



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I CAMPINA GRANDE-PB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
CURSO ODONTOLOGIA**

JUAREZ CHAVES DO NASCIMENTO

**ACOMPANHAMENTO RADIOGRÁFICO DE CERATOCISTO ODONTOGÊNICO –
RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE – PB
2017**

JUAREZ CHAVES DO NASCIMENTO

**ACOMPANHAMENTO RADIOGRÁFICO DE CERATOCISTO ODONTOGÊNICO –
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

**CAMPINA GRANDE – PB
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N244a Nascimento, Juarez Chaves do.
Acompanhamento radiográfico de ceratocisto odontogênico [manuscrito] : relato de caso / Juarez Chaves do Nascimento. - 2017.
22 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Denise Nóbrega Diniz, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."

1. Cistos odontogênicos. 2. Ceratocistos. 3. Tomografia computadorizada de feixe cônico. 4. Descompressão cirúrgica.

21. ed. CDD 617.63

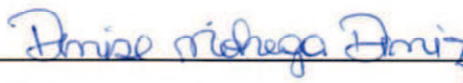
JUAREZ CHAVES DO NASCIMENTO

ACOMPANHAMENTO RADIOGRÁFICO DE CERATOCISTO ODONTOGÊNICO –
RELATO DE CASO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
APRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL
À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM
ODONTOLOGIA PELO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DA PARAÍBA

Aprovada em: 14/12/17.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Denise Nóbrega Diniz (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Renata Quirino de Almeida Barros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Prof. Dr. Karla Rovaris da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

*A minha mãe Maria das Neves Chaves;
meu pai in memória João Francisco da
Nascimento, e meus irmãos Ailma Ramos do
Nascimento, Jacson Ailson do Nascimento e
João Anderson do Nascimento.*

AGRADECIMENTOS

As minhas orientadoras Denise Nóbrega Diniz e Renata Quirino de Almeida Barros, pela dedicação, atenção, empenho e competência demonstrada durante as aulas e confecção deste trabalho às mesmas dispõe de minha gratidão, admiração e respeito.

A minha mãe e meus irmãos, pelo esforço, dedicação e incentivo, por estarem sempre ao meu lado, sem poupar esforços para que eu seguisse no caminho que sempre acreditei, os mesmos foram peças fundamentais na conclusão deste curso.

A todos os professores do curso que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

A Karla Rovaris da Silva por prontamente aceitar o convite de participar da banca de apresentação deste trabalho.

A minha dupla de estágio Larissa Gonçalves, que sem sombra para dúvidas foi a pessoa que mais me ajudou durante essa graduação, desde marcar meus pacientes da clínica, me lembrar de trabalhos que os professores pediam, emprestar instrumentais a revisar assuntos de provas, tenho um carinho, admiração que não cabem a palavras.

A meu grupo de sala, Camila Lima, Larissa Gonçalves, Flávio Almeida, Gustavo e Marília pelo companheirismo e amizade, vocês foram “figuras” fundamentais nessa jornada, um sempre ajudando o outro, foram meu alicerce na graduação.

A todos os funcionários do departamento de Odontologia, os quais sempre me trataram da melhor forma possível e onde cativei grandes amigos.

A melhor equipe de trabalho que já tive oportunidade de conhecer (PSF II) , por sempre me apoiarem mesmo eu estando frequentemente ausente sempre entenderam a situação, tenho um carinho enorme por cada um de vocês.

E a todos que de forma direta ou indireta contribuíram nessa jornada.

LISTA DE FIGURAS

- Figura1: Radiografia panorâmica inicial evidenciando imagem radiolúcida na região posterior da mandíbula lado direito.....11
- Figura 2. Imagem tomográfica inicial evidenciando a destruição óssea, adelgaçamento das corticais e deslocamento do canal mandibular nos cortes sagitais, coronais e axiais.....12
- Figura 3. Cortes sagitais e axiais realizados um ano após o início tratamento de descompressão.....13
- Figura 4: Panorâmica realizada um ano após o início do tratamento de descompressão.....13
- Figura 5: Radiografia panorâmica realizada após a remoção do dente 48.....14
- Figura 6: Radiografia panorâmica realizada 4 meses após a remoção do dente 48.14

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	RELATO DO CASO.....	10
3	DISCUSSÃO	14
4	CONCLUSÃO	18
	REFERÊNCIAS	19

RESUMO

O ceratocisto odontogênico é uma lesão benigna de crescimento lento e contínuo, entretanto, é localmente invasivo e possui uma importante taxa de recidiva. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de ceratocisto, tratado com descompressão cirúrgica e acompanhado radiograficamente durante dois anos. O paciente era do sexo masculino, leucoderma, 50 anos de idade e foi encaminhado a um centro de radiologia odontológica para realizar uma radiografia panorâmica para avaliação dos terceiros molares inclusos. Na radiografia panorâmica foi observada uma extensa imagem radiolúcida, unilocular, associada ao dente 48, de margens bem definidas e corticalizadas, foi solicitado a este paciente uma tomografia computadorizada de feixe cônico para melhor avaliação da extensão da lesão. Após exame histopatológico a lesão foi diagnosticada como Ceratocisto Odontogênico. Após o diagnóstico o paciente foi submetido ao tratamento de descompressão cirúrgica, com acompanhamento inicial mensal e posteriormente periódico estando esse em proervação. Dessa forma, enfatizamos a importância dos exames radiográficos para examinar as características do ceratocisto, assim como a relevância do planejamento cirúrgico e proervação do paciente.

Palavras-chave: Cistos Odontogênicos; Ceratocistos; Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico; Descompressão cirúrgica.

1. INTRODUÇÃO

O Ceratocisto Odontogênico (CO) consiste em um cisto benigno e intra-ósseo, de origem odontogênica, com comportamento clínico agressivo e relevante taxa de recidiva, o mesmo apresenta crescimento lento e infiltrativo, com tendência para desenvolver-se em região posterior e ramo de mandíbula sendo, geralmente, assintomático (ABDI et al., 2016). Pode ocorrer em qualquer idade, mas são mais comuns entre a segunda e quarta décadas de vida, encontrado mais frequentemente em pacientes do sexo masculino (SANTOS et al., 2017; JAFARIPOZVE; JAFARIPOZVE; KHORASQANI, 2013).

Em 2017 na classificação da Organização mundial de saúde, o então “tumor odontogênico queratocístico”, foi removido da categoria neoplásica e retornou a categoria de cisto sendo denominado Ceratocisto Odontogênico. (SOLUK-TEKKEŞIN; WRIGHT, 2017).

Os COs geralmente são descobertos acidentalmente em exames radiográficos de rotina, frequentemente apresentam imagem radiolúcida unilocular, bem definida, com fino halo esclerótico, no entanto, dependendo do tamanho da lesão, podem ser multilocular. Esta lesão pode promover deslocamento de dentário e do nervo alveolar inferior (REZENDE; DIAS, 2016, BALMICK et al., 2011).

A radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada auxiliam no diagnóstico e planejamento cirúrgico do CO, sendo necessária a biópsia e análise histopatológica para diagnóstico definitivo. A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) pode fornecer várias projeções da área de interesse utilizando um feixe em forma de cone em uma única rotação, além disso, confere a imagem uma maior qualidade que as radiografias bidimensionais para o estudo das lesões e efeitos que a mesma pode promover em estruturas adjacentes (ABDI et al., 2016). Esta modalidade de imagem se tornou cada vez mais importante no planejamento e diagnóstico do tratamento em cirurgia maxilofacial (RODRIGUES et al. 2017).

Para se estabelecer um plano de tratamento dos ceratocistos odontogênicos é fundamental que o cirurgião dentista leve em consideração alguns critérios como a localização da lesão, idade do paciente e tamanho da lesão, essa análise minuciosa contribui para que a lesão seja tratada preservando ao máximo a estética e funcionalidade do paciente, por outro lado reduzindo as taxas de recidiva (CARNEIRO et al. 2012).

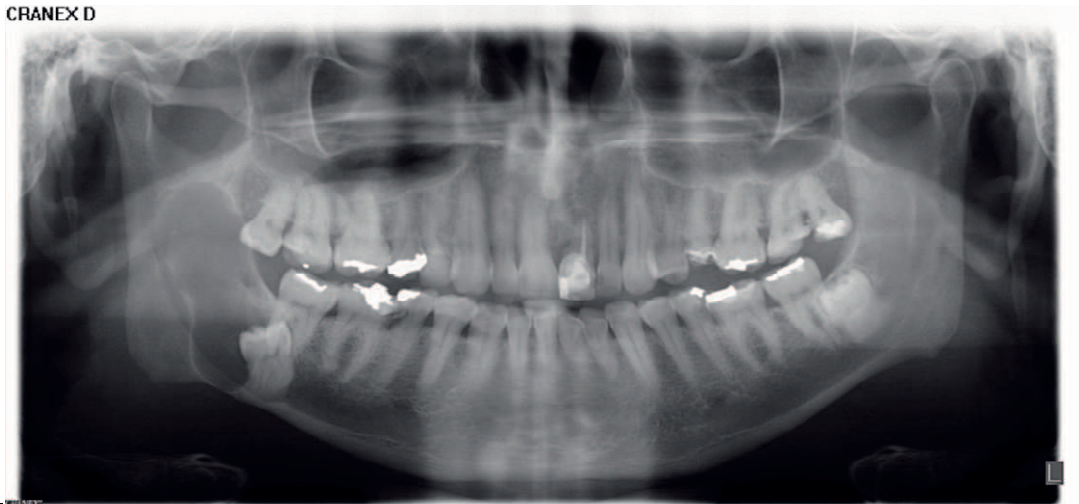
O CO é considerado como uma lesão relativamente agressiva e sua taxa de recorrência, quando comparada com a de outros cistos de origem odontogênica é bem mais elevada (GUERRA et al. 2013).

Este trabalho apresenta um caso de CO na região posterior e ramo da mandíbula lado direito diagnosticado através de um exame de rotina, tratado por descompressão cirúrgica e acompanhado radiograficamente durante dois anos.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 50 anos, leucoderma, foi encaminhado a um centro de radiologia odontológica particular na cidade de Campina Grande-PB para realizar uma radiografia panorâmica para avaliação dos terceiros molares inclusos. Na radiografia panorâmica, foi observada, uma extensa imagem radiolúcida apresentando margens bem definidas e corticalizadas, associada ao dente 48, estendendo-se para o ramo da mandíbula do lado direito, próxima a incisura mandibular

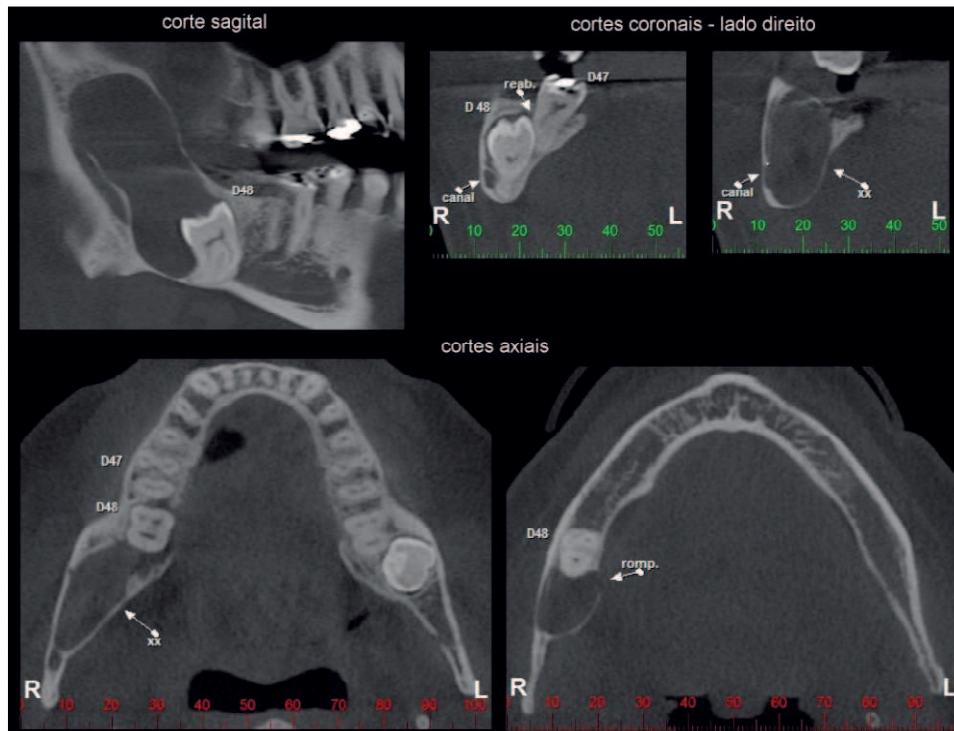
Figura1. Radiografia panorâmica inicial evidenciando imagem radiolúcida na região posterior da mandíbula lado direito.



Fonte: Autor.

Durante a anamnese o paciente apresentou boas condições gerais de saúde. Ao exame físico extra e intrabucal não foi observado aumento de volume nem anormalidades na coloração da mucosa, o paciente não apresentou sintomatologia dolorosa à palpação. Em seguida o cirurgião dentista solicitou uma TCFC para visualizar melhor a destruição óssea, e relação da lesão com as estruturas adjacentes. Na TCFC observou-se extensa imagem hipodensa promovendo adelgaçamento e discreto abaulamento das corticais ósseas, rompimento da cortical óssea lingual, além de proximidade da raiz do elemento 48, diminuição da luz do canal mandibular e deslocamento inferior e vestibular do mesmo (figura 2).

Figura 2. Imagem tomográfica inicial evidenciando a destruição óssea, adelgaçamento das corticais e deslocamento do canal mandibular nos cortes sagitais, coronais e axiais.

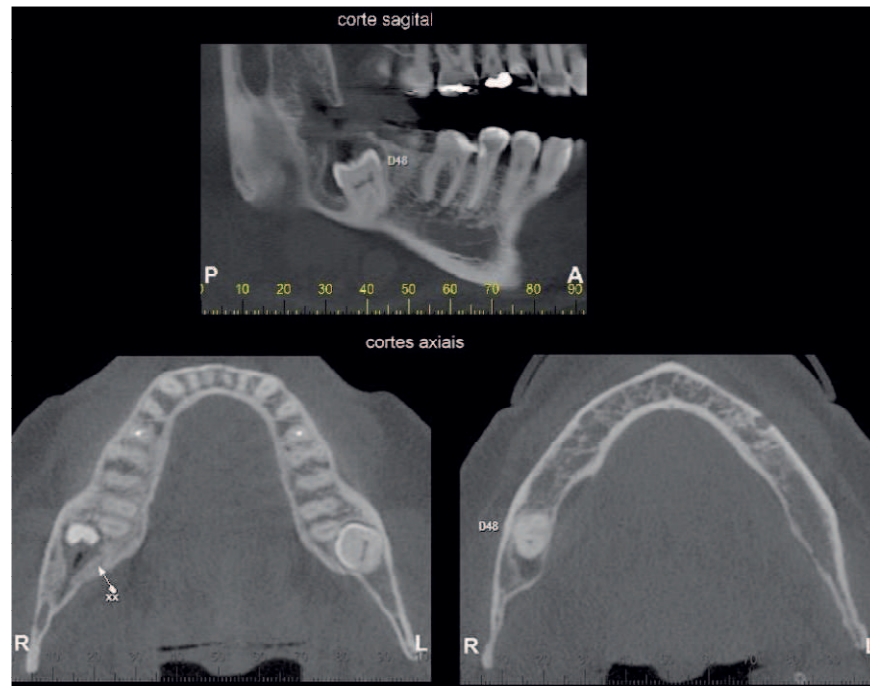


Fonte: Autor.

As hipóteses de diagnóstico foram Ceratocisto Odontogênico e Ameloblastoma, sendo indicada a biópsia incisional para posterior exame histopatológico, no qual foi confirmado o diagnóstico de CO.

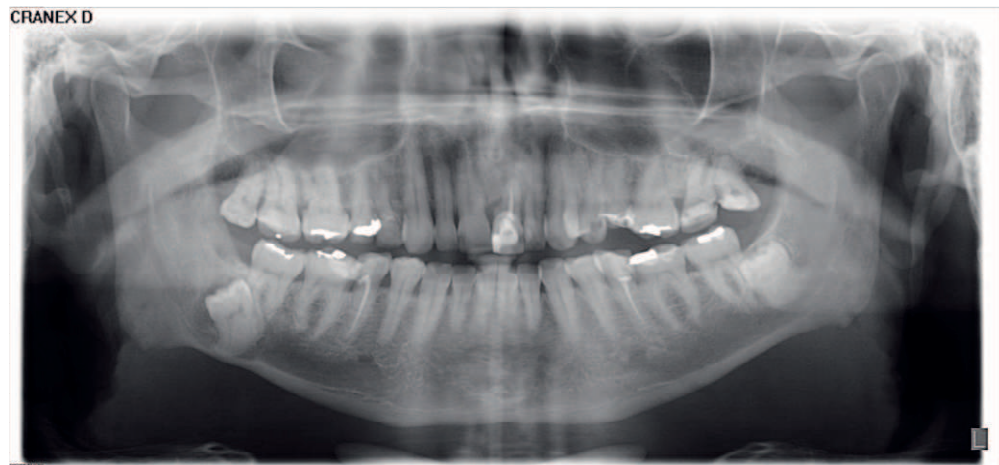
O paciente foi encaminhado para o cirurgião buco-maxilo-facial, o mesmo optou por fazer a descompressão, foi instalado um dreno cirúrgico de borracha na mucosa do paciente, adjacente a lesão, durante o período de 60 dias. O orifício onde estava o dreno era irrigado diariamente com soro fisiológico, sendo o paciente orientado a fazer este procedimento em sua residência, nesse período o paciente foi acompanhado e após remoção do dreno, esse acompanhamento passou a ser mensal por um período de seis meses, seguindo o mesmo protocolo de higienização da região. Durante este período foi observada uma satisfatória neoformação óssea na região (figuras 3 e 4).

Figura 3. Cortes sagitais e axiais realizados um ano após o início tratamento de descompressão.



Fonte: Autor.

Figura 4. Panorâmica realizada um ano após o início do tratamento de descompressão.



Fonte: autor.

Depois de um ano do tratamento de descompressão se optou por realizar a exodontia o dente associado e fazer a enucleação total da lesão (figura 5).

Desde então o paciente vem sendo acompanhado clinicamente e radiograficamente, o mesmo não apresentou recidiva da lesão durante aproximadamente um ano e seis meses após o início da descompressão e continua em proervação pela equipe odontológica (figura 5).

Figura 5. Radiografia panorâmica realizada após a remoção do dente 48.



Fonte: Autor.

Figura 6. Radiografia panorâmica realizada 4 meses após a remoção do dente 48.



Fonte: Autor.

3. DISCUSSÃO

Os primeiros relatos observados na literatura designaram o atual Ceratocisto Odontogênico como sendo um colesteoma, posteriormente o termo Ceratocisto Odontogênico foi utilizado pela primeira vez em 1956 por Philipsen e se tratava de qualquer cisto localizado nos maxilares que produzisse queratina de forma representativa (GERRA et al., 2013).

Recentemente na 4ª edição de classificação de lesões (2017) da OMS o antes Tumor Odontogênico Ceratocisto voltou à categoria de cisto (SOLUK-TEKKEŞIN; WRIGHT, 2017).

O CO é considerado com uma lesão patológica de grande interesse à Odontologia e apresenta características e comportamento biológico peculiares que a distinguem das lesões císticas e da maioria das lesões tumorais, como principal característica os elevados índices de recidiva (SANTOS et al., 2016).

Para Chivarquer et al., (2016) os COs frequentemente são descobertos durante exames radiológicos de rotina como ocorreu no presente relato.

Quanto levado em consideração à distribuição dos COs nas diferentes raças, observa-se uma escassez de trabalhos no Brasil que considerem esse dado. Para Monroy (2016) esse fato pode se justificar por haver uma grande miscigenação na nossa população, segundo esses pesquisadores há uma predileção por caucasianos (67,8%), seguido de afro-brasileiros e posteriormente amarelos, o paciente do nosso relato é caucasiano o que confirma a estatística dos pesquisadores supracitados.

Segundo Santos et al. (2017), o CO pode se desenvolver em várias idades, sendo relatados casos desde a primeira até a nona década de vida. Entretanto, ocorre um pico na sua frequência, na segunda e na terceira década de vida. Para Bregolin (2015), faixa de idade em que há ocorrência dos COs é bastante ampla, podendo ser observado da infância até a terceira idade, porém 60% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade entre 10 a 40 anos. No presente relato, o caso contraria a literatura, no que se refere à tendência de acometimento quanto à faixa etária, visto que se trata de um paciente na quinta década de vida.

Para Moura, Lopes et al. (2017), a prevalência deste tipo de cisto pode variar de 10% a 12% de todos os diagnósticos de cistos de origem odontogênica. A grande maioria dos autores afirmam que o CO apresenta predileção pelo gênero masculino.

Em pesquisa realizada por Monroy (2016) foi observado que a taxa de predominância nos homens é de 55,17% , corroborando com esse caso.

Segundo Santos et al. (2017) o local com maior incidência é a mandíbula (89,8%), sendo encontrado mais frequentemente na região posterior(85,4%), abrangendo principalmente o corpo mandibular (58,4%), quando esta lesão é localizada na maxila o tumor mostra preferência pela região posterior, representando 60% dos casos. No tocante à região de maior incidência da lesão, o caso ora apresentado encontra-se em concordância com a literatura revisada.

Quanto à sintomatologia Bregolin (2015), afirma que 62% dos diagnósticos ocorrem em pacientes assintomáticos e 38% dos indivíduos apresentam alguma sintomatologia, o mesmo pesquisador sugere que lesões maiores apresentam sintomatologia com maior frequência. Em estudo realizado por Monray(2016), foi observado que 71% dos pacientes diagnosticados não apresentavam sintomatologia dolorosa, neste estudo não foi observada relação entre sintomatologia e o tamanho da lesão. Mostrando que os pesquisadores corroboram quanto a maior parte dos pacientes serem assintomáticos e discordam quanto à relação ao tamanho da lesão e o surgimento de sintomatologia dolorosa. O paciente do nosso relato está em concordância com os autores supracitados, o mesmo também não apresentava sintomatologia antes do diagnóstico, apesar da lesão ter uma grande extensão.

O CO em muito se assemelha a lesões como o ameloblastoma, além do cisto dentífero e, até mesmo, os cistos inflamatórios. Nem todos os CO mostram abundância de queratina de tal forma que facilite o diagnóstico pela punção aspirativa ou, ainda, a biópsia incisional. Este fato consolida a importância de serem colhidos todos os possíveis métodos diagnósticos (REZENDE; DIAS, 2016). Diante dos achados radiográficos do presente caso, foi possível chegar a hipóteses diagnósticas como CO e ameloblastoma. Entretanto, como radiograficamente não foi constatado significativo abaulamento das corticais vestibular e lingual, o diagnóstico definitivo esperado foi o de CO, visto que essa lesão apresenta, na maioria das vezes, crescimento anteroposterior sem expansão significativa de cortical óssea, como afirmam Dib et al. (2008).

Podemos ressaltar a importância dos exames de imagens utilizados na odontologia com o intuito de identificar lesões, sendo a radiografia panorâmica utilizada com maior frequência quando comparada à TCFC. Ambas consistem instrumentos importantes que auxiliam na conclusão diagnóstica de lesões

localizadas no complexo bucomaxilofacial. Segundo Gümüşok et al. (2016) a radiografia panorâmica, apesar de utilizada em inúmeros casos, fornece apenas imagens bidimensionais, distorção no plano horizontal, ampliação no plano vertical e não demonstra relações verdadeiras. A precisão da imagem depende em grande parte do operador e varia muito com o posicionamento do paciente. A TCFC, em estudos, demonstra melhor qualidade para interpretação do alcance da lesão, sem distorções e ampliações, evidencia detalhes mais precisos sobre a expansão da lesão, a localização de dentes envolvidos e a topografia de suas margens, espessura e perfuração das corticais ósseas, do que as radiografias convencionais. Devido importância desse método complementar nos casos de CO, ele deve ser utilizado como protocolo pré e pós-operatório, para análise de possíveis sítios de recidiva da lesão (LIRA et al., 2010; GÜMÜŞOK et al., 2016).

Quanto ao tratamento, segundo Santos et. al (2016) é importante realizar a análise de alguns critérios com o intuito de realizar um plano de tratamento, de forma mais conservadora possível sem que haja a recorrência da lesão, entre esses critérios podem ser citados, o tamanho do cisto, a idade do paciente, a proximidade com estruturas anatômicas nobres, potencial de crescimento e agressividade da lesão, importância clínica do dente envolvido, além das peculiaridades clínicas de cada caso.

Existe diversas formas de tratamento para CO, como: descompressão, enucleação, marsupialização, crioterapia com nitrogênio líquido, osteotomia periférica além da utilização da solução de Carnoy (ABDI et al. 2016).

A descompressão cirúrgica consiste em uma técnica na qual é instalado um dreno, o qual permite que o paciente realize a irrigação da lesão com alguma substância, semelhante à marsupialização, em que é realizada apenas sutura da mucosa cística com a mucosa da cavidade oral (CABREIRA 2013).

Para Santos et al. (2017) se acredita que o dreno instalado na técnica de descompressão facilite a higienização por parte do paciente e, além disso, sirva como um corpo estranho ajudando a atrair células de defesa, o que explicaria o alto índice de redução da lesão em um curto espaço de tempo, associado a um elevado percentual de neoformação óssea.

A utilização da técnica de descompressão cirúrgica geralmente é indicada, para pacientes com lesões de grandes proporções e lesões que envolvam estruturas nobres. Essa técnica, além de apresentar menor morbidade quando comparada com

as técnicas da ostectomia periférica e ressecção, possibilita o tratamento de lesões de grandes proporções com índices de recidiva, muitas vezes, semelhantes aos tratamentos mais agressivos (RODRIGUES et al. 2017). Em contrapartida, Santos et al. (2016), criticam essa modalidade de terapia, esses pesquisadores preferem utilizar outras procedimentos mais agressivas e citam como desvantagem o fato de grande parte dos casos precisar de um segundo procedimento, como a enucleação, para tratamento definitivo.

O acompanhamento dos pacientes portadores de CO deve ser sistemático e cuidadoso, por meio de exames clínicos e imaginológicos. Apesar da tendência à recidiva, quando o tratamento é bem planejado o prognóstico é bom. O caso apresenta prognóstico favorável de acordo com os aspectos transoperatórios observados e o protocolo de acompanhamento pós-operatório empregado.

4. CONCLUSÃO

Dentre as lesões císticas o CO é considerado o cisto com maior percentual de recidiva. A expansão cortical, deslocamento do canal mandibular e a perfuração de corticais ósseas associadas ao CO, indicam sua natureza agressiva. Sendo assim pesquisas que investiguem e proponham tratamento conservadores de forma que evite sua recidiva são importantes para a comunidade acadêmica. Dentro da avaliação pré e pós operatória a TCFC oferece valiosas informações sobre o CO, sendo uma ferramenta útil para examinar as características radiográficas como a destruição óssea e relação com estruturas anatômicas vizinhas. A descompressão cirúrgica como tratamento inicial do CO se mostrou muito eficaz neste caso, reduzindo o tamanho da lesão, evitando lesões nas estruturas adjacentes.

ABSTRACT

Odontogenic keratocyst is a benign lesion with slow and continuous growth, however, it is locally invasive and has an important relapse rate. This study aimed to report a clinical case of keratocyst, treated with surgical decompression and followed radiographically for two years. The patient was male, leucoderma, 50 years old and was referred to a dental radiology center to perform a panoramic radiograph to evaluate the included third molars. A large radiolucent, unilocular image, associated with tooth 48, with well defined and corticalized margins was observed on the panoramic radiograph. This patient was asked to have a concomitant CT scan to better evaluate the extent of the lesion. After histopathological examination the lesion was diagnosed as Odontogenic Keratocyst. After the diagnosis, the patient underwent surgical decompression treatment, with monthly initial follow-up and later periodic follow-up, being undergoing reassessment. Thus, we emphasize the importance of radiographic examinations to examine the characteristics of keratocyst, as well as the relevance of the surgical planning and preservation of the patient.

Keywords: Odontogenic Cysts; Keratocysts; Cone Beam Computed Tomography; Surgical decompression

REFERÊNCIAS:

ABDI, I; TALES, K.T; YAZDANI, J; FAN, S.K.M; GHAVIMI, M.A; ARTA, S.A; The effect of ameloblastoma and keratocystic odontogenic tumor on the displacement pattern of inferior alveolar canal in cbct examinations. **Journal of Dental Research**, n. 8, p. 208-215,2016.

BALMICKI, S; HESPANHOL, W; CAVALCANTE, M.A.A; GANDELMANN, I.H.A; Recidiva do Tumor Odontogênico Ceratocístico: Análise retrospectiva de 10 anos,**Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.11, n.1, p. 9-12. 2011.

BREGOLIN, G.D.P; Tumor odontogênico ceratocístico: Revisão da literatura e descrição de um caso. (**Trabalho de conclusão de curso apresentado a apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul**), Porto alegre, 2015.

CABREIRA, C.L; Entendendo o tumor odontogênico ceratocisto: tratamento e implicações aos pacientes portadores desta enfermidade. (**Trabalho de conclusão de curso, apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul**), Porto Alegre, 2013.

CARNEIRO, A.G; CARDOSO, J.A; SILVA, V.P; BENIGNO, J; CANCIO, A.V; FARIAS, J.G; Um ano de descompressão seguida de enucleação para tratamento de tumor odontogênico queratocístico: relato de caso. **Rev. RFO UPF**, v. 17, n. 2, p. 212-217, 2012.

CHIVARQUER, I; HOMEN, M.G.N; DUALIBI, E.F; CHOI, I.G.G;XIMENEZ, M.E.L; HAYEK, J.E; Relato de caso clínico: tumor odontogênico queratocístico na primeira infância. **Rev.Assoc Paul Cir Dent**, n. 4, p. 7-15; São Paulo, 2015.

DIB, J.E; FERREIRA, M.S; GUEDES, K.P; TAVARES, P.G; DIB, B.E.M. Tumor odontogênico ceratocístico em mandíbula: relato de caso.**Rev. RFO, Passo Fundo**, v. 17, n. 2, p. 212-217, 2008.

GUERRA, L.A.P;|PRISCILLA, F.S;|SANTOS, L.O.S;| SILVA, A.M.F; ALBUQUERQUE, D.P; Tratamento conservador de múltiplos tumores odontogênicos ceratocísticos em paciente não sindrômico.**Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facv.**13, n.2, p. 43-50 ,2013.

GÜMÜŞOK, M; ALKURT, M.T; MUSEYIBOV, M; ÜÇOK, Ö; Evaluation of keratocystic odontogenic tumors using cone beam computed tomography. **J Istanbul Univ Fac Dent.** n. 50, vol. 3, p.32–37 2016.

LIRA AAB, CUNHA BB, BRITO HBC, GODOY GP, QUEIROZ LMG. Tumor odontogênico ceratocístico. **Rev Sul-Bras Odontol.** V. 1. n. p. 290-297, 2010.

LOPES, L.O; OLAVARRIA, A.F; LAGARES, D.T; FIGALLO, M.A.S; OYAGUE, R.C; EGEEA, J.J.S; PEREZ, J.L.G; Reduction rate by decompression as a treatment of odontogenic cysts. **Rev. MED ORAL PATOL ORAL CIR BUCAL** Sep 1;22(5):e643-e650. doi: 10.4317/medoral.. 2017.

MENDONÇA, J.C.G; MASOCATTO, D.C; JARDIM, E.C.G; OLIVEIRA, M.M; SILVA, H.C.L; MANRIQUE, G.R; MELO, R.L; tumor odontogênico queratocístico associado a 3º molar ectópico: relato de caso. **J. Arch Health Invest.** v. 3, n 4, p. 25-31, 2014.

MONROY, E.A.C; Análise imunoexpressão de Oct-4 e CD44 em lesões odontogênicas epiteliais benignas. **(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da UFRN) Natal-RN 2016.**

MOURA, B.S; CAVALCANTE, M.A; HESPANHOL, W; Tumor odontogênico ceratocístico. **Rev. Col. Bras.;** n. 43, v.6, p. 466-471, 2016.

NOGUEIRA, A.S; OLIVEIRA, K.R; TUCUNDUVA, R.M.A; CARVALHO, I.M.M; GONÇALVES, E.S; CAVALCANTE, R.B; A importância dos exames imagiológicos no diagnóstico e controle de tratamento do tumor odontogênico queratocístico: relato de três casos. **Rev. ABRO,** v.13, n.2, p. 55-72. 2012.

OLIVEIRA, H.C.C; CHAVES, H. D.M; RODRIGUES, M.T.V; PINTO, J.M.V. NÓIA, C.F. Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.,** Camaragibe v.14, n.1, p. 15-20, 2014.

Rezende, F.C.B; Dias, M.A; Tumor Odontogênico Queratocisto: Relato de caso Tumor odontogênico Queratocístico. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde,** v.. 8 n.4, p. 938-941. 2016.

RODRIGUES, N.A.S; OLIVEIRA, E.C; MACAS, L.E.V; FERREIRA, J.L; Ceratocisto odontogênico – relato de caso. jornada odontológica dos acadêmicos da católica – **JOACQUIXADÁ.** 2017.

SANTOS, I.L.L; BARBOSA, I.S; ARAÚJO, M.D.A; Abordagens terapêuticas para o tumor odontogênico ceratocístico.jornada odontológica dos acadêmicos da católica – **JOAC QUIXADÁ**, v. 2, n. 2, 2016.

SANTOS, R.S.L; RAMOS-PEREZ, F.M.M; SILVA, G.K.A; ROCHA, A.C; PRADO, J.D; PEREZ, D.E.C; Odontogenic keratocyst: the role of the orthodontist in the diagnosis of initia lesions.**BY THE AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTISTS**. n. 152, vol. 4, p. 553-556 2017.

SOLUK-TEKKEŞİN; WRIGHT;**THE WORLD HEALTH ORGANIZATION CLASSIFICATION OF ODONTOGENIC LESIONS: A SUMMARY OF THE CHANGES OF THE 2017** (4th) Edition. 2017.

SOUSA, F.A.C.G; VIEIRA, E.M.M; KANTORSKI, K.Z; ROSA, L.E.B;Queratocisto odontogênico: um estudo retrospectivo.**Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe v.10, n.1, p. 43 - 482007.