

## Conduta e tratamento de cisto dentígero gigante em mandíbula – Relato de caso

### Management and treatment of a giant mandibular dentigerous cyst - Case report

### Manejo y tratamiento de un quiste dentígero mandibular gigante - Informe de un caso

Recebido: 11/07/2022 | Revisado: 19/07/2022 | Aceito: 22/08/2022 | Publicado: 29/08/2022

#### **Gabriel Oliveira Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9314-0410>  
Centro Universitário de Volta Redonda, Brasil  
E-mail: [gabrielsantosunifoa@gmail.com](mailto:gabrielsantosunifoa@gmail.com)

#### **Carlos Henrique Silveira de Castro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1583-0595>  
Universidade Federal da Bahia, Brasil  
E-mail: [carloshsilveirac@hotmail.com](mailto:carloshsilveirac@hotmail.com)

#### **Cesar Feitoza Bassi Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5040-6602>  
Centro Universitário de Volta Redonda, Brasil  
E-mail: [cesar\\_bassi@hotmail.com](mailto:cesar_bassi@hotmail.com)

#### **Gustavo Paiva Custódio**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6893-369X>  
Centro Universitário de Volta Redonda, Brasil  
E-mail: [gustavopaivacustodio@gmail.com](mailto:gustavopaivacustodio@gmail.com)

#### **Beatriz Praciano Mendes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2081-3493>  
Centro Universitário de Volta Redonda, Brasil  
E-mail: [biapraciano@gmail.com](mailto:biapraciano@gmail.com)

#### **Tainara Teixeira Diório**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3353-7280>  
Centro Universitário de Volta Redonda, Brasil  
E-mail: [odontologia.tainara@gmail.com](mailto:odontologia.tainara@gmail.com)

#### **Alef Vieira Galvão**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4066-224X>  
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Brasil  
E-mail: [alefgalvao@gmail.com](mailto:alefgalvao@gmail.com)

#### **Resumo**

Sendo classificado como cisto de desenvolvimento, o cisto dentígero (CD) é uma patologia benigna que surge do acúmulo de fluido no espaço entre o folículo circundante à coroa de um dente não erupcionado. Sua origem é incerta e devido a sua classificação, lesões de desenvolvimento não se relacionam com reações inflamatórias como causa. Na maioria dos casos, o CD é relatado de forma assintomática, sendo por vezes descoberto em radiografias de rotina. Os aspectos radiográficos dessa patologia se revelam com uma área radiolúcida, unilocular e de limites bem definidos, circundada por um halo radiopaco esclerótico, sempre em associação à coroa de algum dente impactado. O tratamento a ser escolhido depende do tamanho da patologia, da idade do paciente, e de quais estruturas ou dentes estão envolvidos, além da colaboração do paciente. O tratamento mais comum é a enucleação total do cisto junto com a extração do elemento impactado. Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de cisto dentígero em mandíbula de grande extensão, em região posterior do lado direito associado aos elementos dentários 48 e 47 em um paciente do sexo masculino, 29 anos, leucoderma, mostrando suas propriedades, clínicas, imaginológicas e histopatológicas e destacando sua forma de tratamento.

**Palavras-chave:** Cisto dentígero; Saúde bucal; Terceiro molar.

#### **Abstract**

Being classified as a developmental cyst, the dentigerous cyst (DC) is a benign pathology that arises from the accumulation of fluid in the space between the follicle surrounding the crown of an unerupted tooth. Its origin is uncertain and due to its classification, developmental lesions are not related to some type of inflammatory reaction as a cause. In most reports, DC is reported as asymptomatic, sometimes discovered on routine radiographs. The radiographic aspects of this pathology reveal a radiolucent, unilocular area with well-defined limits, surrounded by a sclerotic radiopaque halo, always in association with the crown of an impacted tooth. Type of treatment depends on pathology's size, on patient's age, and on which structures or teeth are involved, in addition to the patient's cooperation. The most common treatment is the total enucleation of the cyst along with the extraction of the impacted tooth. This article aims to present a report of a large dentigerous cyst in the mandible, in the posterior region of the

right side associated with dental elements 48 and 47 in a 29-year-old male patient, caucasian, showing its clinical, imaging and histopathological properties and highlighting its form of treatment.

**Keywords:** Dentigerous cyst; Enucleation; Third molar.

### Resumen

Clasificado como quiste de desarrollo, el quiste dentígero (QD) es una patología benigna que surge de la acumulación de líquido en el espacio entre el folículo que rodea la corona de un diente no erupcionado. Su origen es incierto y debido a la clasificación, las lesiones de desarrollo no están relacionadas con algún tipo de reacción inflamatoria como causa. En la mayoría de los informes, la QD se reporta como asintomática, a veces descubierta en radiografías de rutina. Los aspectos radiográficos de esta patología revelan un área radiolúcida, unilocular, con límites bien definidos, rodeada de un halo radiopaco esclerótico, siempre en asociación con la corona de un diente impactado. El tratamiento a elegir depende de la talla de la patología y la edad del paciente, y de qué estructuras o dientes estén implicados, además de la colaboración del paciente. El tratamiento más habitual es la enucleación total del quiste junto con la extracción del diente impactado. Este artículo tiene como objetivo presentar un informe de un gran quiste dentígero en la mandíbula, en la región posterior del lado derecho asociado a los elementos dentales 48 y 47 en un paciente de 29 años de edad, caucásico, mostrando sus propiedades clínicas, de imagen e histopatológicas y destacando su forma de tratamiento.

**Palabras clave:** Quiste dentígero; Enucleación; Tercer molar.

## 1. Introdução

Classificado como cisto de desenvolvimento, o cisto dentígero (CD) é uma patologia benigna que provém de um acúmulo de fluido no espaço entre o folículo circundante à coroa de um dente não erupcionado (Gomez et al., 2016; Neville et al., 2016). Aproximadamente 20% de todos os cistos odontogênicos com revestimento do epitélio estão relacionados ao diagnóstico de CD (Filho et al., 2020; Pulino et al., 2021; Santos et al., 2020). Sua origem é incerta e devido a sua classificação, lesões de desenvolvimento não se relacionam com reações inflamatórias como fator causal. (Gomez et al., 2016; Neville et al., 2016). O CD é o tipo de cisto mais comum de se encontrar em pessoas do sexo masculino, cor branca, geralmente dos dez aos trinta anos de idade (Custódio et al., 2021; Ribeiro et al., 2022).

Segundo a literatura, essa patologia é relatada de forma assintomática, por vezes descoberta por meio de exames radiográficos de rotina ou executados para investigar alguma erupção em atraso. No entanto, também podem apresentar-se infectados com presente aumento de volume (Custódio et al., 2021; Gomez et al., 2016; Neville et al., 2016; Vasconcelos et al. 2017; Soares et al., 2018).

Os terceiros molares inferiores são acometidos por 65% dos casos, seguido dos caninos superiores. Há uma alta ocorrência da lesão em dentes supranumerários ou associados a odontomas. É raro o acometimento em dentes decíduos (Caliento et al., 2013; Gomez et al., 2016; Neville et al., 2016; Pelissaro et al., 2022).

Os aspectos radiográficos do CD se revelam com uma área radiolúcida, unilocular e de limites bem definidos, circundada por um halo radiopaco esclerótico, em associação a coroa de algum dente impactado (Gomez et al., 2016; Pulino et al., 2021; Soares et al., 2018). Macroscopicamente, a parede cística revela áreas de espessamento próximo ao lúmen (Neville et al., 2016).

Como diagnóstico diferencial do cisto dentígero, que possui características clínicas e de imagem em comum com outras patologias como o queratocisto e ameloblastoma unicístico, granuloma central de células gigantes, faz-se necessário realizar o exame histopatológico (Custódio et al., 2021; Gomez et al., 2016; Domingues et al. 2018; Ribeiro et al., 2022; Saavedra & Álvarez, 2020).

No cisto dentígero inflamado, algumas características como a superfície queratinizada podem aparecer, sendo elas analisadas e diferenciadas das vistas no queratocisto (Neville et al., 2016).

O tratamento a ser escolhido sempre depende do tamanho da patologia, da idade do paciente, de quais estruturas e dentes estão envolvidos e da colaboração do paciente. O tratamento mais comum em caso de cisto dentígero é a enucleação total do cisto junto com a extração do elemento impactado (Caliento et al., 2013; Custódio et al., 2021; Neville et al., 2016;

Tommasi, 2013). Outra técnica a ser usada para tratamento nos casos de cistos grandes é a marsupialização, procedimento que permite a decompressão cística, o que promove a neoformação óssea, tendo como resultado a redução da deformidade óssea. Na maioria dos casos, o prognóstico do cisto dentífero se apresenta de forma favorável, sendo incomum a observação de recidiva (Custódio et al., 2021; Saavedra & Álvarez, 2020; Silva et al., 2021).

Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de cisto dentífero em mandíbula de grande extensão, em região posterior do lado direito associado aos elementos dentários 48 e 47 em um paciente do sexo masculino, 29 anos e leucoderma, mostrando suas propriedades, clínicas, imaginológicas e histopatológicas e destacando sua forma de tratamento.

## 2. Metodologia

Trata-se de um relato de caso, caracterizado como um estudo exploratório, descritivo e qualitativo (Pereira et al., 2018).

Segundo Pereira et al. (2018), foram seguidos os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo preservada a identidade do voluntário, fornecidos todos os esclarecimentos sobre o tratamento e, após concordância do paciente, realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), consentindo o tratamento, a divulgação das imagens e dados coletados durante o atendimento clínico e constantes do prontuário, sendo permitida a desistência da participação na pesquisa a qualquer instante.

## 3. Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 29 anos, leucoderma, compareceu ao ambulatório de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial apresentando quadro de infecção recorrente em região retromandibular do lado direito, com discreto aumento de volume associado ao ângulo mandibular direito (Figura 01).

**Figura 1:** Região retromandibular do lado direito com aumento de volume.



Fonte: Autores.

Ao exame de radiografia panorâmica de rotina, foi observado uma importante lesão cística em mandíbula (Figura 2).

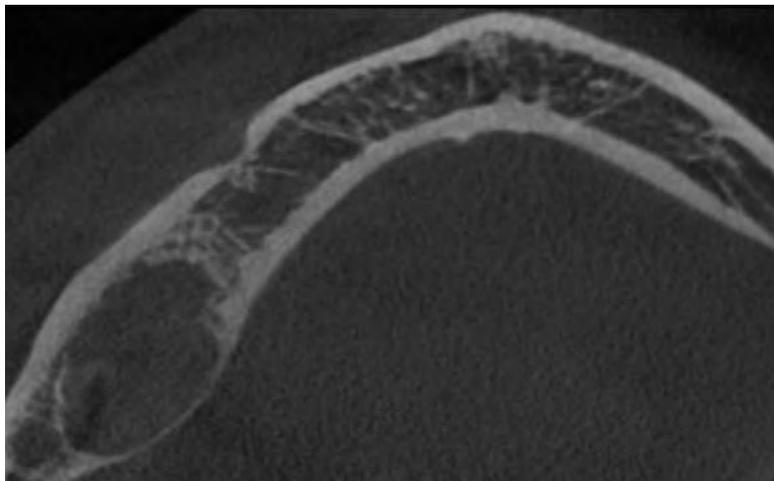
**Figura 2:** Extensão da lesão cística envolvendo os elementos 48 e 47 do lado direito.



Fonte: Autores.

Em seguida, foi solicitada uma tomografia computadorizada Cone Beam, com o objetivo de avaliar a espessura das tábuas ósseas vestibular e lingual. Foi observada uma grande reabsorção destas paredes, principalmente a parede lingual, a qual apresentava, em corte axial, uma estrutura extremamente delgada (Figura 3).

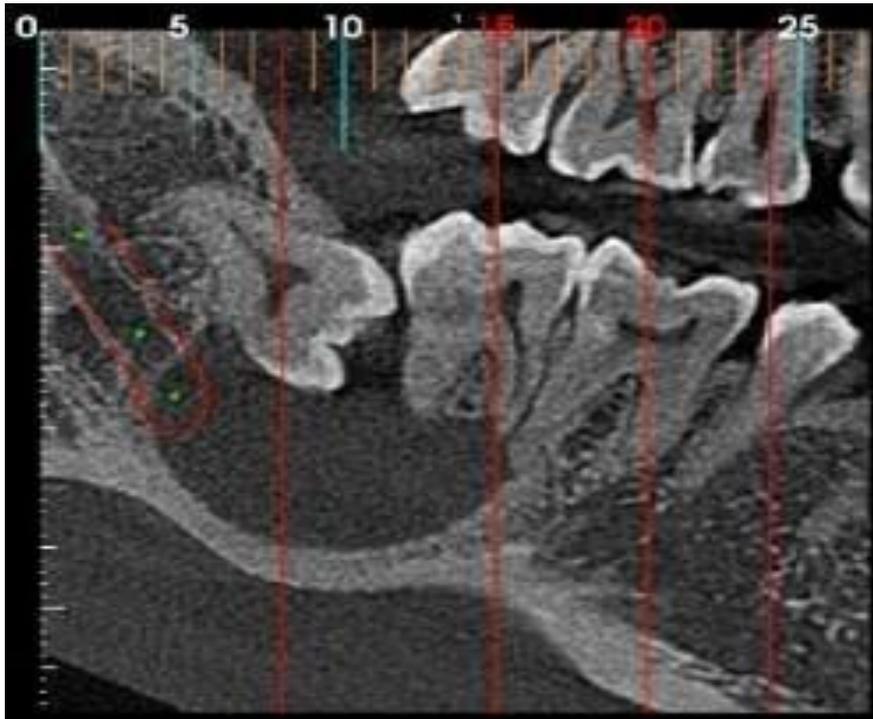
**Figura 3:** Reabsorção das paredes vestibular e lingual do lado direito.



Fonte: Autores.

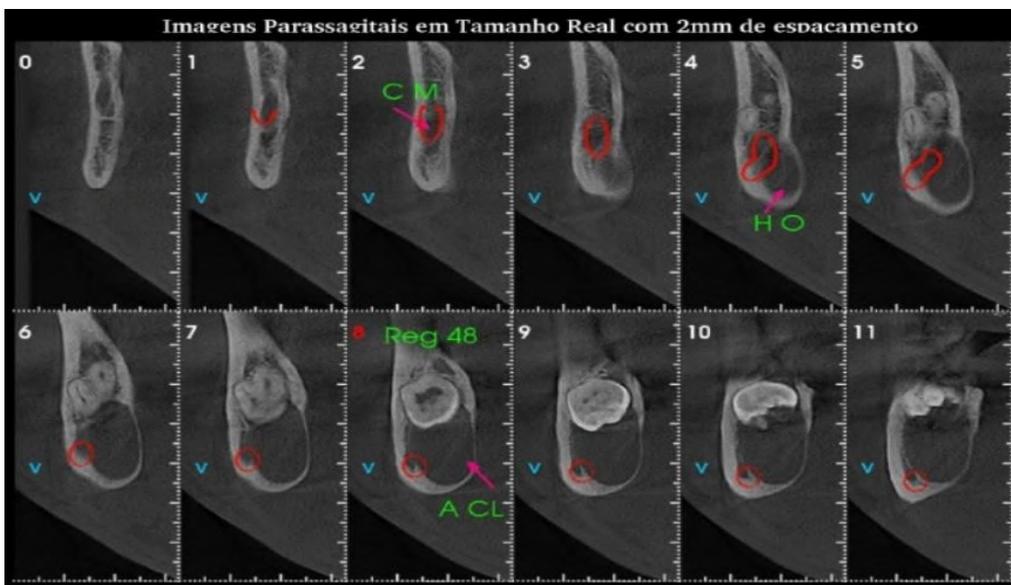
Pode-se avaliar, também, que a lesão hipodensa com contornos bem definidos compreende-se do corpo mandibular até o ângulo de mandíbula direito, recobrimdo completamente a coroa do elemento 48, totalmente incluso, e ultrapassando o ápice radicular da unidade 47 indo até a distal da unidade 46 (Figura 4). Além disso, também foi observado o íntimo contato da lesão com o nervo alveolar inferior e o seu deslocamento para a base mandibular, demonstrando assim, a grande amplitude da lesão (Figura 5). Em punção, foi observado líquido cístico levemente castanho.

**Figura 4:** Lesão hipodensa associado as unidades 48 e 47.



Fonte: Autores.

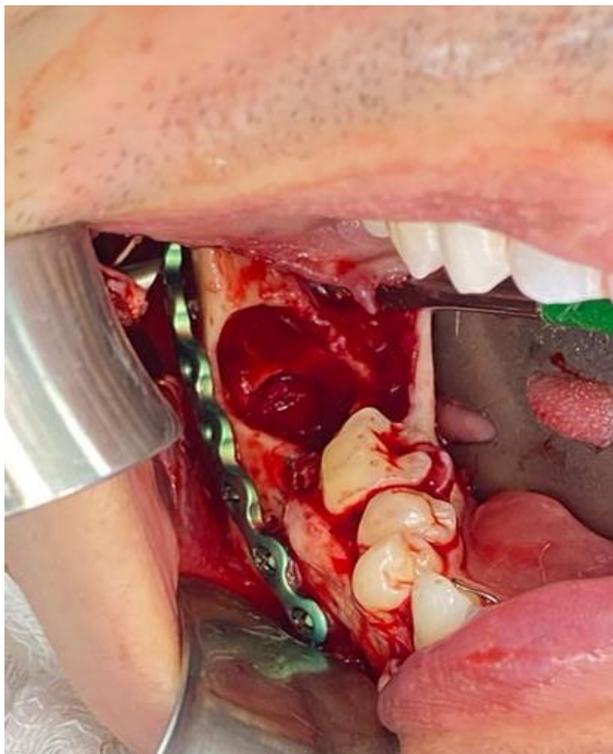
**Figura 5:** Deslocamento do canal mandibular com grande proximidade da lesão.



Fonte: Autores.

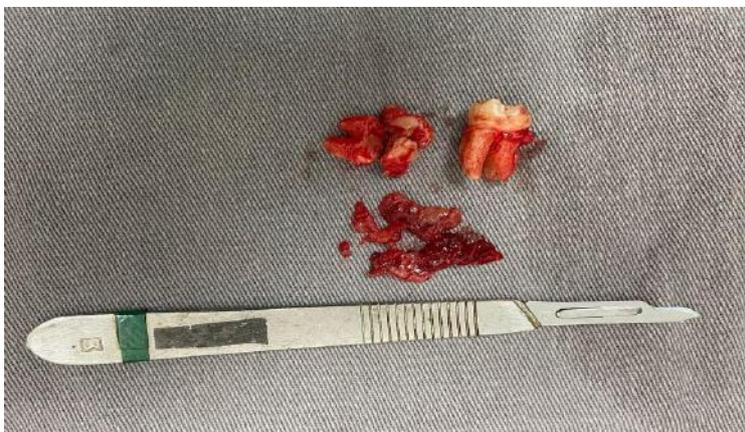
Foi realizado o plano de tratamento cirúrgico. Entendendo a normalidade do paciente para realizar a cirurgia sob anestesia geral, o tratamento foi realizado em centro cirúrgico com a enucleação do cisto dentígero em mandíbula do lado direito, associada à exodontia do elemento dentário 48, totalmente incluído, e da unidade 47 devido à perda óssea e importante mobilidade grau 3. Devido à escassa estrutura óssea remanescente, foi necessária a instalação de miniplaca do sistema 2.4 mm para aumentar a resistência local e evitar uma possível fratura patológica pós-operatória (Figura 6 e 7).

**Figura 6:** Enucleação cística realizada + instalação de miniplaca sistema 2.4 mm.



Fonte: Autores.

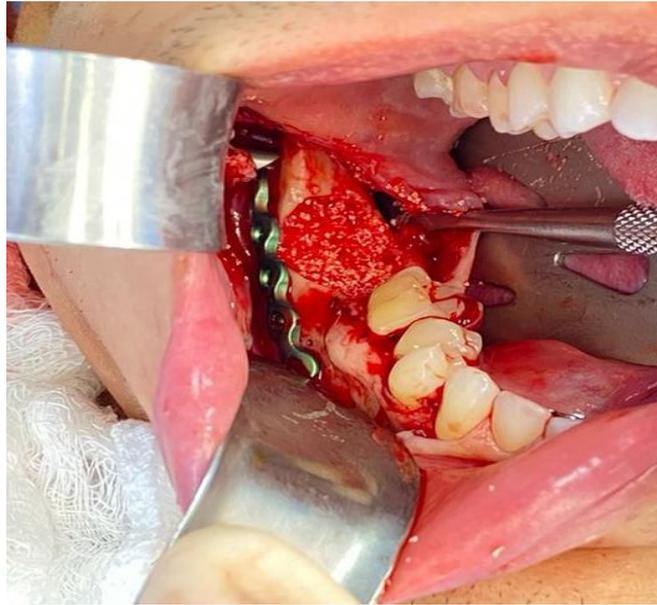
**Figura 7:** Exposição dos elementos extraídos 47 e 48 + lesão cística removida.



Fonte: Autores.

Além disso, foi realizado o preenchimento com enxerto ósseo xenógeno de origem bovina e cobertura da cavidade preenchida com membrana absorvível para proporcionar o fechamento de todo defeito ósseo e permitir uma correta reabilitação do paciente devido à perda da unidade 47 (Figura 8 e 9).

**Figura 8:** Preenchimento com enxerto ósseo xenógeno de origem bovina.



Fonte: Autores.

**Figura 9:** Deposição da membrana reabsorvível.



Fonte: Autores.

Com uma semana de pós-operatório, foi visualizada em radiografia panorâmica a remoção completa da lesão cística, a correta deposição do enxerto favorável para posterior reabilitação e a instalação da miniplaca (Figura 10). Além disto, o paciente cursou o pós-operatório com discreto edema local e acesso intraoral com completa cicatrização gengival. Pelo íntimo contato com a lesão, evoluiu com parestesia do nervo alveolar inferior do lado direito.

Em acompanhamento pós-operatório, foi realizada a laserterapia com laser vermelho com aplicação de 3 joules por ponto, na região do acesso, com separação de dois centímetros por ponto de aplicação, sendo esta realizada a cada 72 horas. Paciente encontra-se com completa cicatrização aguardando a próxima etapa de reabilitação e seguirá em acompanhamento.

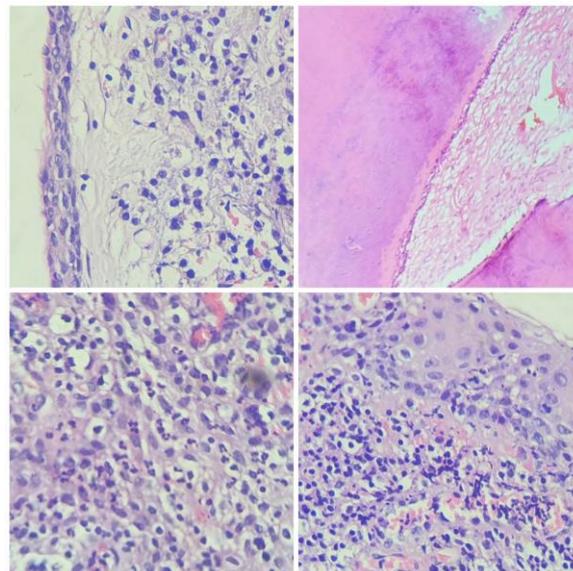
**Figura 10:** Radiografia panorâmica pós-operatória.



Fonte: Autores.

Encaminhados para análise histopatológica, os cortes microscópicos revelaram área de adelgaçamento representada por epitélio estratificado pavimentoso achatado que esboça padrão de revestimento, o córion contendo denso infiltrado inflamatório mononuclear e polimorfonucleares, além de fragmentos de elemento dentário sem alterações histológicas (Figura 11). Após a análise dos cortes histológicos, o diagnóstico foi compatível com cisto dentífero.

**Figura 11:** Cortes histopatológicos da cavidade cística + elemento dentário.



Fonte: Autores.

#### 4. Discussão

Mesmo tendo uma origem incerta, o CD pode ter como provável causa distúrbios hemodinâmicos vasculares existentes no folículo pericoronário de um dente impactado, o que ajuda na efusão de exsudato inflamatório, formando uma camada entre o epitélio reduzido do órgão da coroa e o dente não erupcionado. Além disso, células inflamatórias se depositam

e se misturam a células epiteliais descamadas, o que eleva a pressão osmótica, recolhe o líquido para a cavidade e desenvolve o cisto (Gomez et al., 2016).

Na maioria dos casos clínicos estudados, o CD é relatado de forma assintomática, por vezes descoberto por meio de exames radiográficos de rotina ou executados para investigar alguma erupção em atraso. Por vezes, no entanto, apresentam-se infectados com presente aumento de volume (Custódio et al., 2021; Gomez et al., 2016; Neville et al., 2016; Pelissaro et al., 2022; Soares et al., 2018; Vasconcelos et al. 2017). Neste caso relatado, o paciente se apresenta no ambulatório com presente tumefação e dor local, além de infecção recorrente.

Uma vez assintomática, essa patologia colabora para que esses casos não possuam o correto e precoce tratamento. Sendo assim, nesta condição, pode evoluir com sensibilidade local, por ser uma lesão com característica expansiva e destrutiva. Em casos extensos, pode ocorrer assimetria facial e acometimento de sustentações ósseas e tecidos adjacentes (Custódio et al., 2021; Filho et al., 2020). No presente relato de caso, o paciente não apresentou assimetria, mas devido ao íntimo contato da lesão com o nervo alveolar inferior, permitiu-se o deslocamento deste. A rápida abordagem não permitiu a patologia de afetar estruturas adjacentes e, apesar de sua expansão óssea, sua enucleação e instalação de miniplaca preveniu tanto o avanço da lesão quanto a possibilidade de fratura.

Segundo a literatura, o cisto dentígero em radiografia evidencia uma imagem com uma área radiolúcida, unilocular e limites bem definidos, circundada por um halo radiopaco esclerótico, em associação à coroa de algum dente impactado. Estas lesões são potencialmente expansivas, podendo revelar em radiografia ou tomografia computadorizada o acometimento da cortical óssea (Ribeiro et al., 2022, Saavedra & Álvarez, 2020; Soares et al., 2018). Com o exame deste relato, observou-se área radiolúcida, unilocular com limites bem definidos e circundada por um halo radiopaco envolvendo o elemento 48, em consonância com a literatura.

O exame de tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone Beam) pode ser também usado para auxiliar o diagnóstico inicial (Domingues et al., 2018; Pulino et al., 2021).

Para Neville et al. (2016), existe a possibilidade do desenvolvimento do cisto dentígero em qualquer dente incluso, mas a maior frequência dá-se em terceiros molares inferiores, de modo semelhante ao presente caso. Em seguida, são acometidos os caninos superiores, terceiros molares superiores e segundos pré-molares inferiores. Os CDs são frequentemente associados a dentes extranumerários e a odontomas.

Tommasi (2013) cita que o cisto dentígero é classificado de três maneiras: central, circunscrevendo a coroa simetricamente; circunferencial, envolvendo toda coroa e deixando livre sua fase oclusal, desta forma, permitindo sua possível erupção; e lateral, apresentando uma porção do elemento deslocado para mesial ou distal. Pela literatura e conforme o relato de caso, os laterais são, em sua maioria, relacionados com os terceiros molares impactados, geralmente com inclinação mesioangular.

Nos cistos dentígeros, numa visão histopatológica, quando não inflamados, o tecido conjuntivo fibroso da parede cística é organizado frouxamente. Além disto, a cápsula fibrosa pode conter restos de epitélio de origem odontogênica em formato de ilhas ou cordões, sendo esta característica bastante confundível com o ameloblastoma. O revestimento epitelial é composto de poucas camadas de células achatadas não queratinizadas. Quando inflamado, sua cavidade cística possui mais colágeno, apresentando infiltrado inflamatório crônico, semelhante ao caso relatado. A camada epitelial pode se apresentar hiperplásica, com o desenvolvimento de cristas epiteliais e características escamosas mais definidas (Neville et al., 2016; Vasconcelos et al., 2017).

A punção aspirativa é o método utilizado para todas as lesões no intuito de buscar o diagnóstico diferencial. A presença do líquido no interior da lesão acusa a indicação de cisto (Custódio et al., 2021; Santos et al., 2020). Este método foi usado no caso relatado com o intuito de ajudar no diagnóstico.

Domingues et al. (2018) diz que algumas características clínicas e imaginológicas se assemelham com o cisto dentífero, como o queratocisto, o ameloblastoma unicístico e o granuloma central de células gigantes. Assim, a exclusão dessas lesões somente é confirmada depois do exame histopatológico, como ocorrido no caso relatado. No cisto dentífero inflamado, algumas características como a superfície queratinizada podem aparecer, sendo analisadas e diferenciadas das vistas no queratocisto (Neville et al., 2016).

Dos tipos de tratamentos cirúrgicos para cisto dentífero, a enucleação, juntamente com a extração do elemento lesado, é a técnica mais utilizada, reduzindo a possibilidade de recidiva e contribuindo para um conhecimento histológico do conteúdo em questão (Alencar et al., 2018). Trata-se da mesma técnica utilizada no caso relatado.

Caso a erupção do dente seja realizável, opta-se por deixar o elemento em posição depois de remover parcialmente a parede cística, por vezes sendo necessário o tracionamento ortodôntico (Neville et al., 2016).

O tratamento de marsupialização é indicado em casos que apresentem lesões patológicas extensas. Além de ser realizado em duas etapas, tal tratamento deve contar com a colaboração do paciente, pois necessita da instalação de um dreno para um ganho de neoformação óssea na região (Morais et al., 2010). Mesmo sendo uma lesão extensa, no presente caso, a escolha pela enucleação cística e extração dos dentes acometidos, seguida da deposição de enxerto xenógeno e instalação de uma miniplaca 2.4 mm foi a mais favorável.

Como no caso, para lesões extensas que tenham o amplo acometimento das paredes ósseas, é viável o planejamento com miniplacas para que se evite o risco de fraturas em pontos de fragilidades acometidos pelo osso delgado (Silva et al., 2021).

Enxertos ósseos são utilizados para o tratamento ósseo a fim de que não se invaginem os tecidos moles, promovendo, deste modo, uma reabilitação local adequada (Santos et al., 2020; Silva et al., 2015).

Diniz et al. (2021) afirma que apesar da singularidade de cada caso, o prognóstico do cisto dentífero é favorável, sendo rara sua recidiva e difícil a possibilidade de sua transformação maligna, sobretudo quando retirado completamente, como ocorreu no caso relatado.

## 5. Conclusão

De acordo com o caso exposto, fica evidente a necessidade de adquirir um conhecimento acentuado sobre as particularidades do cisto dentífero, bem como as particularidades do paciente, a fim de se ter um diagnóstico preciso e de se conduzir o caso para a escolha da melhor opção de tratamento. Ademais, nota-se a importância de novas pesquisas para abordagens de tratamento do cisto dentífero, seja de forma conservadora ou cirúrgica.

Durante este relato, observou-se, ainda, que tanto o planejamento cirúrgico quanto o de tratamento pós-operatório são fundamentais, pois levando em consideração o nível de complexidade transoperatória, o primeiro proporciona uma abordagem cirúrgica mais rápida, mitigando danos à saúde do paciente, e o segundo melhorando as condições cicatriciais dos tecidos, o que evita complicações pós-operatórias.

## Referências

- Alencar, L. M. (2018). *Cisto dentífero bilateral em mandíbula em paciente não síndrome: Relato de caso*. [Monografia, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional Universidade Federal do Ceará. <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/34901>>
- Caliento, R., Mannarino F. S., & Hochuli-Vieira E. (2013). Cisto dentífero: Modalidades de tratamento. *Revista de Odontologia da UNESP*, 42(6), 458-462. <<https://doi.org/10.1590/S1807-25772013000600012>>
- Custódio, G.P., Costa, C. F. B., Castro, C. H. S., Menezes, K. K. C., Padilha, I. P., Costa, T. C. F. C., Ribeiro, I. G. S., Menezes, D. R., Galvão, A. V., Menezes, I. L. M., Sátrio, V. D. S., Vargas, L. G. L., Payor, F. H. R., Modesto, L. R., Barbosa, M. A., & Silva, J. I. (2021). Cisto Dentífero em Mandíbula: Relato de Caso. *Research, Society and Development*, 10(12), e519101220782.

- Domingues, N. B., Bussaneli D. G., Jeremias, F., Giro, E. M. A., & Pansani, C. A. (2018). Diagnóstico e tratamento conservador em cisto dentífero: acompanhamento de 3 anos. *CES Odont*, 31(1): 57-65. <<http://dx.doi.org/10.21615/>>
- Diniz, D. A., Angelim, L. V., Silva, A. L. I., Mendonça, T. L. R., do Nascimento, V. H. S., Silva, C. C. G., Gonçalves, K. K. N., de Souza Júnior, F. A., Silva, M. B., Silva, J. C., Valente, R. O. de H., & Carneiro, S. C. de A. S. (2021). Surgical treatment of multiple maxillary dentigerous cysts in pediatric patient. *Research, Society and Development*, 10(13), e366101321097.
- Filho, M. J. S. F., Andrade, R. L., Prestes, T. P., Cavalcante, F. A., Nascimento, J. R., Aguiar, J. L., Milério, L. R., & Barros, D. N. R. (2020). Cisto dentífero associado a quarto molar supranumerário em ramo mandibular: Relato de caso. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 93220-93229. <10.34117/bjdv6n11-653>
- Gomez, R. S. (2016). Cistos Odontogênicos e Não Odontogênicos. In L. Kriger, S. J. Moysés & S. T. Moysés (Orgs), *Patologia Oral*. Editora Artes Médicas.
- Morais, H. H. A., Silva, T. F., Dantas, R. M., Feitosa, J. L., & Araújo, F. A. (2010). Cisto Dentífero Bilateral em Mandíbula: Relato de Caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 11(1), 55-58
- Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2016). *Patologia Oral & Maxilofacial*, (4ª edição). Elsevier.
- Pelissaro, G. S., Aguilera, M. de O., Antunes, D. M. ., Mendonça, J. C. G. de ., Silva, J. C. L. da ., Paiva-Oliveira, J. G. ., Santos, A. O. G. M. dos ., Figueiredo, F. T., & Gaetti-Jardim, E. C. (2022). Conservative surgical treatment of ameloblastoma with initial diagnosis suggestive of odontogenic cyst. *Research, Society and Development*, 11(5), e17011528056.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [ebook, Universidade Federal Santa Maria]. Repositório digital da UFSM. <[https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1)>
- Pulino, B. de F. B., Guerra, R. C., Collini, G. C., Cheloti, M., & Vieira, E. H. (2021). Dentigerous cyst in the maxilla: case report in a pediatric patient. *Research, Society and Development*, 10(16), e143101623293.
- Ribeiro, K. H. C., Paes, M., Lima, H. R. C., Pederro, F. H. M., Oliveira, L.F., Magro-Filho, O., Souza, F. A., & Pimenta, R. P. (2022). A rare case of tooth impaction Kissing Molars associated to dentigerous cyst-Case report. *Research, Society and Development*, 11(8), e6411830113.
- Saavedra, A. I. G., & Álvarez, D. M. P. (2020). Mandibular dentigerous cyst, treatment and implant-prosthetic rehabilitation of edentulous areas: A case report. *Research, Society and Development*, 9(12), e8091211040.
- Santos, A. M. de S., Mendes, B. C., Statkiewicz, C., Lima Neto, T. J. de Tormes, A. K., & Hochuli-Vieira, E. (2020). Dentigerous cyst and Osteomyelitis with proliferative periostitis: a diagnostic update. *Research, Society and Development*, 9(7), e866975020.
- Silva, C. E. X. S. R., Frare, J. G., Cerri, A., Rodriguez, A. C., & Costa, D. M. (2015). Cisto dentífero de grandes dimensões: Acesso intraoral e reabilitação. *Revista Associação Paulista de Cirurgias Dentistas*, São Paulo, 69(4), 345-349.
- Silva, M. P., Zenatti, R., Conci, R., Junior, E. A. G., Magro, N. E., & Griza, G. L. (2021). Enucleação de extenso cisto dentífero em ambiente ambulatorial: Relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, 4(3), 10606-10619.
- Soares, R. P., Stefanini, A. R., Fabris, A. L. S., Bortoluzzo, P. H., & Simonato, L. E. (2018). Cisto dentífero: Diagnóstico e tratamento. *Arch Health Investigation*, Araçatuba, 7(11), 461-464. <<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v7i11.3034>>
- Tommasi, M. H. M. (2013). *Diagnóstico em patologia bucal*. (4ª edição). Elsevier.
- Vasconcelos, M. G., Oliveira, D. H. I. P., Avelar, W. V., Barboza, C. A. G., Queiróz, L. M. G., & Vasconcelos, R. G. (2017). Localização incomum de cisto dentífero – Relato de caso. *Odontologia Clínico-Científica*, 16(4), 315-318.