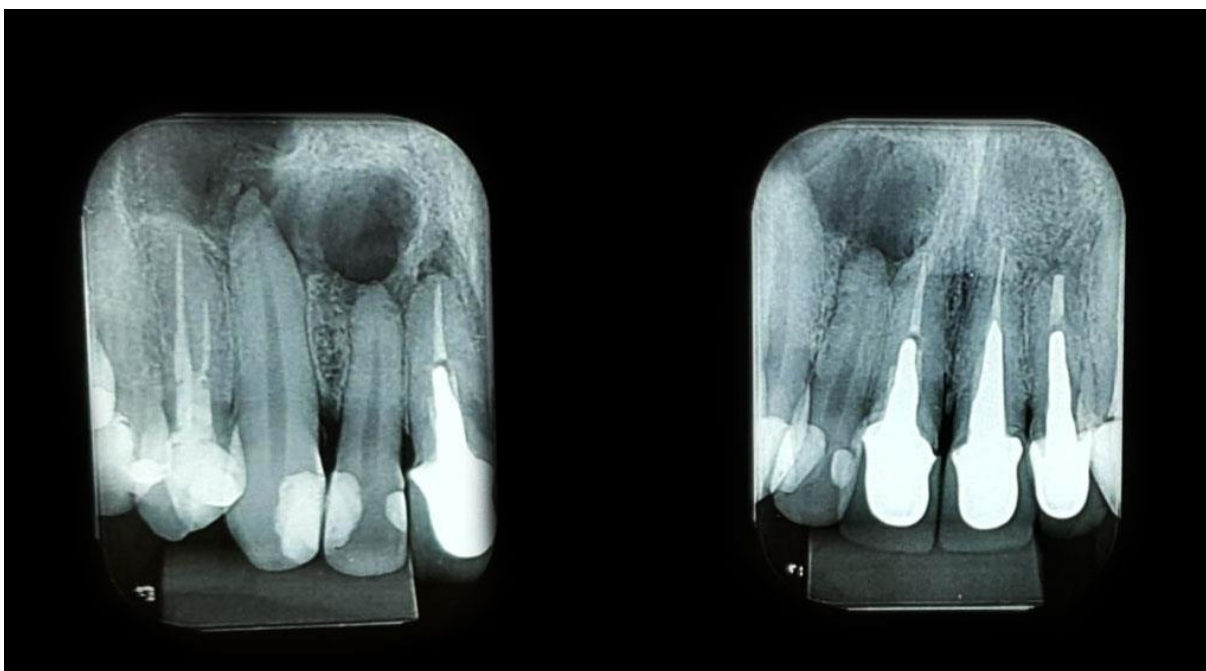
Após o tratamento endodôntico, optou-se pela realização de uma cirurgia paraendodôntica para enucleação do cisto periapical na região do elemento 12 (Figura 1, Figura 1.1 e Figura 1.2).

Foto 1 - Radiografia panorâmica.



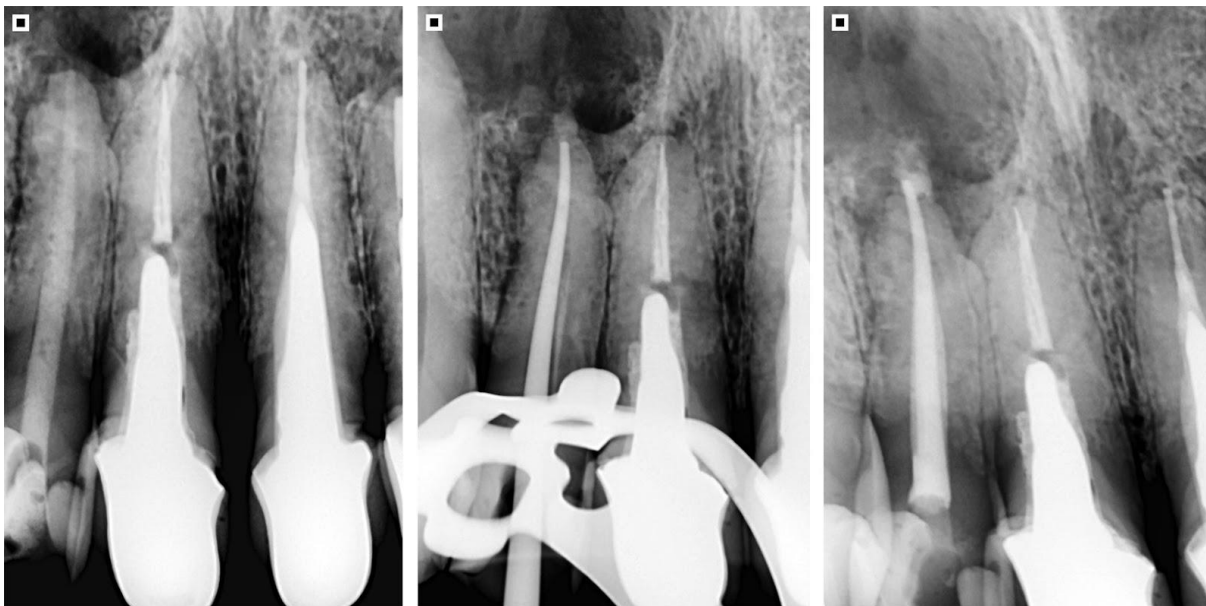
Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Foto 1.1 - Radiografias periapicais iniciais.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

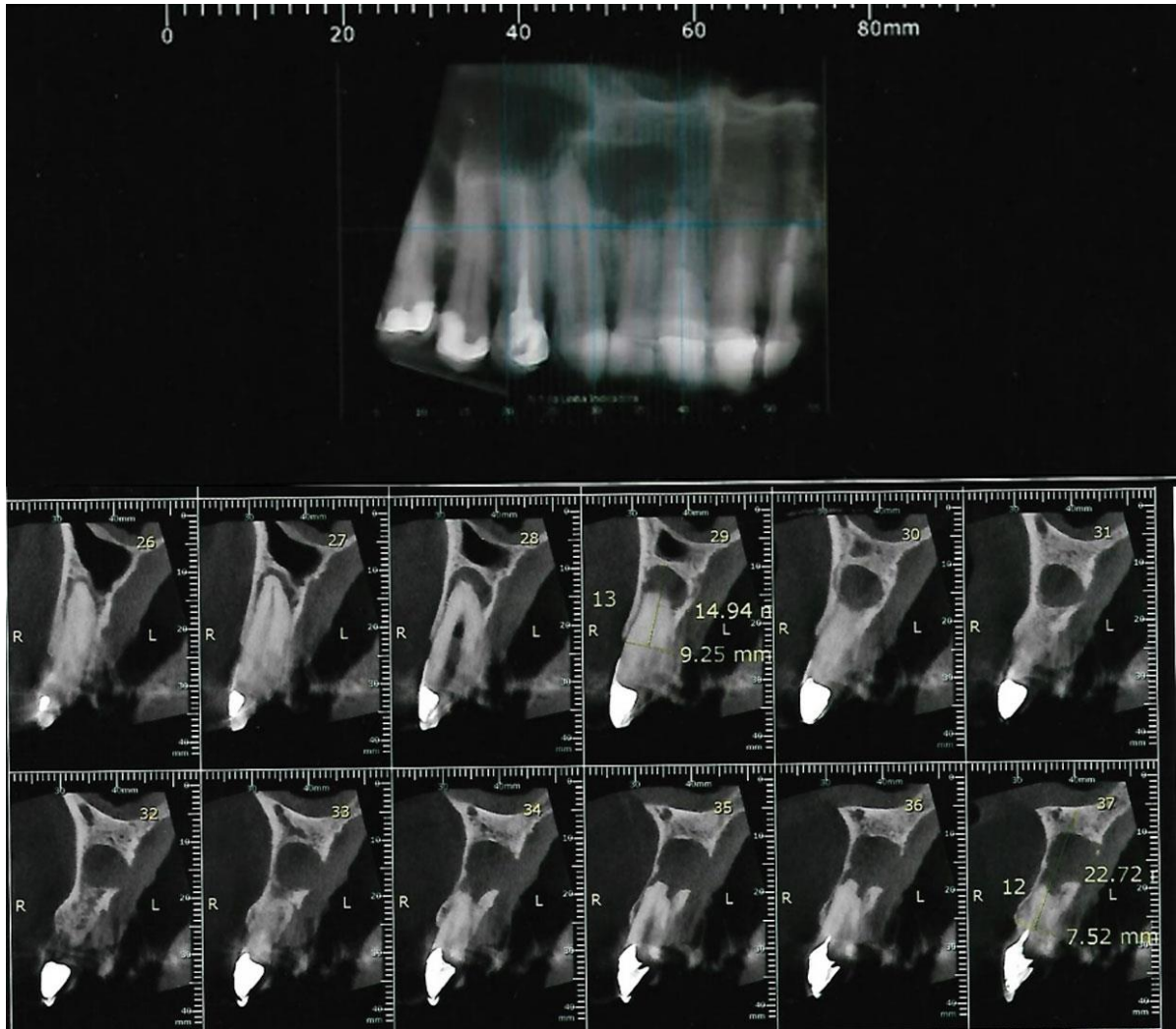
Foto 1.2 - Radiografias periapicais do tratamento endodôntico.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

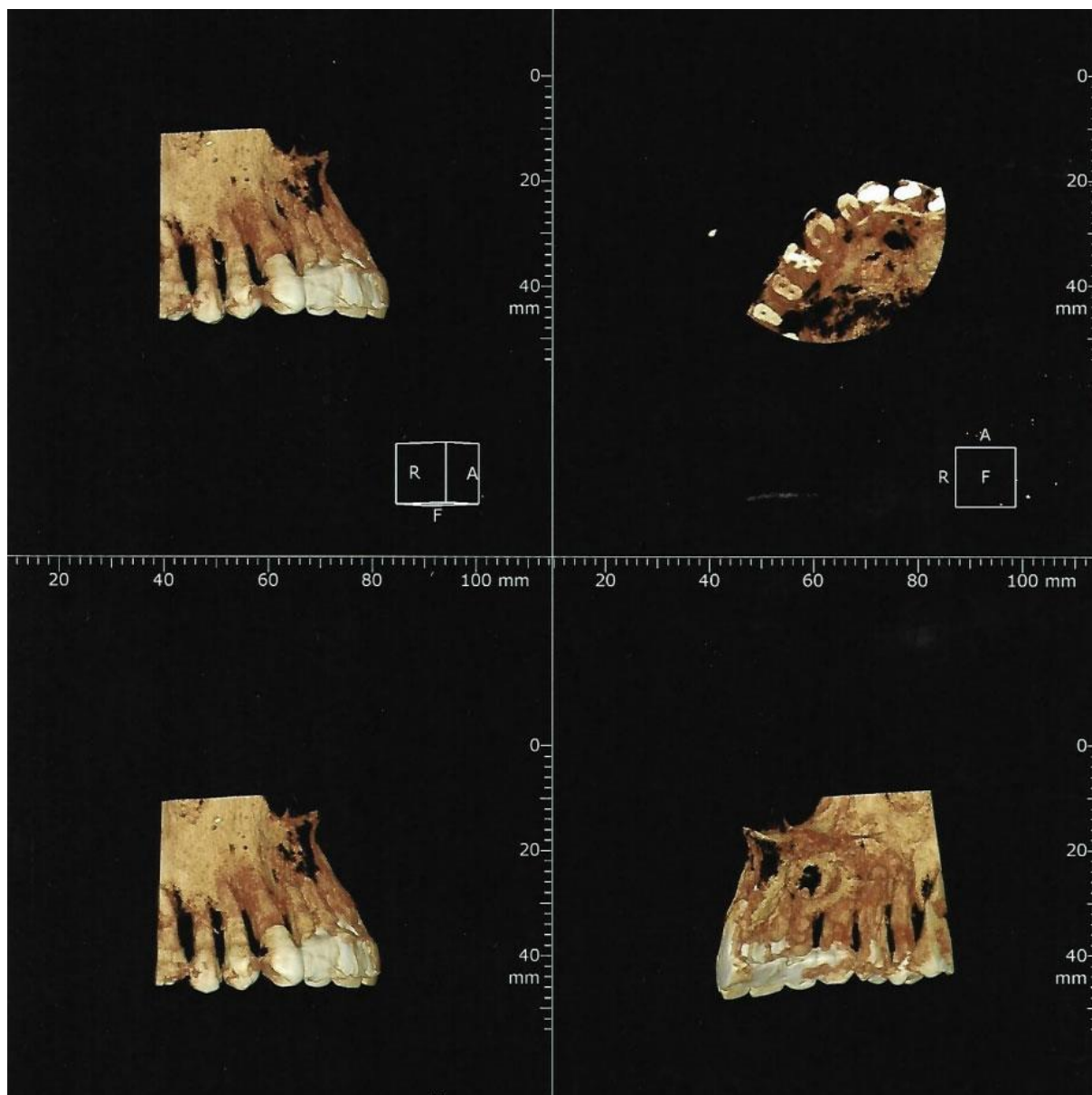
O exame tomográfico apresentou evidências de reabsorção radicular e persistência de uma lesão periapical no elemento 12 (Figura 2, 2.1).

Foto 2 - Tomografia corte sagital.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Foto 2.1 - Tomografia corte coronal e axial.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Verificou-se a necessidade de intervenção cirúrgica parendodôntica, sendo a cirurgia realizada em julho de 2024. Para a intervenção, foram utilizados instrumentais e materiais específicos, incluindo: kit clínico (espelho, pinça clínica, sonda exploradora), seringa carpule, afastador Minnesota, tubetes de anestésico articaina 4% (1:100.000), agulha gengival (longa: 27G - 38mm x 0,4mm - DFL), seringa descartável Luer Lock - Descarpack 20ml, descolador Molt simples Golgran, descolador Molt 2-4 bolinha Millennium, descolador Freer Millennium, curetas Gracey 5-6, 7-8, 11-12, 13-14, curetas McCall 13-14, 17-18, cabo de bisturi, lâmina de bisturi de aço carbono 15C, pinça Backhaus Golgran, pinça Pean, pinça Adson com dente 20cm, pinça hemostática Millennium, pinça hemostática Kelly reta

Millennium, sugador cirúrgico descartável 2I, porta-agulha Castroviejo Quinelato, fio de sutura agulhado de nylon 4-0, calcador de Paiva Golgran, lima Seldin para osso Quinelato, enxerto ósseo xenógeno 0,5g grânulos médios, soro fisiológico 0,9%, brocas carbide cirúrgicas FG, kit PRF completo (estojo PRF, espátula PRF, pinça PRF, tesoura), peça reta e micro motor de baixa rotação, tubos com tampa vermelha 9ml para sorologia, torniquete de elástico, escalpe para coleta de sangue a vácuo, adaptador holder para coleta de sangue, lencinhos (swab) umedecidos com álcool 70%, curativos pós-coleta redondos e centrífuga analógica Montserrat (Figura 3).

Foto 3 - Instrumentos e materiais utilizados para cirurgia.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Para a obtenção do PRF (Plasma Rico em Fatores de Crescimento), o primeiro passo é a coleta de sangue do paciente. Após assegurar que o paciente está confortável e informado sobre o procedimento, posiciona-se o paciente adequadamente e verifica-se se a área de coleta está limpa e desinfetada. Utiliza-se um antisséptico para higienizar o local onde o sangue será coletado e realiza-se a separação dos tubos adequados, geralmente contendo anticoagulante (como o citrato) para o PRF.

Com uma agulha estéril e um sistema de coleta de sangue, procede-se a retirada do sangue do paciente. Normalmente, são coletados entre 10 a 20 ml de sangue, dependendo da quantidade de PRF necessária. No caso em questão, foram retirados 4 tubos. O sangue é então

transferido para tubos específicos para centrifugação de PRF, ajustando-se às configurações de tempo e velocidade conforme o protocolo clínico (Figura 4).

Foto 4 - Coleta de sangue para o PRF.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Para o procedimento cirúrgico utilizou técnicas de anestesia por bloqueio do nervo infraorbital, alveolar superior anterior, nasopalatino, e técnica infiltrativa com articaína a 4% com epinefrina 1:100.000 (DFL) (Figura 5).

Foto 5 - Técnica anestésica.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Foi realizada uma incisão intra-sulcular com bisturi 15C, seguida de descolamento mucogengival com descolador de Molt para a exposição do campo operatório (Figura 6).

Foto 6 - Deslocamento mucogengival.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Com o motor acoplado à peça reta, utilizam-se brocas carbide cirúrgicas, juntamente com irrigação de soro estéril, para a abertura óssea até atingir o tamanho adequado para o próximo estágio do procedimento (Figura 7).

Foto 7 - Motor, peça reta e brocas cirúrgicas.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

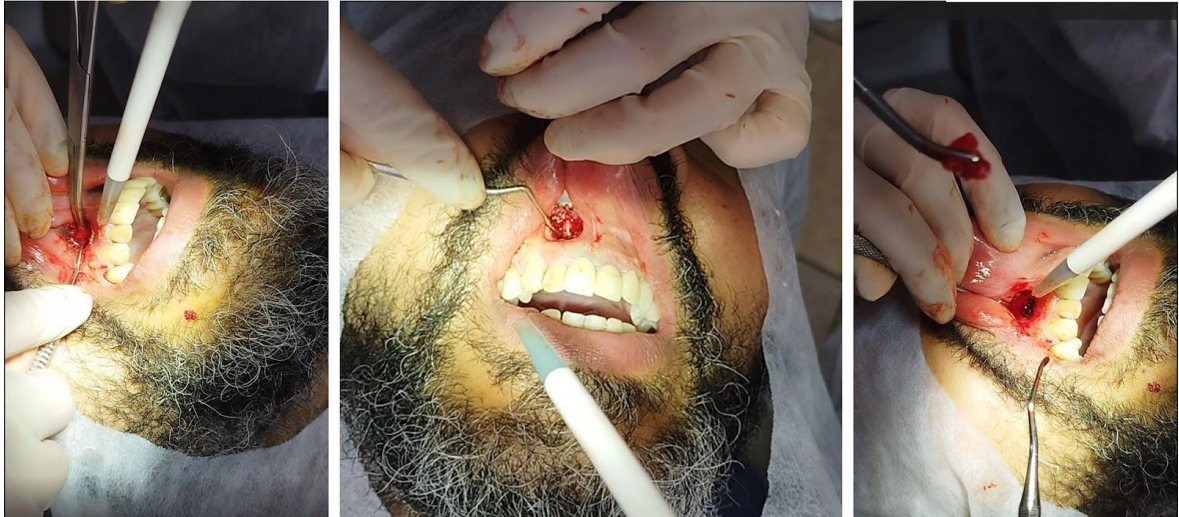
Foto 7.1 - Abertura da loja óssea.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Realizou-se a curetagem da lesão endodôntica utilizando a técnica de enucleação com cureta de Lucas, que envolve a raspagem das paredes ósseas para remover qualquer resíduo de tecido inflamado ou cístico, com lesão de aproximadamente 10 mm. Esse procedimento ajuda a garantir que não restem células císticas que possam levar à recidiva (Figura 8).

Foto 8 - Curetagem da lesão endodôntica com a técnica de enucleação.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Foi realizada a irrigação do alvéolo com solução fisiológica estéril. Em seguida, procedeu-se à regularização do ápice da raiz afetado pelo cisto periapical, removendo qualquer tecido cístico ou infeccioso envolvido com o ápice. Esse processo ajuda a eliminar resíduos e promover uma melhor cicatrização ao redor da raiz. Após a fresagem, o canal radicular foi tratado, adequado e selado para prevenir a recidiva da infecção (Figura 9).

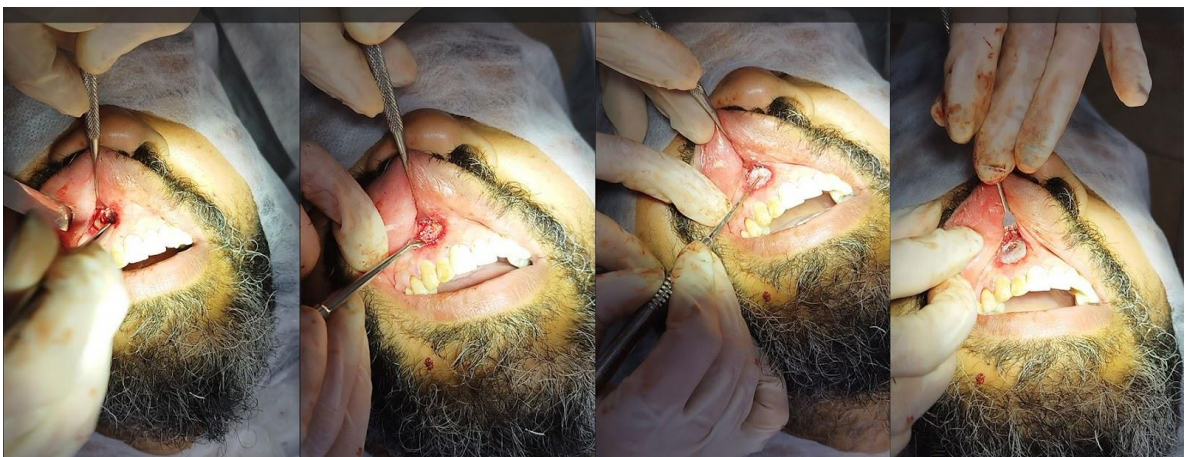
Foto 9 - Regularização do ápice da raiz e irrigação com solução fisiológica estéril.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Após a remoção do cisto periapical, foi necessário promover a regeneração do tecido ósseo da parede palatina, que havia sido afetada pelo cisto infeccioso. Para isso, utilizou-se L-PRF, e a área do alvéolo foi preenchida com enxerto xenógeno associado a i-PRF, visando promover a regeneração adequada (Figura 10).

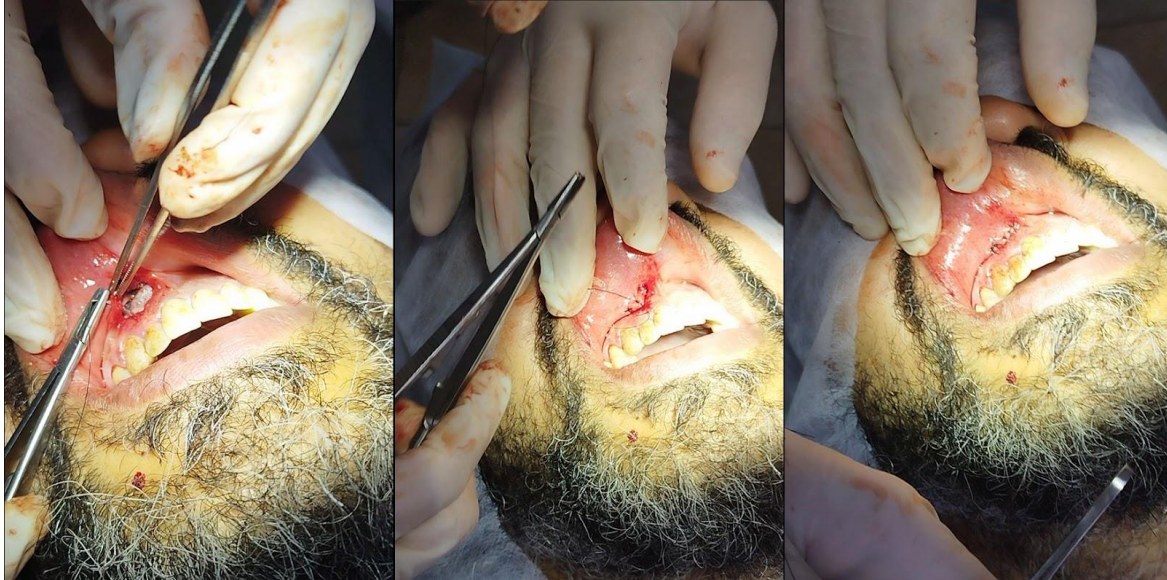
Foto 10 - L-PRF e enxerto xenógeno.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

Foi assentada uma membrana L-PRF sobre a área de intervenção o retalho mucoperiosteal foi suturado com fio não reabsorvível e a remoção da sutura foi agendada para 10 dias (Figura 11).

Foto 11 - Sutura com fio não reabsorvível.



Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

O material removido foi encaminhado posteriormente para um exame anatomopatológico comprovando que, de fato, tratava-se de um cisto periapical (Figura 12).

Foto 12 - Exame anatomopatológico.

citolab
em cada exame, uma vida

Dra. Mara Rejane R. C. Segalla - CRM 10183 - Resp. Técnico
Dra. Raquel Wai - CRM 12214
Dra. Juliana Elizabeth Jung - CRM 19955

035063
46
M

Exame: 24AN082038
Nome: [REDACTED]
DN: [REDACTED]
Requisitante: [REDACTED] /
Procedência: Unidade Vicente Machado
Recebido: 12/07/2024 9:54:10 Expedido: 24/07/2024 12:35:06 Requisitado: 12/07/2024
Material: Lesão associada a ápice do dente 12
406.01.20-0 x 1 Unimed

DADOS CLÍNICOS:
Paciente de 46 anos com lesão em ápice do dente 12.

MACROSCOPIA/DADOS TÉCNICOS:
Recebido em formalina, segmento irregular de tecido, com 1,2x1,0x0,3 cm, de coloração acastanhada, irregular, opaca e fibroelástica. Aos cortes, tecido pardacento e fibroelástico. 1/4 TI.

INTERPRETAÇÃO/RESULTADO:
Lesão associada a ápice do dente 12:
- TECIDO FIBROCONJUNTIVO DENSO COM INFILTRADO INFLAMATÓRIO LINFO-HISTIOCITÁRIO, ACENTUADO.

Nota: Achados histológicos compatíveis com parede de lesão cística e hipótese clínica de CISTO RADICULAR. Ausência de malignidade.
Curitiba, 24/07/2024


Dra. Mara R. R. C. Segalla - CRM - 10183
Médico(a) Patologista

Fonte: Autoria própria (Curitiba 2024)

3 DISCUSSÃO

O insucesso endodôntico é um dos principais motivos para indicar a apicectomia, especialmente em casos de reinfecção. Para maximizar o sucesso, recomenda-se que a apicectomia seja realizada a 3 mm do ápice dental em um ângulo de 90°, reduzindo a exposição de túbulos dentinários e diminuindo a microinfiltração (Girardi *et al.*, 2012). No caso apresentado, contudo, o ápice estava apenas a 1 mm do osso. Além disso, o uso de PRF associado a enxertos ósseos mostrou-se eficaz, acelerando a regeneração dos tecidos afetados (Sezgin *et al.*, 2016).

O cisto radicular é uma resposta imunoinflamatória às toxinas liberadas pelas bactérias que ocasionam a necrose pulpar. É uma lesão revestida por epitélio, podendo conter fluidos e restos celulares no seu interior, medindo mais de 10mm de diâmetro são fundamentais para

seu diagnóstico clínico, são encontrados na mandíbula e maxila e estão localizados nos ápices radiculares de dentes com necrose pulpar. Seu diagnóstico se dá por meio de radiografia periapical, onde é possível observar uma lesão radiolúcida bem circunscrita ao redor do ápice do elemento afetado, é possível clinicamente em alguns casos observar tumefação do tecido gengival (GOMES *et al.*, 2013). Este estudo confirma essa afirmação pois o cisto em questão tinha mais de 10mm de diâmetro com lesão radiolúcida bem circunscrita ao redor do ápice.

A prevalência e incidência desta lesão são discordantes na literatura, notado os diferentes critérios de diagnósticos utilizados em estudos, ainda que estudos demonstram alta incidência dessas lesões, outros mostram por meio de cortes histológicos, incidência menor de 20% dos cistos radiculares. Seu diagnóstico é tardio e sua evolução clínica lenta e assintomática (SILVIA *et al.*, 2018). Este estudo está em concordância com este autor onde a tratamento pode ser realizado cirurgicamente associado ao tratamento endodôntico e combinado à reação imuno inflamatória, promovido das toxinas secretadas durante o metabolismo bacteriano resultante da necrose pulpar. É recomendado a cirurgia para os dentes em que não se obteve sucesso no tratamento endodôntico convencional e o exame histopatológico indicado para remover outras possíveis doenças (NEVILLE *et al.*, 2009).

A prevalência dos cistos periapicais é de apenas 15%, relacionado ao rigor dos critérios de diagnóstico utilizados em um estudo específico. As terapias para as lesões císticas periapicais são o tratamento endodôntico convencional e o cirúrgico com a curetagem e enucleação cística, além da cirurgia pararendodôntica, nas lesões radiculares extensas recomenda-se curetagem, enucleação, descompressão, marsupialização e ressecção em bloco. Concordamos com este estudo acima onde foi aplicado a associação das técnicas relatadas (NEVILLE *et al.*, 2009).

Há uma grande discordância na incidência e prevalência de cistos radiculares na literatura e isso ocorre devido aos diferentes critérios de diagnósticos utilizados nos estudos. Importante enfatizar que embora alguns estudos demonstram uma alta incidência dessas lesões, avaliações cautelosas em cortes histológicos mostraram que a incidência dos cistos radiculares foi menor que 20% e com a evolução clínica lenta e assintomática, o diagnóstico clínico do cisto radicular é precoce. Normalmente se descobre essas lesões com exames radiográficos e os dentes envolvidos não respondem aos testes pulpares térmicos e elétricos (BERCINI *et al.*, 1998).

Durante o procedimento, realiza-se uma incisão na gengiva para expor o osso subjacente, seguido da ressecção da porção apical da raiz e curetagem da área afetada. Após a remoção do tecido doente, a cavidade pode ser preenchida com materiais de obturação

retrógrada, visando selar o canal e prevenir futuras infecções (GOMES; SOUZA; FERRAZ *et al.*, 2002). O insucesso endodôntico pode ocorrer devido a diversos fatores, como complicações na limpeza do sistema de canais radiculares, falhas na obturação, reinfecção ou anatomia radicular complexa (SOUZA; ALMEIDA; SOUZA *et al.*, 2016).

Autores indicam que a apicectomia seja realizado a 3 mm do ápice dental, com 90° de ângulo em relação ao longo eixo do dente, visto menor quantidade de exposição de túbulos dentinários minimizando a microinfiltração apical e aumentando o sucesso da obturação retrógrada. A indicação de apicectomia e obturação retrógrada em caso de dentes anteriormente tratamento endodonticamente e com presença de retentor intraradicular bem adaptado é relatada pela literatura científica (GIRARDI *et al.*, 2012). Nosso estudo está de acordo com o autor, mas em nosso caso o elemento o ápice estava 1mm rente ao osso não tendo os 3mm.

O uso do PRF é um tratamento eficaz no desenvolvimento de reparo dos tecidos moles. Ele pode ser combinado com enxertos ósseos para produzir resultados superiores. Um estudo foi realizado comparando a cicatrização de defeitos ósseos tratados com enxerto ósseo xenógeno isolado e enxerto ósseo xenógeno associado ao PRF e foi observado um aumento significativo no nível de regeneração dos tecidos duros e moles no enxerto ósseo xenógeno associado ao PRF. Concordamos com este estudo onde o processo de reparo de tecido mole teve uma aceleração extremamente significativa nos primeiros dias de pós-operatório. (SEZGIN *et al.*, 2016)

4 CONCLUSÃO

Em conclusão, o manejo de cistos periapicais através do tratamento endodôntico e da cirurgia apical tem mostrado ser uma abordagem eficaz, especialmente em casos de insucesso com o tratamento endodôntico convencional. O estudo de caso apresentado reforça a importância do diagnóstico precoce e preciso, fundamentado em exames radiográficos e histopatológicos, para diferenciar o cisto periapical de outras lesões da cavidade oral. Técnicas cirúrgicas, como a apicectomia, associadas ao uso de materiais regenerativos, como o PRF (Plasma Rico em Fibrina), contribuem para a regeneração de tecidos moles e duros, promovendo um prognóstico mais favorável e uma recuperação mais rápida para o paciente.

REFERÊNCIAS

- Andrade, C. R., Medeiros, A. M., & Souza, L. N. **Prevalência de cistos periapicais e granulomas em amostras de biópsias.** Revista Gaúcha de Odontologia (2014), 62(1), 21-26.
- Carvalho, R. F., Cunha, M. S., & Souza, M. A. **Características histopatológicas e clínicas de cistos periapicais:** uma revisão de literatura. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial (2018), 54(3), 187-191.
- Silva, L. M., Ferreira, M. I., & Souza, P. A. **Lesões periapicais: cisto periapical versus granuloma** – revisão da literatura e análise de casos clínicos. Revista Sul-Brasileira de Odontologia (2015), 12(2), 103-110.
- Pereira, R. S., Lima, E. F., & Santos, R. L. **Estudo retrospectivo das lesões periapicais diagnosticadas em um laboratório de patologia oral em Santa Catarina.** Revista de Odontologia da UNESP (2017), 46(4), 227-232
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. **Doenças da Polpa e do Periápice.** In: Patologia oral Maxilofacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009; 3:129-134.
- Pereira JS, Milagres RM, Andrade BAB, Messoria MR, Kawata LT. **Cisto periapical de grande extensão:** relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2012; 12(2): 34-42.
- Gomes, B. P. F. A., & Vianna, M. I. **"Cistos radiculares: aspectos clínicos e radiográficos."** Revista Brasileira de Odontologia (2013), 70(4), 293-297.
- Silva RN et al. **Tratamento de cisto radicular de grande extensão:** relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2018; 27(80):52-56.
- Bercini F, Azambuja TWF. **Cisto periapical:** revisão da literatura e apresentação de caso clínico. RFO. 1998; 3(2):49-54.
- Girardi GV, Hartmann MSM, Vanni JR, Fornari VJ. **Influência do ângulo de corte radicular na microinfiltração apical, comparando duas técnicas de apicetomia na cirurgia paraendodôntica.** RFO. 2012; 17(1):60-66.
- Sezgin Y, Uraz A, Taner IL, Çulhaoğlu R. **Effects of platelet-rich fibrin on healing of intrabony defects treated with anorganic bovine bone mineral.** Braz Oral Res. 2017;31(1):e15.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisador: ALBILCIO KENY YANO / LARISSA ESTEVES MAITUM
Telefone para contato: (41) 991051242 1985001568

Prezado (a) participante/responsável,

EROSIMO RODRIGUES DE LIMA

Você está sendo convidado a participar do estudo e/ou pesquisa denominado "Cirurgia parendodôntica para remoção de um cisto periapical: relato de caso clínico". Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população. Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em prontuários. Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação **a fim de garantir o anonimato**. Sua participação (ou de seu/sua filho(a)) no estudo não implicará em custos adicionais, além daqueles já previstos para a realização do seu tratamento, acordado em consulta clínica. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Sua participação (ou de seu/sua filho(a)) é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a

TCLE versão1 Rubrica participante:

Rubrica pesquisador:



receber ou a pagar, por minha participação. Eu,

ERASMO RODRIGUES DE LIMA

autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura ERASMO RODRIGUES DE LIMA

Data: 24/08/2024 Telefone: (41) 98414 6766