

DESCOMPRESSÃO NO MANEJO CONSERVADOR DE LESÃO MANDIBULAR DE ORIGEM ODONTOGÊNICA, FOLLOW-UP DE UM ANO: RELATO DE CASO

DECOMPRESSION IN THE CONSERVATIVE MANAGEMENT OF A
MANDIBULAR LESION OF ODONTOGENIC ORIGIN, ONE-YEAR FOLLOW-
UP: CASE REPORT

Ciências da Saúde • 11/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789072976](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789072976)

Mateus Ferreira De Oliveira¹

Talia da Rocha Oliveira²

Aline Rocha López³

André Coelho Lopes⁴

RESUMO

Introdução: Lesões odontogênicas intraósseas da mandíbula frequentemente apresentam evolução assintomática, sendo diagnosticadas de forma incidental em exames de imagem. Dentre as abordagens terapêuticas, a descompressão destaca-se como alternativa conservadora, especialmente em lesões extensas, permitindo redução volumétrica e preservação de estruturas anatômicas adjacentes. **Descrição do Caso:** Paciente do sexo feminino, 20 anos, sem comorbidades, com histórico de exodontia de terceiros molares há cerca de três anos, sem intercorrências. Durante exame radiográfico de rotina, foi identificada lesão em região mandibular, com hipóteses diagnósticas de ceratocisto odontogênico, ameloblastoma e cisto dentígero. Optou-se por abordagem inicial conservadora por meio de descompressão, com instalação de dispositivo intraoral para manutenção da comunicação com a cavidade bucal. O acompanhamento clínico e imaginológico seriado evidenciou redução progressiva do volume da lesão, com sinais de neoformação óssea. Após período adequado, procedeu-se à remoção do dispositivo, mantendo-se o seguimento ambulatorial. **Discussão:** A descompressão atua na diminuição da pressão intracavitária, promovendo remodelação óssea e podendo modificar o comportamento biológico de determinadas lesões císticas, possibilitando intervenções subsequentes menos invasivas e menor morbidade cirúrgica. **Considerações Finais:** A descompressão demonstrou ser estratégia terapêutica eficaz e segura, favorecendo redução significativa da lesão mandibular e preservação tecidual, reforçando a importância do diagnóstico precoce, planejamento individualizado e acompanhamento clínico rigoroso. **Palavras-chave:** Lesões odontogênicas; Descompressão; Mandíbula; Cisto dentígero; Ameloblastoma.

ABSTRACT

Introduction: Intraosseous odontogenic lesions of the mandible often follow an asymptomatic course and are frequently diagnosed incidentally on imaging exams. Among the therapeutic approaches, decompression stands out as a conservative alternative, especially for extensive lesions, allowing volumetric reduction and preservation of adjacent anatomical structures. **Case Description:** A 20-year-old female patient, with no comorbidities and a history of third-molar extraction approximately three years earlier without complications, was found during a routine radiographic examination to have a lesion in the mandibular region, with diagnostic hypotheses of odontogenic keratocyst, ameloblastoma, and dentigerous cyst. An initial conservative approach was chosen, using decompression with an intraoral device to maintain communication with the oral cavity. Serial clinical and imaging follow-up showed progressive reduction in lesion volume, with signs of bone neoformation. After an adequate period, the device was removed, and outpatient follow-up was maintained. **Discussion:** Decompression reduces intracavitary pressure, promoting bone remodeling and potentially modifying the biological behavior of certain cystic lesions, thereby enabling less invasive subsequent interventions and lower surgical morbidity. **Final Considerations:** Decompression proved to be an effective and safe therapeutic strategy, favoring significant reduction of the mandibular lesion and tissue preservation, reinforcing the importance of early diagnosis, individualized planning, and rigorous clinical follow-up.

Keywords: Odontogenic lesions; Decompression; Mandible; Dentigerous cyst; Ameloblastoma.

1. INTRODUÇÃO

Lesões maxilomandibulares são comuns na prática clínica bucomaxilofacial, variando das mais diversas causas e podendo acometer tanto em indivíduos jovens como idosos de ambos os sexos, podendo acometer tanto a região de maxila, como também de mandíbula, em sua grande maioria, são benignas e indolor.

Por essa característica de serem indolores, a grande maioria dos pacientes acabam descobrindo a presença de lesões maxilomandibulares, quando a mesma já está em um quadro avançado, apresentando aumento de volume, rompimento das corticais, consequentemente tendo perda ou limitação de funções básicas como deglutição ou fonação.

A grande maioria das lesões quando identificadas precocemente, apresentam um prognóstico de tratamento favorável, sendo tratadas em sua grande maioria de forma minimamente invasiva, concedendo ao paciente maior conforto, previsibilidade e segurança.

O presente artigo, tem como finalidade demonstrar por meio de relato de caso clínico o tratamento cirúrgico minimamente invasivo de descompressão de ceratocisto odontogênico (CO) com follow up de um ano.

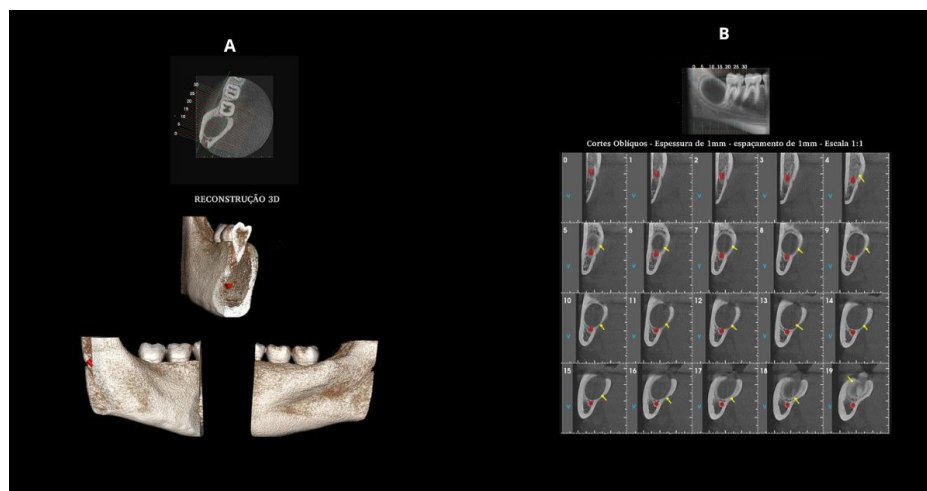
2. RELATO DE CASO

Presente trabalho trata-se de um estudo de caso clínico de caráter qualitativo descrito de um único paciente (Yin, 2015), onde foi relatado o método de tratamento de descompressão de ceratocisto odontogênico em ângulo mandibular sob anestesia local. A paciente foi esclarecida assinando o termo de consentimento livre, estando ciente da divulgação das imagens do procedimento realizados para enriquecimento da comunidade científica.

Paciente sexo feminino, 20 anos nega alergias ou comorbidades de base, compareceu ao consultório odontológico com histórico de lesão mandibular, localizada em ângulo mandibular direito com aproximadamente um ano de evolução.

A mesma, informa que foi submetida a exodontia das unidades dentarias 18,28,38, 48 com outro profissional, sem intercorrências transoperatórias ou pós-operatórias. No entanto, durante exame odontológico de rotina, adjunto a tomografia odontológica de feixe cônico, foi descoberto uma imagem hipodensa, de caráter osteolítico, expansivo, unilocular e margens definidas em região de ângulo mandibular direito.

Figura 1. Sequencia tomográfica evidenciando a lesão em região de ângulo mandibular, data 21/07/25. FOTO A: Reconstrução 3D da região de ângulo mandibular. FOTO B: Sequencia de cortes oblíquos da região.

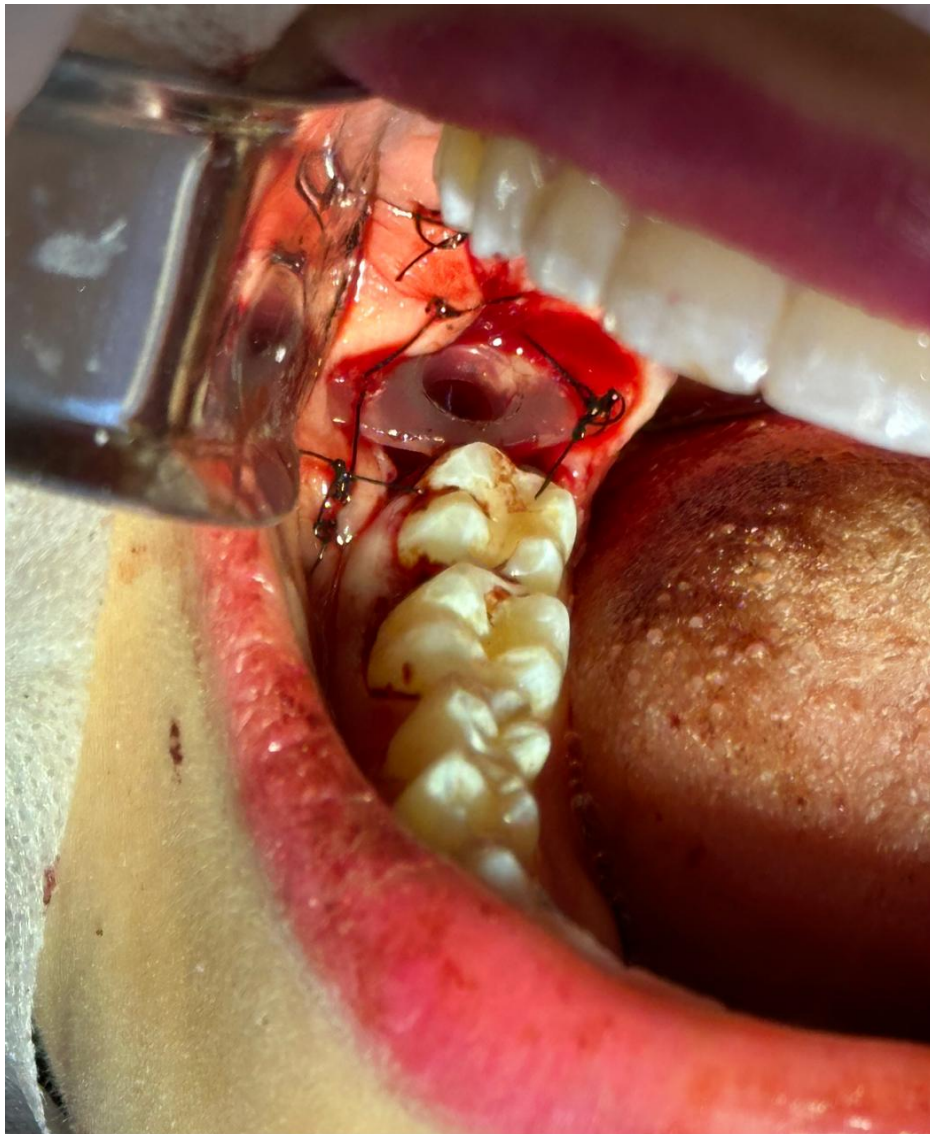


Fonte: Autor.

Após conversa e esclarecimento com a paciente, como de opção de tratamento, visando conforto, mínimo trauma e resolução do caso, foi proposto a descompressão com dispositivo rígido sob anestesia local.

Paciente foi submetida a descompressão sob anestesia local, sendo usado sal anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100,00. Após incisão com lâmina 15c, foi realizada a remoção do conteúdo, todo material retirado da loja, foi enviado a análise anatomopatológico tendo como hipótese diagnostica ceratocisto odontogênico, cisto residual ou ameloblastoma. Dispositivo foi instalado em região de unidade dentaria 48, estabilizado através de suturas com fio nylon 4-0.

Figura 2. Foto transoperatória evidenciando o dispositivo de descompressão adaptado e estabilizado em região, data 29/07/25.



Fonte: Autor.

Após o ato cirúrgico, a paciente foi prescrita e orientada em relação a higiene oral rigorosa, alimentação e atividades físicas, além de ser instruída das irrigações diárias com solução fisiológica estéril a 0,9% no dispositivo. Após 07 dias, a paciente retornou ao consultório, onde foi observado a estabilidade do dispositivo, boa higiene oral e ausência de queixas álgicas. Após 15 dias de envio ao laboratório, o laudo acusou ceratocisto odontogênico.

Figura 3. Resultado anatomopatológico.

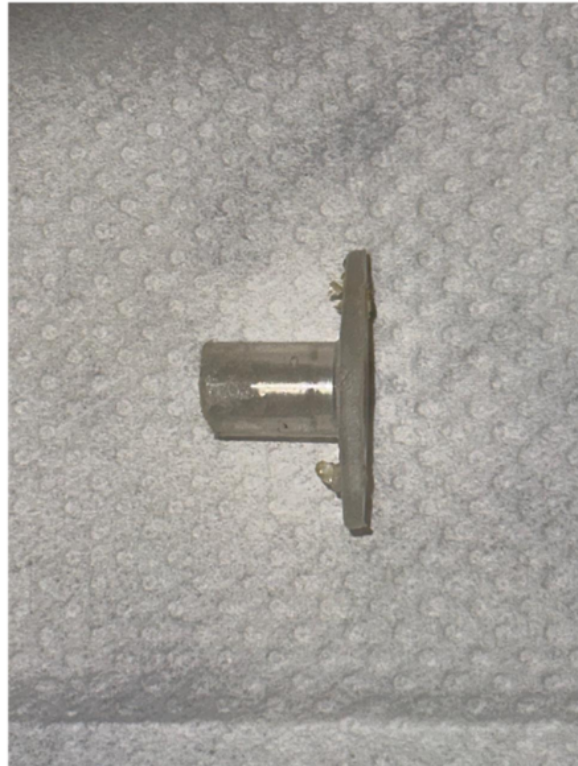
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO	
Material:	Biópsia do terceiro molar.
Diagnóstico Clínico:	Cisto residual, ceratocisto e ameloblastoma
Macroscopia	Material recebido fixado em formalina tamponada, descrito a seguir: Recebidos três fragmentos de tecido acastanhado, friáveis, de consistência macia, medindo no conjunto 1,3 x 1,2 x 0,2 cm. Todo material é submetido a exame histológico. (1B/XF)
Microscopia	Os cortes histológicos revelam fragmentos de tecido não encapsulados, predominantemente compostos por áreas hemorrágicas, com extravasamento de hemácias e depósitos de hemossiderina. Observa-se também infiltrado inflamatório misto em algumas regiões. Em um dos fragmentos, identifica-se tecido conjuntivo denso contendo pequenos vasos. Em área focal, nota-se pequeno fragmento de epitélio odontogênico, com camada basal em paliçada e faixa superficial fina, que sugere paraqueratina.
Conclusão	Compatível com cisto de natureza odontogênica (sugestivo de queratocisto). Os cortes histológicos podem não representar o todo da lesão. Para a conclusão diagnóstica, recomenda-se correlação com os dados clínico-radiográficos e, se necessário, nova amostragem (biópsia complementar).
 Dra. Ana Cláudia Garcia Rosa. CRO/TO: 1108 Assinado Eletronicamente Para uma correta interpretação do exame anatomopatológico é necessária a correlação com informações clínicas e laboratoriais que devem ser fornecidas ao médico patologista. Qualquer discrepância entre o laudo e outros elementos da investigação clínica deve ser discutida com o patologista, antes da definição da conduta. Pag 1 de 1 ACVS33, Quadra 307 sul, Av. LO 09, Lote 1, sala 1. Plano Diretor Sul, Palmas- TO. CEP.: 77015482 E-mail: dmap.lab.to@gmail.com / Telefone: (63) 3217- 5657/ WhatsApp: (63) 98407-0101 / Instagram: dmap_tocantins	

Fonte: Autor.

Com o resultado em mãos, o tratamento transcorreu de acordo com o planejamento, onde após um mês do procedimento, foi feita a remoção do dispositivo, visto que após as irrigações, não apresentava mais a saída de remanescentes da loja. Como forma de

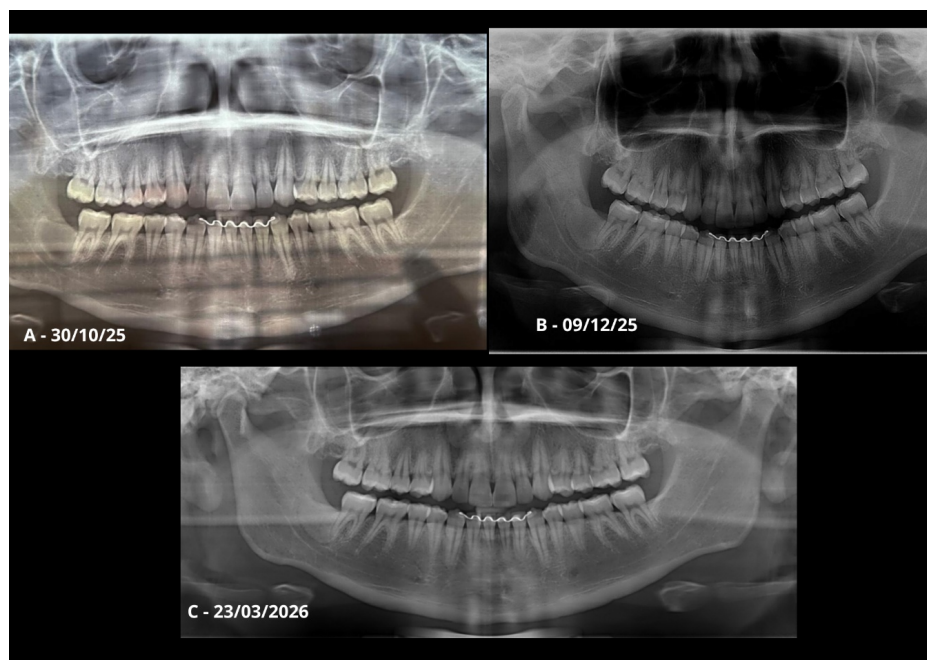
acompanhamento rigoroso, trimestralmente foi realizado a tomada radiográfica para acompanhamento da lesão, onde a mesma apresentou boa evolução, apresentando neoformação óssea desejada na região.

Figura 4. Dispositivo de descompressão após exérese realizada dia 30/10/25.



Fonte: Autor.

Figura 5. Sequencia radiográfica de acompanhamento demonstrando a evolução do caso. Fotos das radiografias panorâmicas A, B e C, respectivamente com suas datas.



Fonte: Autor.

Após um ano de acompanhamento, foi realizada nova tomografia de feixe cônico evidenciando a neoformação óssea e consolidação do caso.

Figura 6. Sequencia tomográfica de um ano de acompanhamento.

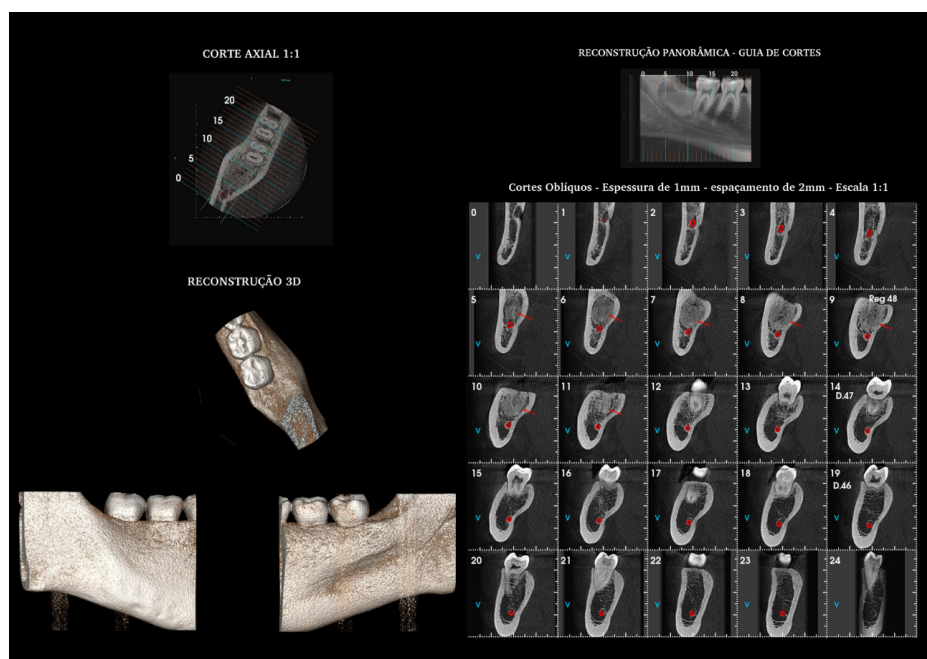


Figura 6. Sequencia tomográfica de um ano de acompanhamento.

Fonte: Autor

3. METODOLOGIA

Os cistos odontogênicos são lesões benignas ou malignas, mais comuns, são caracterizadas pela formação de uma cavidade revestida de tecido epitelial, contendo em seu interior material líquido ou semissólido, podendo assim ser classificados em cistos odontogênicos e não odontogênicos. (Oliveira Junior, 2014).

O CO é o cisto mais comum dentre as patologias bucomaxilofaciais, com prevalência de 12% a 14% dos casos, sua etiologia é decorrente dos remanescentes da lâmina dentária além da sua relação a terceiros molares impactados, prevalentemente, acomete região de ângulo mandibular, potencialmente inflamatório e agressivo. (Mororó *et al.*, 2025).

Normalmente, são patologias descobertas durante exames radiográficos odontológicos de rotina, radiograficamente, essas lesões são frequentemente identificadas, apresentando características como, área radiolúcida, podendo ser unilocular ou multilocular apresentando bordas bem definidas. (Da Silva *et al.*, 2023).

A mandíbula se mostra como sítio mais afetado pelo CO, em um estudo realizado em 21 pacientes, sendo 13 mulheres e 8 homens, com idade média de 14 a 27 anos, observou-se 13 casos localizados na região posterior mandibular e nenhum na região anterior, 8 casos foram identificados em maxila, sendo 6 casos na região anterior e 2 na região posterior. (Trujillo-González *et al.*, 2022).

O CO tem como prevalência a faixa etária de adultos entre 30 e 70 anos de ambos os sexos, no entanto, quadros clínicos de CO podem surgir em crianças até 10 anos de ambos os sexos, acometendo a

região posterior da mandíbula, assim como nos adultos. (Chaudhary *et al.*, 2024).

Seu tratamento deve ser assertivo, alguns critérios são levados em consideração, tamanho do cisto, proximidade com estruturas nobres, como por exemplo o canal mandibular, idade do paciente, potencial de agressividade, além da aceitação do plano de tratamento pelo paciente. (Oliveira Junior, 2014).

Em crianças, onde apresentem envolvimento de dentes permanentes não irrompidos, a opção de tratamento, sempre que possível deve ser uma abordagem conservadora. Crianças até 10 anos apresentam evolução do caso tendo como opção de tratamento a descompressão, onde é observada a cicatrização do cisto sem comprometimento na erupção dos dentes. (Jianfeng *et al.*, 2024).

Diversas são as formas de tratamento para essas lesões, enucleação que consiste pela remoção total, no entanto esse processo se torna difícil por conta da estrutura da lesão por ser constituída por uma parede cística friável e frágil. A ressecção em bloco é um dos tratamentos descritos na literatura, na qual consiste na remoção total da lesão, mantendo uma margem de 1cm a 1,5cm além do limite da lesão, no entanto, essa opção terapêutica traz alguns empecilhos como a deformidade dentofacial e a dificuldade de reabilitação. Dentre as opções conservadoras a descompressão e a marsupialização são as mais viáveis e minimamente invasivas. (Da Silva *et al.*, 2023).

A marsupialização é uma manobra terapêutica minimamente invasiva que tem sua indicação viável para o tratamento do CO, a

técnica consiste na criação de janela cirúrgica na parede do cisto, assim promovendo o esvaziamento do seu conteúdo e mantendo a continuidade entre o cisto e a cavidade oral. (Oliveira *et al.*, 2025).

Dentre os benefícios dessa manobra, podemos citar a formação de osso neoplásico na cavidade, manutenção da vitalidade pulpar, prevenção e manutenção da integridade de tecidos orais e estruturas nobres, como o nervo alveolar inferior, além da prevenção de exodontias. (Yang *et al.*, 2018).

No entanto, a marsupialização realizada de forma isolada, nem sempre se apresenta como forma definitiva de tratamento, já que a mesma apresenta chance de recidiva, uma possível causa dessa recidiva é devido à presença de cistos satélites, que permanecem mesmo após a manobra cirúrgica. (Pinto *et al.*, 2016).

A descompressão, semelhante à marsupialização, é uma abordagem minimamente invasiva com bons resultados, ela consiste na criação de uma cavidade cística, comunicando a lesão com a cavidade oral através de um dispositivo rígido, permitindo a saída de fluidos. (Park *et al.*, 2019).

Através de um dispositivo rígido suficiente para manter a comunicação entre a lesão e a cavidade oral, o paciente é orientado a realizar irrigações recorrentes, além de manter o dispositivo higienizado, a fim de prevenir infecções. (Chaudhary *et al.*, 2024).

O intuito da realização dessa técnica, além de preservar estruturas nobres e facilitar o esvaziamento da cavidade cística é servir como um corpo estranho, atraindo as células de defesa do organismo, assim, conseqüentemente combatendo a lesão e ajudando na formação de osso na região. (Da Silva *et al.*, 2023).

O tempo de tratamento por meio da descompressão é arbitrário por cada cirurgião, pela magnitude da lesão, pela localização de lesão. Observa-se que os períodos mais longos de tratamento, são de CO localizados na região mandibular, isso é atribuído pelo espaço da mandíbula, o que proporciona lesões maiores quando não identificadas precocemente. (Trujillo-González et al., 2022).

É imprescindível nesses tratamentos, o acompanhamento radiográfico e tomográfico, é necessário o acompanhamento regular deste paciente, visto que o índice de recidiva pode variar de 25 a 60% de todos os casos. (Freitas, 2025).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descompressão cirúrgica, é uma abordagem minimamente invasiva, com bons resultados ao longo prazo, proporcionando ao paciente resolução do caso, além da preservação de estruturas nobres associadas. Vale ressaltar que lesões maxilomandibulares, como o cerato cisto, tem uma alta capacidade de recidiva, exigindo assim, acompanhamento Imaginológico periódico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chaudhary, Z., Bansal, N., Sharma, C., & Nehra, A. (2024). Role of decompression in pediatric mandibular odontogenic keratocyst. *National journal of maxillofacial surgery*, 15(3), 526–529.

DA SILVA, Alexandre Lucas Sacramento; SHIGETO, Eros. QUERATOCISTO ODONTOGÊNICO: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE FORMAS DE TRATAMENTO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 10, p. 3205-3220, 2023.

FREITAS, Iuri Dornelas Prates et al. Abordagem conservadora no tratamento de ceratocisto odontogênico de grandes proporções: relato de caso. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, p. 9-12, 2025.

He J, Wang H, Zeng J, Zhou L. Large mandibular odontogenic keratocyst treated by decompression and secondary enucleation: a case report. *J Clin Pediatr Dent*. 2024 Nov;48(6):213-220. doi: 10.22514/jocpd.2024.142. Epub 2024 Nov 3. PMID: 39543899.

Liu H, Zhou N, Huang X. The application of wing-shaped window decompression device in the treatment of large odontogenic keratocyst: An observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Sep 6;103(36):e39601. doi: 10.1097/MD.00000000000039601. PMID: 39252267; PMCID: PMC11383489.

Mahfuri A Sr, Darwich K Sr, Al Manadili A Sr. Marsupialization of a Large Dentigerous Cyst in the Mandible: A Case Report. *Cureus*. 2022 Jul 27;14(7):e27340. doi: 10.7759/cureus.27340. PMID: 36043005; PMCID: PMC9415736.

MORORÓ, Antônio Brunno Gomes; MAGALHÃES, Carloz Eduardo Mesquita; LUNA, Ealber Carvalho Macedo; MAIA, Lucas Alexandre; AVELAR, Rafael Linard; BRAZ, Íriz Araújo Rodrigues. TRATAMENTO CONSERVADOR DE EXTENSO CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO. **Revista DCS**, [S. l.], v. 22, n. 85, p. e3850, 2025. DOI: 10.54899/dcs.v22i85.3850. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/3850>. Acesso em: 14 jul. 2026.

OLIVEIRA JUNIOR, H. C. C. et al. Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral–relato de

caso. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Camaragibe**, v. 14, n. 1, p. 17, 2014.

OLIVEIRA, Uander de Castro; PEIXOTO, Bruno Alves; GASPAROTI, Catarina Paiva Facanali; SILVA, Kamila Medeiros da; FURTADO, Kamilla Pereira; OLIVEIRA, Lucas Peixoto de. Abordagem cirúrgica de ceratocisto em região incomum da mandíbula: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 49, n. 1, p. 124-130, dez. 2024–fev. 2025.

Park, J. H., Kwak, E. J., You, K. S., Jung, Y. S., & Jung, H. D. (2019). Volume change pattern of decompression of mandibular odontogenic keratocyst. *Maxillofacial plastic and reconstructive surgery*, 47(1), 2.

PINTO, Gustavo Nascimento de Souza et al. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **RFO UPF**, v. 20, n. 3, p. 361-366, 2015.

Porte JP, Guerrero LM, Rivera B, Wiscovitch A, Castro-Núñez J. Odontogenic Keratocyst: A Clinical Entity With Favorable Response to Active Decompression and Distraction Sugosteogenesis. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*. 2022 Dec;15(4):268-274. doi: 10.1177/19433875211035237. Epub 2021 Aug 5. PMID: 36387313; PMCID: PMC9647388.

Tabrizi R, Hosseini Kordkheili MR, Jafarian M, Aghdashi F. Decompression or Marsupialization; Which Conservative Treatment is Associated with Low Recurrence Rate in Keratocystic Odontogenic Tumors? A Systematic Review. *J Dent (Shiraz)*. 2019 Sep;20(3):145-151. doi: 10.30476/DENTJODS.2019.44899. PMID: 31579687; PMCID: PMC6732175.

Trujillo-González D, Villarroel-Dorrego M, Toro R, Vigil G, Pereira-Prado V, Bologna-Molina R. Decompression induces inflammation but do not modify cell proliferation and apoptosis in odontogenic keratocyst. J Clin Exp Dent. 2022 Jan 1;14(1):e100-e106. doi: 10.4317/jced.59096. PMID: 35070131; PMCID: PMC8760963.

Yang Z, Liang Q, Yang L, Zheng GS, Zhang SE, Lao XM, Liang YJ, Liao GQ. Marsupialização do ameloblastoma cístico mandibular: estudo retrospectivo de 7 anos. Cabeça Pescoço. Outubro de 2018;40(10):2172-2180. doi: 10.1002/hed.25212. Epub 2018, 13 de maio. PMID: 29756338.

¹ Cirurgião Buco-Maxilo-Facial. Instituição: Hospital Veredas
Endereço: Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Residente cirurgia e traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Instituição: Hospital Veredas
Endereço: Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial. Instituição: Hospital Veredas
Endereço: Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Instituição: Universidade do Sagrado Coração(USC-SP)
Endereço: R. Irmã Arminda, 10-50,Jardim Brasil, Bauru -SP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)