



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Cisto dentífero infectado: relato de caso clínico

Infected dentigerous cyst: clinical case report

DOI: 10.55892/jrg.v7i14.1054

ARK: 57118/JRG.v7i14.1054

Recebido: 05/03/2024 | Aceito: 12/05/2024 | Publicado on-line: 13/05/2024

Larah Gabrielly Alcântara Amaral da Costa

<https://orcid.org/0009-0006-1867-0610>

<http://lattes.cnpq.br/1462060797064121>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO, Brasil

E-mail: larah.costa@fug.edu.br

Gustavo Rocha Vita

<https://orcid.org/0009-0009-12287401>

<http://attes.cnpq.br/0095994125599212>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

E-mail: gustavo.vita@pucgoi.edu.br

Geovanna Souza Lima

<https://orcid.org/0009-0005-2243-6221>

<http://lattes.cnpq.br/3066588158988090>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO, Brasil

E-mail: geovannasouzalima7@gmail.com

Jorge Luiz Vieira Pereira Junior

<https://orcid.org/0009-0007-1390-8818>

<http://attes.cnpq.br/3917902731163950>

Centro Universitário Unigoyazes. Trindade-GO, Brasil

E-mail: jorgeluz.junior@unigoyazes.edu.br

Guilherme Ribeiro de Queiroz

<https://orcid.org/0009-0002-5451-9783>

<http://lattes.cnpq.br/9014427-484866391>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

E-mail: guilherme.queiroz@pucgoi.edu.br

Leonardo Araújo de Andrade

<https://orcid.org/0000-0002-4363-5044>

<http://lattes.cnpq.br/1703923648295799>

Universidade Paulista, GO, Brasil

E-mail: leonardo.andrade@docenteunip.br

Cláudio Maranhão Pereira

<https://orcid.org/0000-0001-5511-0387>

<http://lattes.cnpq.br/4975282873806771>

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

E-mail: claudiopereira@pucgoias.edu.br



Resumo

O cisto dentífero pode ser definido como uma lesão cística envolvendo a coroa de um dente incluso, estando este ligado a junção amelocementária. Clinicamente é observado por um aumento de volume assintomático, sendo geralmente descoberto pelo exame radiográfico de rotina ou pela investigação de dente não erupcionado. Eventualmente, mesmo estando envolvendo a coroa de dentes permanentes em desenvolvimento, estas lesões podem ter associação com dentes decíduos cariados ou com pulpites, fato este que pode infectá-lo causando dor e aumento de volume. Radiograficamente se apresenta como uma lesão radiolúcida unilocular em torno de um dente incluso. Neste trabalho apresentamos um caso clínico de um paciente com cisto dentífero infectado em região posterior de mandíbula, tratado cirurgicamente por meio de enucleação. Paciente do gênero masculino, 7 anos de idade, compareceu a Clínica Odontológica com queixa de aumento de volume na região posterior direita da mandíbula. Após exame radiográfico panorâmico e tomografia computadorizada foi realizada uma biópsia para confirmação do diagnóstico de Cisto Dentífero Infectado. Diante do quadro clínico e radiográfico, o plano de tratamento instituído foi a enucleação do cisto, para permitir a erupção dos sucessores permanentes.

Palavras-chave: Cisto dentígero. Radiografia. Tratamento. Biopsia. Enucleação.

Abstract

The infected dentigerous cyst can be defined as a cystic lesion involving the crown of an included tooth, which is linked to the cemento-enamel junction. Clinically, it is observed due to an asymptomatic swelling and is usually found by routine radiographic examination or by investigation of unerupted teeth. Radiographically, it appears as a radiolucent unilocular lesion around an embedded tooth. Thus, this work presents a clinical case of a patient with infected dentigerous cyst in the posterior region of the mandible, treated surgically through enucleation. A 7-year-old male patient attended the Clínica Imagem Dental, Brazil, with a complaint of enlargement in the right posterior region of the mandible and by an orthodontist, he did not have facial asymmetry, panoramic radiographic examination and computed tomography. presence of a lesion which has undergone a biopsy for confirmation and for the direction of treatment. In view of the clinical and radiographic picture, the treatment plan established was incisional biopsy and cyst enucleation, to allow the eruption of permanent successors.

Keywords: *Infected dentigerous cyst. Lesion. Radiography. Treatment. Biopsy. Enucleation*

Introdução

O cisto dentígero é o cisto de maior expressão dentre os cistos odontogênicos de desenvolvimento. Caracteriza-se por uma cavidade patológica revestida por epitélio a qual apresenta no interior um material fluido. São originados de restos epiteliais de Malassez que frente a um estímulo de origem química, traumática ou infecciosa, se proliferam e formam essas lesões. Como as células epiteliais se nutrem através da difusão do líquido tissular a partir do tecido conjuntivo adjacente, aquelas que se localizam centralmente, passam a ter deficiência de nutrição e terminam por degenerar-se, o qual forma o cisto¹.

O Cisto Dentígero é bastante frequente frente aos cistos odontogênicos de desenvolvimento, sendo o segundo entre todos que ocorrem nos maxilares, representando cerca de 20% de todos os cistos revestidos por epitélio nos ossos gnáticos. É uma lesão benigna, relacionada ao epitélio odontogênico da coroa de um dente que por algum motivo está tendo demora em sua erupção. Se origina da separação do folículo que fica ao redor da coroa do dente em questão, formando uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte e o esmalte do dente, a qual é preenchida por fluido cístico. Aparece com mais frequência nas três primeiras décadas de vida, tendo mais predileção pelo gênero masculino e acomete mais região anterior da maxila².

De maneira geral, são descobertos em exames radiográficos de rotina ou pela demora na erupção de um dente, já que no seu início costumam ser assintomáticos. Assim sendo, os cistos dentígeros não são autolimitantes, podendo atingir grandes proporções o que pode ocasionar na assimetria facial, parestesia e apinhamento dentário³.

Radiograficamente é apresentado por uma imagem radiolúcida unilocular bem definida, circundando a coroa de um dente impactado. Podendo ser dividido em central, lateral ou circunferencial. Este cisto pode provocar deslocamento e reabsorção de dentes adjacentes. Eventualmente, pode ser confundido com espaço do folículo pericoronário^{4,5,6}.

O tratamento do cisto dentígero é por meio da sua enucleação, com a remoção do dente não irrompido associado ao caso. No entanto, se a erupção do dente envolvido for considerada possível, o dente pode ser mantido após a remoção do cisto^{7,8}.

O presente trabalho tem por objetivo relatar o caso de um paciente que apresenta um cisto dentígero infectado na região anterior de mandíbula, bem como apresentar os aspectos relacionados à etiologia, característica clínicas, radiográficas e histopatológicas, opções de tratamento e prognóstico para esta patologia.

Revisão de literatura

O cisto dentígero é um tipo de cisto odontogênico, proveniente de restos epiteliais de Malassez. É considerado o mais comum dentre os cistos odontogênicos de desenvolvimento. Sua etiopatogenia pode estar associada a proliferação destes restos epiteliais e ao acúmulo de líquido no espaço folicular de um dente não irrompido após a formação total da coroa. Ainda que o estudo das causas e desenvolvimento não seja totalmente conhecido, considera-se que a proliferação epitelial em torno de uma cavidade preenchida por líquido cresça continuamente por pressão osmótica durante um extenso período de tempo, enquanto o dente associado e impactado não irromper. Se caso esta pressão for eliminada e o dente irrompa, o cisto deixa de ser algo patológico⁹.

Alguns autores relatam que de forma geral tendem a acometer com mais frequência os dentes superiores, isso devido a maior incidência de dentes impactados em maxila quando comparados a mandíbula. Entretanto, a maior parte dos autores relatam como os dentes mais acometidos os terceiros molares inferiores, seguidos pelos caninos superiores. Quanto a faixa etária e gênero do paciente, são mais frequentes na segunda a quarta década de vida em pacientes do gênero masculino e leucoderma^{10,11}.

Clinicamente no início normalmente a lesão é assintomática, salvo em casos de infecção secundária, que pode ser seguida de um inchaço doloroso. São lesões que tendem a evoluir lentamente, ou seja, não são autolimitantes. Podem atingir grandes proporções, chegando em algumas situações a assimetria facial, parestesia e até ao apinhamento dentário. Tal como acontece com outros cistos, o cisto dentígero expande as placas corticais e pode envolver outros dentes, causando danos aos tecidos à medida que evolui de tamanho (Yadavalli Guruprasad, et al. 2013). A literatura destaca que este cisto pode estar relacionado a algumas síndromes, principalmente quando se apresentam de formas múltiplas ou bilaterais, como a Síndrome de Maroteaux- Lamy e a Displasia Cleidocraniana².

Radiograficamente, os cistos dentígeros comumente exibem uma área radiolúcida unilocular bem definida associada a coroa de um dente não irrompido. No entanto, um cisto infectado exibirá bordas mal definidas. Vale ressaltar que cistos dentígeros relacionados a dentes ectópicos dentro do seio maxilar são muito raros^{12,13}.

Haja visto que, os cistos podem estar associados às raízes de um dente decíduo não vital e a coroa de um sucessor permanente não erupcionado. O diagnóstico diferencial neste caso pode ser considerado um odontogênico ceratocisto e ameloblastoma unicístico. Constantemente, os dois ocorrem no molar, região da mandíbula durante o segundo e terceira década de vida, ou seja, mais distalmente e mais tarde na vida do que um cisto dentígero inflamado. Quando o desenvolvimento do cisto é associado com a inflamação que se dá por meio de um dente decíduo não vital deve se fazer remoção da fonte de inflamação. Isto é, extração do dente, é

logicamente a terapêutica básica. A próxima etapa compreende a abertura e drenagem da cavidade cística¹⁴.

Os cistos dentígeros e o tumor odontogênico queratocístico são classificados como cistos de desenvolvimento, entretanto o ameloblastoma como tumor benigno. Outras lesões também podem confundir o diagnóstico do cisto dentígero. Mesmo em menor escala devemos sempre considerar como diagnóstico diferencial o tumor odontogênico adenomatóide, o tumor de Pindborg e o fibroma ameloblástico^{12,15,16,17}.

Histologicamente é formado por uma parede de tecido conjuntivo revestido por 2 a 3 camadas de células epiteliais planas ou cúbicas. Habitualmente não apresentam queratina, mas alguns podem ter essa função, que é um sinal de transformação para outros cistos mais agressivos, por exemplo cistos odontogênicos queratocísticos. Outros podem apresentar restos epiteliais na luz cística indicando que há o desenvolvimento de uma neoplasia benigna, mas de maneira agressiva, como o ameloblastoma^{5,18}.

No tratamento do cisto dentígero a marsupialização e a enucleação são técnicas bastante comum, podendo ser isoladas ou relacionadas. A manobra de descompressão, com utilização de um dispositivo, apresenta-se como opção quando seguida de enucleação, para o tratamento destes cistos de grandes dimensões. Todavia, os critérios para a escolha de uma destas técnicas não são claramente definidos pela falta de estudos exaustivos e de controles adequados. Deve ser considerado para o tratamento deste o tamanho do cisto, a idade do paciente, os dentes envolvidos e o envolvimento de outras estruturas anatômicas. A forma de tratamento a ser escolhida irá depender das características clínico-radiográficas do cisto presente em cada paciente¹⁹.

Vale ressaltar que a aspiração da lesão deve ser feita em todos os casos, pois lesões semelhantes radiograficamente podem ser tumores odontogênicos ou até mesmo lesões vasculares, e não cistos como o esperado. Sendo assim a aspiração do mesmo pode detectar líquido no interior da lesão que pode ser um grande indicativo de cisto, colaborando para hipótese diagnóstica²⁰.

O prognóstico destas lesões é favorável quando se emprega apropriada técnica terapêutica. Ratifica-se que deve ser feita a enucleação completa deste tipo de cisto para que não ocorra a possibilidade de transformação em tumor caso seja feita uma excisão parcial. Além do exame histopatológico, é importante que faça acompanhamento pós-operatório do paciente através de radiografias periódicas por no mínimo dois anos⁵.

Quando se trata de lesões pequenas o prognóstico é favorável já que a eliminação cirúrgica ocorre sem dificuldade e em sua maioria não há recidiva. Quando são grandes, o prognóstico é reservado, pois envolve grande perda óssea e osso muito delgado, havendo o risco de fratura patológica²¹.

Relembrando que os cistos dentígeros tem grande potencial de transformação em outras entidades patológicas de origem odontogênica e que devido a isto o exame histopatológico da parede cística se faz de extrema importância para excluir a possibilidade de degeneração do epitélio caracterizando um ameloblastoma ou carcinoma¹⁶.

Fundamentando se nos achados objetivos, podemos concluir que o cisto dentígero é uma lesão frequentemente encontrada na prática odontológica. Embora seja de uma patologia pouco agressiva e sem sintomatologia clínica, apresenta potencial para atingir grandes proporções, podendo causar grandes transtornos ao paciente².

Relato de caso

Paciente masculino, feoderma, 7 anos de idade, foi encaminhado pelo seu ortodontista para avaliação clínica em decorrência de um achado radiográfico encontrado em uma radiografia panorâmica em região periapical do primeiro molar decíduo inferior direito. Durante anamnese não houve queixa de dor ou incomodo na região. O mesmo também não possui doença sistêmica ou qualquer alteração nas condições da saúde.

Clinicamente foi possível observar um pequeno aumento de volume na associada ao dente (Figura 1). Foi solicitado exames radiográficos panorâmico e tomografia computadorizada para ajudar na hipótese diagnóstica e no planejamento terapêutico. Radiograficamente foi possível observar imagem radiolúcida, mal definida, associada ao periápice do dente 84 e com a coroa do dente 44 em desenvolvimento (Figura 2). Em tomografia computadorizada foi possível observar imagem hipodensa associada a coroa do dente 44 em desenvolvimento, causando deslocamento do germe do dente 45, reabsorção da raiz mesial do dente 85, além de associação com as raízes do dente 84 (Figura 3 e 4).



Figura 1. Aspecto clínico inicial. Nota-se aumento de volume em região do dente 85.

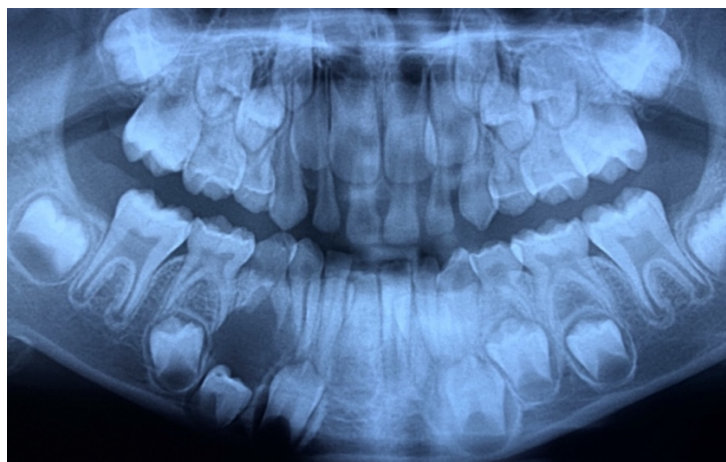


Figura 2. Radiografia panorâmica. Nota-se lesão radiolúcida associada a coroa do dente 44.

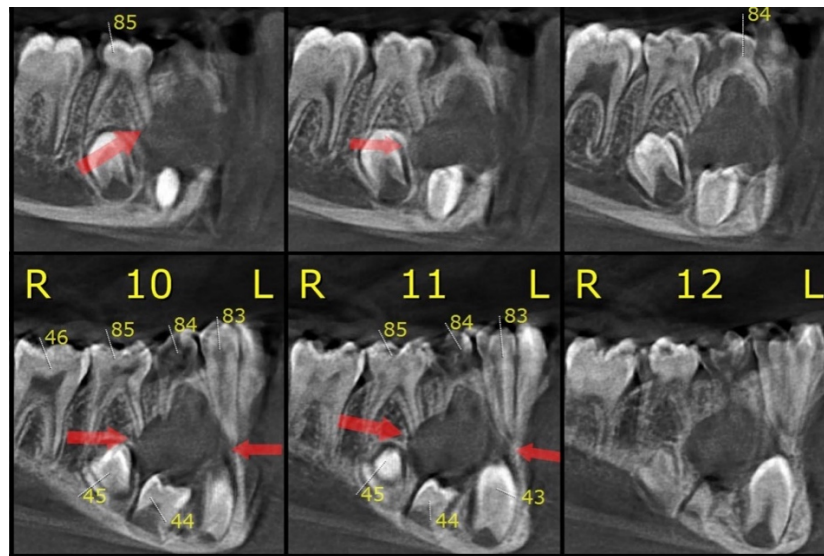


Figura 3. Tomografia computadorizada. É possível observar lesão hipodensa associada a coroa do dente 44 e periápice do dente 85.



Figura 4. Corte axial. Possível observar expansão da cortical e assimetria na região.

Com hipóteses diagnósticas de Cisto Dentígero e Ameloblastoma Unicístico foi realizada uma aspiração para pesquisa de conteúdo líquido seguida de biópsia incisiva (Figura 5). Tal procedimento foi realizado em consultório com anestesia local, em seguida paciente foi liberado e seguindo orientação para ser medicado apenas com analgésico enquanto houvesse dor. Foi coletado pequena quantidade de líquido citrino misturado com conteúdo sanguinolento e um fragmento da cápsula cística (Figura 6 e 7). Em exame histopatológico, foi possível observar capsula de tecido conjuntivo fibroso revestido por epitélio estratificado, associado a intenso infiltrado inflamatório mononuclear chegando ao diagnóstico de cisto dentígero infectado (Figura 8).

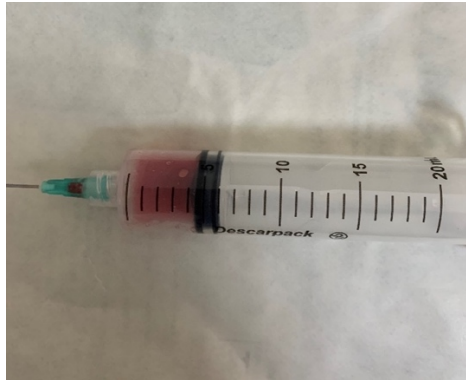


Figura 5. Aspecto do líquido puncionada antes a realização da biópsia incisional.

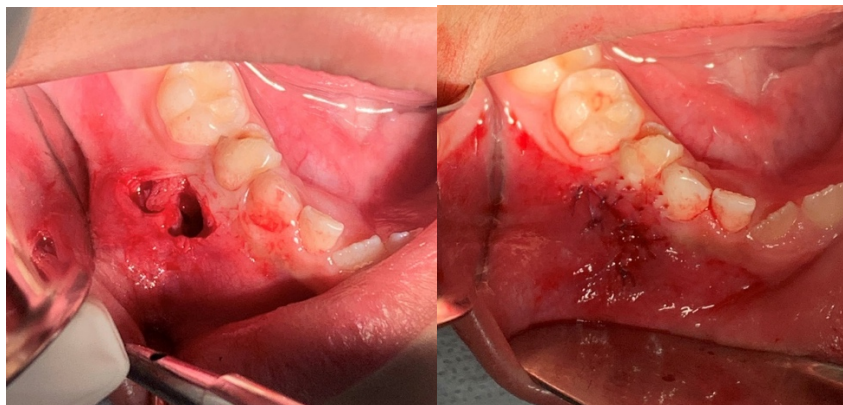


Figura 6. Aspecto trans-cirúrgico e imediatamente após a sutura.

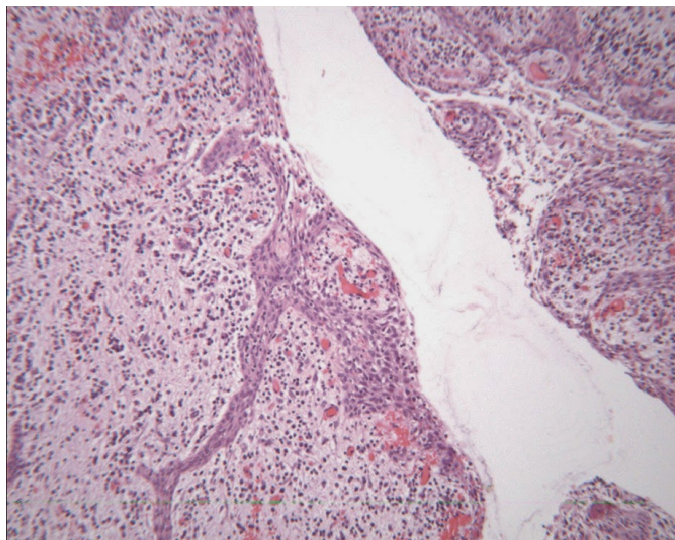


Figura 7. Aspecto histopatológico da lesão. Nota-se cápsula de tecido conjuntivo frouxo, associado a infiltrado inflamatório misto, revestida por camada de tecido epitelial pavimentoso.

Após confirmação diagnóstica, a conduta escolhida foi a biópsia excisional para enucleação de toda lesão. Nesse caso, esse procedimento deve ser realizado em centro cirúrgico com anestesia geral para melhor conforto e segurança do paciente. Após, deve ser feito o acompanhamento desse paciente no pós operatório imediato e a longo prazo, sempre deve ser solicitado novos exames complementares. Este deve ser acompanhado por aproximadamente dois anos a frente, sempre solicitando novas

radiografias para avaliação de qualquer característica que resulta uma possível recidiva. Após quase 1 ano da realização do diagnóstico, em virtude da pandemia, até o presente momento o tratamento não foi realizado. Apesar das inúmeras tentativas, os responsáveis pelo paciente optaram por aguardar o término da pandemia para dar início ao tratamento da lesão.

Discussão

Os cistos do sistema estomatognático apresentam grande importância no contexto das lesões patológicas que acometem o complexo maxilo-facial, sendo necessária a sua identificação e tratamento o mais rápido possível, já que a lesão pode evoluir resultando em problemas de ordem funcional e maiores proporções para o paciente. Estes cistos odontogênicos apresentam grande variação quanto a sua predileção de idade, sexo e localização. Entretanto, os achados clínicos apresentados neste caso, vão de contramão ao que é descrito na literatura, a qual enfatiza que a maior frequência dos cistos odontogênicos ocorrem na maxila e não na mandíbula, avançando mais na região anterior da maxila e posterior da mandíbula, acontecendo com mais periodicidade em indivíduos do sexo masculino^{8,13}.

O cisto dentígero é o cisto odontogênico de desenvolvimento mais frequente. Sua patogenia está associada à proliferação de células odontogênicas derivadas do epitélio reduzido do órgão de esmalte, originados pelos restos epiteliais de malassez, geralmente localizadas às coroas de dentes não irrompidos na sua porção cervical. Porém, existem outras teorias que tentam explicar a origem dos cistos dentígeros, tais como a extrafolicular em que sugere a origem de cistos periodontais apicais em dentes decíduos que vão crescendo e englobando o germe do dente permanente. Outra teoria sugere que os cistos dentígeros tem início sua formação com a degeneração do retículo estrelado durante a aposição de esmalte^{5,22}.

A maior parte da literatura afirma que os cistos dentígeros apresentam-se clinicamente sem sintomatologia, sendo detectados comumente através de exames radiográficos de rotina. Eventualmente, ocorre expansão óssea e assimetria facial, um aumento de volume na região. No descrito no trabalho não houve descrição de sintomas pelo paciente e apenas foi possível observar uma ligeira tumefação associada ao local da lesão.

Podem apresentar aspectos clínicos radiográficos e origens em comuns ao tumor odontogênico queratocístico e o ameloblastoma unicístico. Os cistos dentígeros e o tumor odontogênico queratocístico são classificados como cistos de desenvolvimento e o ameloblastoma como tumor benigno. Assim como descrito na literatura, o principal diagnóstico diferencial do caso relatado foi o Ameloblastoma Unicístico.¹⁶

Em algumas literaturas os autores dizem que outras lesões podem ser confundidas no diagnóstico do cisto dentígero. Em menor escala podemos destacar o tumor odontogênico adenomatóide, o tumor de Pindborg e o fibroma ameloblástico. Outros autores também enfatizam que o cisto dentígero radiograficamente se mostra com uma imagem radiolúcida, estando bem limitada por uma cortical óssea, partindo da porção cervical e envolvendo a coroa de um dente ainda não irrompido. Alguns desses autores informam que a radiolucência inicial do cisto dentígero deve ser de 2,5 mm enquanto outros como Daley e Wysocki (1995) recomendam que se devam considerar estas imagens radiolúcidas como cistos dentígeros quando estas tenham espaço no mínimo de 4 mm. Meszberg (2005) coloca que não se pode estabelecer uma relação que aponte para um diagnóstico conclusivo baseados apenas em imagem radiográfica. Já Adams e Walton (1996) informam que muitas vezes devido

ao folículo pericoronário apresentar-se hiperplásico, pode confundir o diagnóstico dos cistos dentígeros. Segundo ele o folículo pode apresentar-se mais volumoso e com espaço pericoronário maior que 3 mm. No caso descrito, apesar da imagem radiolúcida estar associada a coroa do germe do dente 44, a mesma não era bem definida e mantinha associação com o germe do dente 45, assim como causava reabsorção da raiz do dente 85.

Há várias formas de tratamento que se podem ser realizadas, assim como a marsupialização, a descompressão ou a enucleação. O que irá definir o tratamento a ser escolhido é o tamanho da lesão. As lesões menores podem ter uma certa dificuldade em serem removidas cirurgicamente. As lesões maiores podem ser tratadas com a colocação de um dreno ou com a marsupialização. Tendo casos que é necessário a enucleação da lesão em centro cirúrgico com anestesia geral, como no caso clínico em questão.

O prognóstico para este tipo de lesão é bom quando se retira completamente a cápsula cística, devendo ser feita a enucleação total deste tipo de cisto para que não ocorra a possibilidade recidiva ou até mesmo de transformação em tumor, do tipo carcinoma mucoepidermóide caso seja feita uma excisão parcial^{12,21}.

Conclusão

O cisto dentígero é uma organização patológica que exige do cirurgião dentista uma boa avaliação e minucioso diagnóstico. É necessário também que seja feito um plano de tratamento adequado para que se possa ter sucesso no caso e assim cessar toda lesão.

A realização do diagnóstico e tratamento precoce é de extrema importância para um melhor prognóstico, já que essa lesão pode tomar grandes proporções e comprometer estruturas nobres como nervos, cavidades ósseas entre outras, pode até mesmo comprometer dentes adjacentes. Quanto ao tratamento é necessário individualizar de acordo com a necessidade e perfil de cada paciente. Deve se avaliar estruturas envolvidas, partes adjacentes acometidas e dimensão da lesão.

Referências

- 1 Hécio Henrique Araújo de et al. Cisto Dentígero Bilateral em Mandíbula: relato de caso. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]. 2011, vol.11, n.1, pp. 55-58. ISSN 1808-5210.
- 2 CALIENTO, Rubens; MANNARINO, Francesco Salvatore and HOCHULI-VIEIRA, Eduardo. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. Rev. odontol. UNESP [online]. 2013, vol.42, n.6, pp.458-462. ISSN 1807-2577.
- 3 MARCOS ANTONIO DA SILVA, TIAGO NOVAES PINHEIRO, FRANCISMAR ZAMBERLAND RAUSCH. Cisto dentígero: revisão de literatura e relato de caso. Dentigerous cyst: literature review and case report.
- 4 FREITAS, L. Radiologia bucal: técnicas e interpretação. 2. ed. São Paulo: Pancast, 2000.
- 5 TAMI-MAURY, I.L. et al. Quiste Dentígero: revisión bibliográfica y presentación de un caso. Acta Odontológica Venezolana, v.38, n.2, jun, 2000.

- 6 FERREIRA, C.L.C. et al. Cisto Dentífero em paciente odontopediátrico: revisão de literatura e relato de caso clínico. Revista Naval de Odontologia On Line, v.1, n.2, 2007.
- 7 MURAKAMI, S. et al. Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst : case report. Pediatric Dentistry, v.17, n.5, p.372-374, 1995.
- 8 NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral & Maxilofacial. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1998.
- 9 Jena AK, Duggal R, Roychoudary A, Prakash H. Orthodontic assisted tooth eruption in a dentigerous cyst: a case report. J Clin Pediatr Dent. 2004 Fall;29(1):33-5. PMID:15554400.
- 10 BARROS, V.M.R. et al. Descompressão e enucleação de cisto dentífero mandibular. Revista APCD, v.57, n.4, jul./ago 2003.
- 11 Goaz PW, Stuart CW. Cysts of the jaws. Oral radiology, principles and interpretation. 3rd ed. St Louis: Mosby; 1994.
- 12 LIMA, G.M. et al. Detecção da proteína p53 em cistos odontogênicos e ameloblastoma unicístico. Revista Cirurgia Traumatologia Buco Maxilo Facial, v.6, n.1, p.47-54, jan./mar 2006
- 13 ZUKOVSKI, C.P. Complicações no diagnóstico de um cisto dentífero: relato de um caso. Monografia. Maringá: Uningá, 2006.
- 14 V. Kozelj, 1 and B. Sotosek, Inflammatory dentigerous cysts of children treated by tooth extraction and decompression—report of four cases -2000
- 15 ADAMS, A.M.; WALTON, A.G. Case report. Spontaneous regression of a radiolucency associated with an ectopic mandibular third molar. Dentomaxillofac. Radiol., v.25, n.3, p.162-164, 1996.
- 16 LIMA, L.H.M.A. et al. Cisto dentífero: enucleação total do germe dentário em paciente com sete anos de idade. Revista Brasileira de Patologia Oral, v.4, n.2, p.94-98, 2005.
- 17 NONAKA, C.F.W. et al. Tumor odontogênico adenomatóide associado a cisto dentífero: relato de um caso incomum. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.73, n.1, jan./fev, 2007.
- 18 Daley TD, Wysocki GP , Pringle GA. The relative incidence of odontogenic tumors: oral and jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994; 77: 276-280
- 19 Shivaprakash P, Rizwanulla T, Baweja DK, Noorani HH. Save-a-tooth: Conservative surgical management of dentigerous cyst. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 2009 Jan-Mar;27(1):52-7. PMID:19414976.

- 20 Ertas Ü, Yavuz S. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. J Oral Maxillofac Surg. 2003 Jun;61(6):728-30. PMID:12796888.
- 21 ALLAIS DE MAURETTE, M. et al.. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos: relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. Acta Odontológica Venezolana, v.45, n.1, p.109-112, 2007.
- 22 SANTOS, J.S. et al. Cisto dentígero em pacientes geriátricos: relatos de dois casos clínicos com acompanhamento de 5 anos. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v.47, n.3, p.163-167, 2006.