



B1

ISSN: 2595-1661

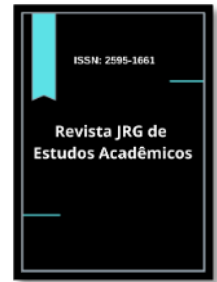
ARTIGO ORIGINAL

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

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

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



Cisto odontogênico calcificante com apresentação clínica e radiográficas atípicas: relato de caso clínico

Calcifying odontogenic cyst with atypical clinical and radiographic presentation: a case report

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1967

ARK: 57118/JRG.v8i18.1967

Recebido: 08/03/2025 | Aceito: 23/03/2025 | Publicado *on-line*: 24/03/2025

Gabrielly Lorayne Fernandes de Farias¹

<https://orcid.org/0009-0005-0816-8056>

<https://lattes.cnpq.br/2839606164220674>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

E-mail: gabrielly.lfarias@unigy.edu.br

Vanessa Xavier da Silva Fernandes²

<https://orcid.org/0009-0004-1781-1093>

<https://lattes.cnpq.br/0241588317336234>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

E-mail: vanessa.fernandes@unigy.edu.br

Welida Martins dos Santos³

<https://orcid.org/0009-0005-7989-8777>

<https://lattes.cnpq.br/0241588317336234>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

E-mail: welida.santos@unigy.edu.br

Laura Pimenta Alves⁴

<https://orcid.org/0009-0005-2604-9894>

<https://lattes.cnpq.br/1506833291801751>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

E-mail: laura.alves@fug.edu.br

Emanuella Priscilla Magalhães Gomides⁵

<https://orcid.org/0009-0003-6812-697X>

<https://lattes.cnpq.br/7399587000476818>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

e-mail: emanuella.gomides@unigy.edu.br

Eleomara Melin⁶

<https://orcid.org/0009-0005-1411-6789>

<https://lattes.cnpq.br/0736938436277957>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

E-mail: eleomara_melin@hotmail.com

Cláudio Maranhão Pereira⁷

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

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

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

E-mail: claudiopereira@pucgoias.edu.br



¹ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

² Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

³ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

⁴ Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

⁵ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

⁶ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

⁷ Doutor em Estomatopatologia, UNICAMP/SP, Professor titular do curso de Odontologia PUC-Goiás e UNIGOYAZES-GO

Resumo

O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) é uma lesão consideravelmente rara que acontece mais em uma faixa de 30 a 40 anos de vida, que ocorre sem predisposição a sexo ou arcadas de acordo com inúmeros artigos e também descrito por Neville, porém a região anterior é o local mais comum. Quase sempre os pacientes não relatam dor ou desconforto e não tem aparecimento no exame físico extra-oral. O Cisto Odontogênico Calcificante não apresenta muitas características nos exames intra e extra-orais, portanto no exame radiográfico que muitas das vezes é a descoberta da lesão a mesma apresenta características como: lesão radiolúcida com pontos radiopacos, unilocular, de limites definidos, margens corticalizadas e podendo ter reabsorção radicular. O cisto se tratado corretamente, ou seja, enucleação cirúrgica a sua chance de recidiva é mínima. O trabalho tem o objetivo de relatar um caso de um paciente no qual as características do Cisto de Gorlin, assim também conhecido, são exatamente como descritas em artigos e estudos científicos.

Palavras-chave: Cisto Odontogênico Calcificante. Lesão radiolúcida com pontos radiopacos. Limites definidos. Reabsorção radicular. Enucleação.

Abstract

Calcifying Odontogenic Cyst (COC) is a considerably rare lesion that occurs more in a range of 30 to 40 years of life, which occurs without predisposition to sex or arches according to numerous articles and also described by Neville, however the anterior region is the most common place. Almost always patients do not report pain or discomfort and do not appear on extra-oral physical examination. Calcifying Odontogenic Cyst does not have many characteristics in intra and extra-oral examinations, therefore in radiographic examination, which is often the discovery of the lesion, it presents characteristics such as: radiolucent lesion with radiopaque points, unilocular, with defined limits, corticalized margins and may have root resorption. The cyst if treated correctly, that is, surgical enucleation, its chance of recidive is minimal. The work aims to report a case of a patient in which the characteristics of Gorlin's Cyst, so also known, are exactly as described in articles and scientific studies.

Keywords: *Calcifying Odontogenic Cyst. Radiolucent lesion with radiopaque spots. Defined limits. Root resorption. Enucleation.*

Introdução

Cisto Odontogênico Calcificante (COC) ou Cisto de Gorlin possui inúmeras classificações e nomenclaturas, este também pode ser conhecido como Tumor Dentinogênico de Células Fantasmas e Tumor Odontogênico Cístico Calcificante (Praetorius et al., 1981; Neville et al., 2009; Felix et al., 2019).

Ele é uma lesão incomum que apresenta grande diversidade histopatológica e comportamento clínico distinto, apesar de serem largamente classificados por autores como um cisto, alguns autores o classificam como uma neoplasia devido ao seu comportamento variável, podendo estar associado a tumores odontogênicos como o Ameloblastoma (Cerqueira et al., 2002; Felix et al., 2019).

Esta lesão é comum em adultos jovens, na faixa etária dos 30 anos de idade e, na literatura, não apresenta predileção por gênero (Zornosa; Müller, 2010; Fregnani et al., 2003). Clinicamente, o COC manifesta-se como um tumor de crescimento lento,

habitualmente indolor, apresentando maior incidência na região anterior de mandíbula e maxila. Geralmente, ocorre na região medular óssea.

Radiograficamente, o cisto de Gorlin pode aparecer como uma lesão radiolúcida unilocular ou multilocular, com margens bem circunscritas ou mal definidas. Também pode ser observado em associação com dentes irrompidos. Além disso, é possível observar áreas radiopacas irregulares, devido às áreas de calcificação, à reabsorção de dentes adjacentes e à erosão do osso subjacente (Ohata et al., 2018; Gamoh et al., 2017).

Suas características histopatológicas incluem um revestimento epitelial constituído de células basais cuboidais ou colunares, semelhantes a ameloblastos e células das camadas mais superficiais frouxas, semelhantes ao retículo estrelado do órgão do esmalte. O cisto de Gorlin apresenta inúmeras células epiteliais sem núcleo, levemente eosinofílicas, denominadas células fantasmas (Yukimori et al., 2017; Emam et al., 2017).

A distribuição relativa dos COC nos ossos gnáticos leva em consideração a maior prevalência na região de incisivos e caninos da maxila (38%), seguido da região anterior da mandíbula (27%), logo após região de pré-molares maxilares (12%), depois região posterior de mandíbula (10% e 11%) e por fim região de molares maxilares (2%) (Neville et al., 2009).

Demais características observadas incluem a calcificação das células fantasmas e a presença de dentina displásica, que pode estar localizada perto da camada basal do epitélio. Na literatura, como forma de tratamento para o cisto de Gorlin, recomenda-se a enucleação cirúrgica conservadora com curetagem, a fim de evitar as recorrências (Emam et al., 2017).

Este trabalho tem como objetivo descrever um caso atípico de cisto de Gorlin.

Revisão de Literatura

Gorlin (1962) registraram Quatrocentos e onze tumores odontogênicos benignos e cistos odontogênicos do desenvolvimento que foram acompanhados por um período de 15 anos. Destes, oito preencheram os critérios para o diagnóstico de COC. Os casos foram analisados em relação à idade, sexo, local, características clínicas e características radiológicas, enquanto os oito novos casos foram revisados para distribuição e características histológicas.

As recorrências do cisto odontogênico calcificante de acordo com o sexo, a idade, raça e em qual local é mais predisposto. Não tem predileção por raça ou sexo afetando na mesma proporção a maxila e mandíbula, com maior recorrência nas zonas amassadas, e maior incidência em relação ao primeiro molar. Pode ser encontrado em local extraósseo ou intraósseo. As lesões extraósseas são bem definidas e mucosa cor de rosa suave. Por outro lado, as lesões intraósseas produzem vestibular e expansão cortical lingual. O sinal mais frequente é um inchaço de consistência variável, indolor à palpação, que muitas vezes se torna um achado radiográfico (Carvalhosa et al, 2005; Ahmad et al, 2022). O mesmo ressaltou também que radiograficamente havia: imagens radiolúcidas uniloculares e, ocasionalmente, multiloculares são vistas com limites bem circunscritos que contêm áreas difusas de radiopacidades. Em pacientes mais jovens, as lesões podem ser confundidas com um odontoma em desenvolvimento ou Fibro-Odontoma Ameloblástico (Carvalhosa et al, 2005).

É também conhecido como cisto de Gorlin, que foi primeiramente descrito por Gorlin em 1962, é uma lesão odontogênica rara. O COC representa menos de 1,0% de todos os tumores e cistos odontogênicos. A maioria dos AOCs está presente como uma

lesão intraóssea. A contraparte extraóssea representa cerca de 10% do total de casos de AOC. relataram um AOC periférico raro em uma mulher de 48 anos, está documentada uma predileção com a idade média de 48,4 e 53,8 anos. O COC periférico mostra uma distribuição igual na maxila e na mandíbula com a predileção da parte anterior do osso da mandíbula. Tem algumas semelhanças com outras patologias e que o diagnóstico preciso só será feito através do exame histológico (Ahmad et al, 2022; Aithal et al, 2003; Carvalho et al, 1998).

Cisto odontogênico calcificante se assemelha a alguns pontos com o odontoma por seus aspectos radiográficos. O artigo relata um cisto odontogênico calcificante associado a odontoma e um canino permanente incluído na maxila superior, em um homem de 19 anos. O cisto odontogênico calcificante foi descrito pela primeira vez como uma entidade distinta por Gorlin em 1962. A lesão é um tumor odontogênico benigno misto e, embora a maioria dos casos apresente características císticas, alguns são do tipo sólido 15%, e sua rara transformação maligna está bem documentada (Ahmad et al, 2022; Aithal et al, 2003; Gallana-Alvarez, 2005).

Alguns investigadores consideram o COC puramente como uma lesão cística, pelo fato de observar-se, em alguns casos, uma cavidade patológica, contendo material fluido ou semissólido. Entretanto, a maioria dos patologistas acredita que há uma variante neoplásica benigna. Isto é suportado pelo fato de que algumas dessas lesões não são císticas e são localmente destrutivas e agressivas (Cavaliere et al, 2012).

Microscopicamente, o Cisto Odontogênico Epitelial Calcificante, é na maioria dos casos uma lesão cística bem definida com uma cápsula fibrosa e um limitante epitelial de 4 a 10 células. As células basais do revestimento epitelial podem ser colunares ou cuboidais que lembram ameloblastos, e as camadas de epitélio arranjado frouxamente que lembram o retículo estrelado do órgão do esmalte. Outros tipos de tumores odontogênicos, como o Ameloblastoma, Odonto-ameloblastoma, fibroma ameloblástico, Fibro-Odontoma Ameloblástico e Tumor Odontogênico Adenomatóide podem estar associados ao COEC e então o mesmo demonstrar microscopicamente áreas características de tais tumores. Radiograficamente a lesão mostra-se na maioria dos casos unilocular radio transparente bem definida, ainda que ocasionalmente apresenta-se multilocular. Estruturas radiopacas estão presentes em 50% dos casos em quantidades e formas variáveis (Costa et al, 2018).

O cisto de Gorlin manifesta-se como lesão não-neoplásica, indolor, provocando expansão da cortical óssea, podendo exibir perfuração da tábua óssea. No exame radiográfico, observa-se, principalmente, lesão unilocular radio transparente bem definida, ainda que ocasionalmente multilocular. O prognóstico desse tipo de lesão é favorável e, quanto à forma de tratamento, há um consenso entre os autores para a preconização da enucleação cirúrgica. Diante do pressuposto, um caso de COEC é relatado e discutido, desde o atendimento inicial até a completa resolução do quadro em questão (Carvalhosa et al, 2005; Moleri et al, 2002).

Tal artigo nos relata um paciente do sexo feminino, 17 anos, em tratamento no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais da USP, em Bauru, apresentou queixa de cefaleia, visão turva e ausência do dente 18. No exame radiográfico, observou-se área radiolúcida ocupando todo o seio maxilar direito, estando o 18 deixado junto ao assoalho da órbita. A remoção da lesão, com o dente 18, foi realizada sob anestesia geral. O diagnóstico microscópico é compatível com Cisto Odontogênico Calcificante, cisto de Gorlin, sem sinais de malignidade (Hsu et al, 2019).

Relato de Caso

Paciente J.L.S, sexo masculino, 41 anos de idade, melanoderma, encaminhado à clínica de Estomatologia para avaliação de lesão detectada ao exame radiográfico em consulta inicial em uma Unidade Básica de Saúde. Nenhuma queixa de dor ou desconforto foi relatada na anamnese, bem como nenhuma alteração ao exame físico extraoral (Figura 1). No exame físico intraoral, não se observou alteração de volume ósseo e/ou coloração tecidual em região mandibular ou maxilar. (Figura 2)



Figura 1- Vista frontal do paciente



Figura 2- Fotografia intraoral do paciente

Ao exame radiográfico panorâmico, notou-se extensa lesão radiolúcida, unilocular, de limites definidos e margens corticalizadas, estendendo da distal do dente 35 à mesial do dente 44, promovendo discreta reabsorção radicular do dente 35. Sob hipótese diagnóstica de Queratocisto odontogênico (Figura 3).



Figura 3 - Radiografia panorâmica evidenciando nitidamente a lesão na mandíbula

Foi solicitada ao paciente a realização do exame de tomografia computadorizada, na qual se observou uma imagem hipodensa (osteolítica) na mandíbula, estendendo-se da região do dente 36 ausente até a região distal do dente 44, de limites definidos, medindo 19.59mm (altura) x 10.96mm (espessura) em seus maiores diâmetros, exibindo solução de continuidade (ruptura) na cortical óssea vestibular da região posterior direita,

Nota-se deslocamento mesial do dente 35, assim como relação de contato da lesão com o ápice radicular dos dentes 35, 33, 32, 31, 41, 42 e 43, sem sinais tomográficos de reabsorção radicular relacionada. Nota-se ainda relação de íntimo contato da lesão com o forame mental/canal mandibular da região, sem preservação de seus limites corticais. Discreta expansão e adelgaçamento das corticais ósseas vestibular e lingual também foi observada (Figura 4).

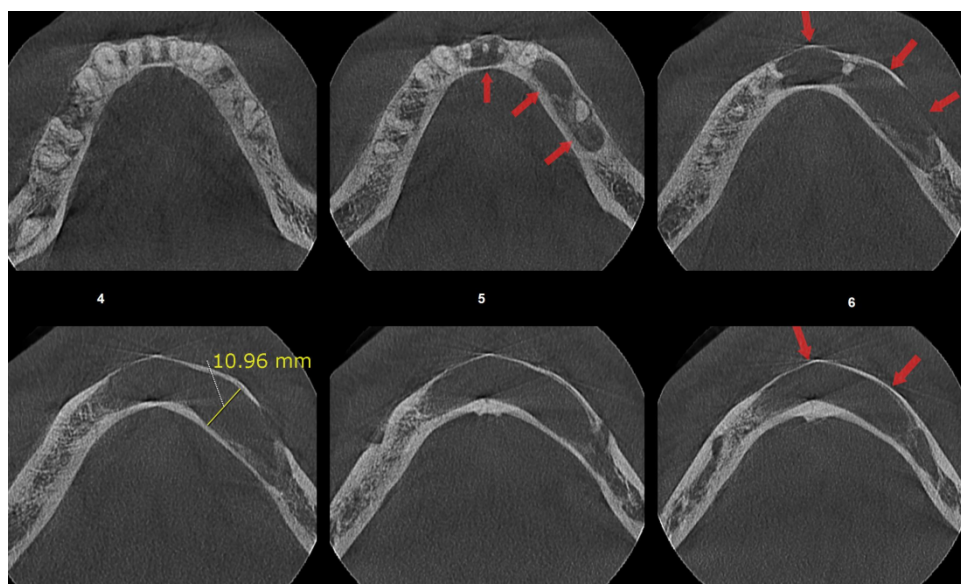


Figura 4 - Cortes axiais referente a Tomografia Computadorizada por feixe Cônico

O paciente foi submetido à biópsia incisional, e os achados histopatológicos revelaram lesão cística formada por cápsula fibrosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado, de origem odontogênica, exibindo de 6 a 10 camadas de células, com células eosinofílicas intra-epiteliais (células-fantasmas), e focos de calcificação dentinóide, compatíveis com Cisto Odontogênico Calcificante (Cisto de Gorlin). Posteriormente, o tratamento endodôntico profilático foi realizado dos dentes envolvidos pela lesão e a lesão removida com margem de segurança. O caso encontra-se sob observação, não sendo observado sinal de recidiva.

A enucleação cirúrgica foi realizada após planejamento cirúrgico, no qual foi decidido fazer uma incisão sobre as papilas de molar a molar e rebater o retalho para ter uma visão ampla, já que a lesão se encontrava em um tamanho significativo. Com o bisturi elétrico foi feito um corte retangular na região (anterior da mandíbula), no qual foi finalizado com o martelo e cinzel para a remoção da tábua óssea, tendo assim o acesso direto à lesão.

Ao encontrar a lesão foi utilizado uma pinça para a remoção cuidadosa da cápsula para que a mesma não fraturasse. Ao fazer a remoção integral da lesão foi utilizado uma broca em alta rotação na loja para maior garantia e sucesso cirúrgico. Não foi utilizado nenhum tipo de material reconstrutor no local, foram feitas as suturas intrapapilares e a cirurgia foi finalizada.

O paciente já estava ciente sobre os cuidados pós operatórios e a necessidade de acompanhamento radiográfico gradualmente. Seus primeiros retornos foram a cada dois meses.

Discussão

O COC foi inicialmente descrito por Thoma em 1917 e 1922 (de Arruda et al., 2018; Ide et al., 2015), sendo associado a um odontoma em seu estudo. No entanto, Thoma não definiu a lesão, deixando essa tarefa para Gorlin em 1962, após analisar 15 casos previamente relatados por diversos autores, incluindo os de Thoma. A partir desse ponto, começaram os estudos utilizando a nomenclatura de cisto odontogênico calcificante (Gorlin et al., 1962; Thinakaran et al., 2012). Até então, o COC havia sido

confundido com várias outras lesões da cavidade oral, como odontomas, cisto dentífero e ameloblastoma, entre outras patologias (Ide et al., 2015).

Atualmente, o COC é reconhecido pela classificação mais recente da OMS de tumores de cabeça e pescoço, que o nomeia como cisto odontogênico calcificante. Ao longo de sua história, essa patologia recebeu várias definições pela mesma entidade, como Tumor Odontogênico Calcificante, quando era considerado uma neoplasia (Tolentino, 2018). Isso evidencia as distintas definições que essa patologia teve ao longo do tempo, causando ainda discussões quanto à sua origem e diagnóstico, especialmente devido às suas características, inclusive quando avaliado histologicamente devido à presença de células fantasmas em seu interior (Ide et al., 2015). Em relação à localização, a mandíbula é mais afetada em pacientes adultos, representando cerca de 65% dos casos de COC, conforme relatado por Santos (2018). No entanto, isso se opõe à literatura clássica, que aponta que as lesões císticas odontogênicas calcificantes ocorrem com frequência quase igual tanto na mandíbula quanto na maxila, sem apresentar predileção. Neste caso relatado a lesão foi unilocular, em mandíbula e com uma discreta reabsorção radicular do dente 35, sem fratura de mandíbula e sem recidiva até o momento, após a enucleação cirúrgica.

O cisto de Gorlin manifesta-se como lesão não-neoplásica, indolor, provocando expansão da cortical óssea, podendo exibir perfuração da tábua óssea. No exame radiográfico, observa-se, principalmente, lesão unilocular radiotransparente bem definida, ainda que ocasionalmente multilocular. O prognóstico desse tipo de lesão é favorável e quanto à forma de tratamento, há um consenso entre os autores para a preconização da enucleação cirúrgica. O COC foi encontrado em uma consulta inicial em uma unidade básica de saúde, logo após ser submetido a exames radiográficos, por ser uma lesão assintomática na maioria das vezes são descobertas desta forma. Foi feita a enucleação cirúrgica que é a remoção integral da lesão, a enucleação cirúrgica é feita geralmente em caso de cistos benignos (Aithal et al, 2003).

O sinal mais frequente é um inchaço de consistência variável, indolor à palpação, que muitas vezes se torna um achado radiográfico (Ahmad et al, 2022). O mesmo ressaltou também que radiograficamente havia: imagens radiolúcidas uniloculares e, ocasionalmente, multiloculares são vistas com limites bem circunscritos que contêm áreas difusas de radiopacidades. O paciente não era ciente sobre a lesão que tinha, pois, como comparado como os artigos a mesma era assintomática e só foi descoberta através da radiografia.

Como forma de tratamento o Cisto de Gorlin tem como indicação a enucleação. Após o exame histopatológico e a confirmação de COC foi feita a enucleação cirúrgica há aproximadamente um ano e até o momento sem sinais de recidiva.

A utilização de enxertos ósseos após a enucleação e curetagem de cistos para restauração de defeitos císticos é um ponto de divergência entre alguns autores (Cao et al., 2022; Chacko et al., 2015). Segundo estudos, não houve diferença significativa entre cistos tratados e não tratados com enxertos ósseos. No entanto, Pelegrini (2020) evidenciou a obtenção de aumento ósseo tridimensional junto com a manutenção de tecidos moles ao utilizar a técnica de tenda. No caso apresentado, utilizou-se enxerto ósseo de origem xenógena para reconstrução da loja óssea, empregando a técnica de tenda.

Considerações Finais

É necessário ter um breve conhecimento sobre os cistos e tumores para que a hipótese e diagnóstico sejam relevantes para o exame histopatológico. Como essa lesão é assintomática e quase sempre sem alterações extraorais, deve-se ter muita atenção nos exames radiográficos de rotina e também para uma correta hipótese e diagnóstica, ou seja, cada lesão tem suas características radiográficas e com um achado precoce da lesão o prognóstico se torna melhor, podendo ser tratado de uma forma menos invasiva. A principal forma de tratamento do COC é a enucleação cirúrgica, que vem a ser a remoção completa da lesão e após isso o acompanhamento deve ser feito periodicamente para acompanhar a regeneração dos tecidos e mesmo com a baixa porcentagem de recidiva, não podemos descartá-la. O paciente foi orientado quanto à necessidade de acompanhamento periódico, no entanto devido à pandemia permanece afastado.

Referências

AHMAD, S. A.; POPLI, D. B.; SIRCAR, K.; HASAN, S. Calcifying odontogenic cyst: report of an uncommon entity with a brief literature review. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology: JOMFP*, v. 26, n. 1, p. 131, 2022. DOI: https://doi.org/10.4103/jomfp.jomfp_358_21.

AITHAL, D.; REDDY, B. S.; MAHAJAN, S.; BOAZ, K.; KAMBOJ, M. Ameloblastomatous calcifying odontogenic cyst: a rare histologic variant. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 32, n. 6, p. 376–378, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0714.2003.00141.x>.

CARVALHO, D. R.; SUGUIMOTO, R. M.; CONSOLARO, A. Cisto odontogênico calcificante associado a dente incluso: relato de caso clínico. *JBC – Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*, v. 2, n. 9, p. 47-49, 1998.

CARVALHOSA, A. A.; TUCCI, R.; STUCCHI, N.; OLIVEIRA, F. A.; SILVA, K. B. G. Cisto de Gorlin: revisão de literatura. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 5, n. 3, p. 291-295, 2005.

CAVALIERI, P. L.; CAVALIERI, R. P.; GONÇALVES, L.; GOMES, L. Tratamento cirúrgico de cisto odontogênico epitelial calcificante. *Revista Brasileira de Cirurgia Craniofacial*, v. 15, n. 2, p. 101-104, 2012.

COSTA, L. C. M.; NETO, J. B. M.; ASSIS, E. M.; GOMES, H. E.; LEITÃO, T. J.; VASCONCELOS, R. R. C. Peripheral calcifying odontogenic cyst: a rare case report. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, v. 10, n. 11, p. e1140, 2018.

GALLANA-ALVAREZ, S. Cisto odontogênico calcificante associado a odontoma complexo: relato de caso e revisão da literatura. *Medicina Oral, Patologia Oral e Cirurgia Bucal*, v. 10, n. 3, p. 243-247, 2005.

GORLIN, R. J.; PINDBORG, J. J.; CLAUSEN, F. P.; VICKERS, R. A. The calcifying odontogenic cyst—a possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe: an analysis of fifteen cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 15, n. 10, p. 1235-1243, 1962.

- GORLIN, R. J.; PINDBORG, J. J.; CLAUSEN, F. P.; VICKERS, R. A. The calcifying odontogenic cyst—a possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe. An analysis of fifteen cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, v. 15, p. 1235–1243, 1962. DOI: [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(62\)90159-7](https://doi.org/10.1016/0030-4220(62)90159-7).
- HSU, H. J.; CHEN, Y. K.; WANG, W. C.; TSENG, C. H. Peripheral calcifying odontogenic cyst with multinucleated giant cell formation. *Journal of Dental Sciences*, v. 14, n. 2, p. 211, 2019.
- MEDEIROS, P. B.; AVELAR, R. L.; NETO, P. J. O.; NETO, I. C. P.; ANDRADE, E. S. S. Cisto de Gorlin: relato de caso e revisão de literatura. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 7, n. 1, p. 59-64, 2007.
- MOLERI, A. B. Comparative morphology of 7 new cases of calcifying odontogenic cysts. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 60, n. 6, p. 689-696, 2002.
- PONTES, H. A. R. et al. Tumor odontogênico cístico calcificante em mandíbula: relato de caso e revisão de literatura. *Revista Paraense de Medicina*, v. 23, n. 1, p. 27-31, 2009.
- REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. *Patologia oral: correlações clinicopatológicas*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2012.
- REYES, D.; VILLANUEVA, J.; ESPINOSA, S.; CORNEJO, M. Odontogenic calcificant cystic tumor: a report of two clinical cases. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 12, n. 2, p. 126-129, 2007.
- SILVA, V. O. et al. Tumor odontogênico cístico calcificante em paciente pediátrico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, v. 15, n. 1, p. 57-59, 2016.
- UTUMI, E. R. et al. Distintas manifestações do tumor odontogênico cístico calcificante. *Revista Einstein*, v. 10, n. 3, p. 366-370, 2012.
- VIEIRA, E. C.; ABBADE, L. P. F.; MARQUES, S. A.; MARQUES, M. E. A.; SOLF, H. O. Síndrome de Gorlin. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 17, n. 3, p. 110-114, 2012.
- WHITE, S. C.; PHARAOH, M. J. *Radiologia oral: princípios e interpretação*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- YEH, T. H.; CHEN, Y. C.; LEE, Y. P.; CHIANG, C. P. Calcifying odontogenic cyst treated by marsupialization and subsequent total enucleation. *Journal of Dental Sciences*, v. 17, n. 2, p. 1076–1078, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jds.2022.02.001>.