

TUMOR ODONTOGÊNICO CERATOCÍSTICO EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Keratocyst Odontogenic Tumor in Mandible: a case report

Jamil Elias Dib *
Mário Serra Ferreira **
Klébio Pereira Guedes ***
Pablo Gimenez Tavares ****
Matheus Branco Elias Dib *****

RESUMO

O Ceracisto Odontogênico apresentava-se como uma forma peculiar de cisto odontogênico obrigando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, a classificá-lo como Tumor Odontogênico Ceratocístico devido ao seu aspecto agressivo e seu potencial de recidiva e malignização. Este artigo apresenta um caso de Tumor Odontogênico Ceratocístico localizado na região mandibular. O tratamento cirúrgico foi realizado em ambiente ambulatorial, sob anestesia local.

UNITERMOS

Ceratocisto; Tumor odontogênico ceratocístico; Cisto odontogênico; Tumor odontogênico.

INTRODUÇÃO

O Tumor Odontogênico Ceratocístico (TOC) é uma lesão que requer considerações especiais devido ao seu comportamento clínico e aspectos histopatológicos específicos.

Possui crescimento lento e indolor, com alto índice de recidiva. Há uma concordância geral de que o TOC se origina de remanescentes celulares da lâmina dentária ou do epitélio reduzido do órgão do esmalte.

Durante muito tempo o TOC foi chamado de Cisto Primordial e Ceratocisto Odontogênico (CO). Em 2005, a Organização Mundial de Saúde alterou o nome de Ceratocisto Odontogênico para Tumor Odontogênico Ceratocístico.

É mais encontrado na segunda e terceira década de vida e a mandíbula é o local de maior ocorrência.

A imagem radiográfica da lesão apresenta-se radiolúcida, podendo ser uni ou multilocular com limite esclerótico fino. Muitas vezes revela imagens radiográficas compatíveis com cisto dentífero, cisto periodontal lateral e ameloblastoma, dentre outros.

O tratamento de eleição é a enucleação completa do cisto, com minuciosa curetagem do osso, porém, em alguns casos podem ser utilizadas outras técnicas cirúrgicas, tais como a descompressão e a marsupialização.

Os autores apresentam o relato de um caso clínico com tratamento embasado na revisão de literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

O primeiro caso de TOC relatado na li-

teratura foi apresentado por Mikulicz, em 1876, sob a denominação de “Cisto Dermóide”. Em 1956, Philipsen introduziu o termo Ceratocisto Odontogênico por apresentar formação de queratina representativa e não ser de origem inflamatória. Este termo refere-se à sua odontogênese (Ramos *et al*¹⁴ 2001).

Pindborg & Hansen, em 1962, citados por Dutra *et al*³ (2002), descreveram as características deste cisto, que por muito tempo foi chamado de Cisto Primordial, gerando uma controvérsia na opinião de alguns autores.

A Organização Mundial de Saúde, em 1971, determinou a sinonímia de Cisto Primordial e Queratocisto Odontogênico para designar um mesmo processo patológico. Em 2005, a lesão foi renomeada como Tumor Odontogênico Ceratocístico (Barnes *et al*¹ 2005).

As modificações na classificação desta lesão, ocorridas no decorrer da história, demonstram a particularidade deste cisto/tumor. Atualmente está classificada como Tumor Odontogênico (Barnes *et al*¹ 2005).

Os Ceratocistos Odontogênicos são cistos de desenvolvimento oriundos dos restos da lâmina dental, do tecido epitelial oral e do desenvolvimento do folículo dentário^{20,2,14,7,10}.

Neville *et al*¹¹ (2004), acrescentaram que o desenvolvimento do Ceratocisto pode estar associado a fatores inerentes, desconhecidos do próprio epitélio, ou à atividade enzimática na cápsula fibrosa.

Já Sokler *et al*¹⁹ (2003), citaram que o modo de crescimento do ceratocisto é diferente de qualquer outro cisto odontogênico, pois estes crescem por diferença de pressão osmótica/hidroestática, ao passo

*Cirurgião Buco-Maxilo-Facial; Mestre em Ciências de saúde; Professor Adjunto UNIRG-TO; Chefe do Serviço de CTBMF – HUANA.

**Cirurgião Dentista; Voluntário CTBMF – Huana. Especializando em Implantodontia.

***Cirurgião Dentista.

****Mestre e Doutor em Patologia; Professor Patologia UNIRG-TO.

*****Acadêmico de Odontologia UNISANTA-SP.

que o ceratocisto, além desta diferença de pressão, está somado à proliferação intensa independente de suas células epiteliais.

A ocorrência deste tipo de cisto varia de 10 a 12% dos cistos que atingem os maxilares¹³, podendo ser encontrados em uma ampla faixa etária, mais comumente em pessoas do sexo masculino, localizando-se, com maior frequência, na região dos molares inferiores e no ramo da mandíbula seguidos da região de pré-molares e depois região anterior^{2,15,18,6,14}. Na maxila é mais comum na região de molares e canino (Lopes Neto et al⁸ 2000).

Schultz et al¹⁷ (2005), citaram que a prevalência do CO pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo que, o pico de incidência encontra-se entre a segunda e terceira década de vida. Kissi et al⁶ (2006), acrescentaram que o gênero masculino é mais acometido pela lesão do que o gênero feminino em uma proporção de 2/1.

Rebello et al¹⁵ (2000), documentaram 255 pacientes acometidos por CO, ratificando as informações obtidas na literatura sobre a taxa de incidência, acrescentando uma segunda faixa entre 55 e 64 anos.

Shultz et al¹⁷ (2005), disseram que a prevalência do CO é particularmente encontrada nos maxilares devido a vestígios dispersos de epitélio da lâmina dental, defendendo a idéia da tendência à degeneração maligna.

O CO apresenta um comportamento invasivo, agressivo, destrutivo e com alta taxa de recidiva, sendo esta última a principal característica desta lesão^{9,13,16,7}.

Shafer¹⁸ (1987), citou que a recidiva está em torno de 13 a 60% e Santos et al¹⁶ (1989), explicaram que a característica agressiva é manifestada pela reabsorção radicular, deslocamento de dentes e fratura patológica.

Em razão do comportamento clínico, o seu tratamento pode ser notadamente importante. Por esta razão os diferentes conceitos terapêuticos visam à prevenção das recidivas, preconizando inclusive a decorização lateral da região da luz cavitária cística com a eliminação do epitélio cístico e uma marsupialização consecutiva (Schultz et al¹⁷ 2005).

Koseoglu & Erdem⁷ (2004), publicaram que a característica marcante de ceratocisto é a sua capacidade de recorrência devido a sua fina e friável membrana, que, se removida parcialmente aumenta a possibilidade de recidiva.

Segundo Sokler et al¹⁹ (2003), 10% dos casos podem estar associados à Síndrome de Gorlin-Goltz e pesquisada

quando o paciente apresenta ceratocistos múltiplos nos maxilares (Pavelié et al¹³ 2004).

Quando pequenos, os COs são assintomáticos, porém os maiores podem causar dor, manifestações neurológicas, drenagem ou tumefação, principalmente se uma das corticais é rompida^{12,5,6,4}. A radiografia panorâmica é precisa para descoberta destas lesões e sua extensão em relação às suas estruturas anatômicas (Oliveira et al¹² 2005).

O CO pode ocasionar ainda extrusão dos dentes, mobilidade e deslocamento no trajeto do feixe vaso-nervoso (Fenyo-Pereira et al⁴ 1992).

A imagem radiográfica do ceratocisto apresenta-se como uma lesão radiolúcida unilocular ou multilocular, esférica ou ovóide, bem evidenciada com cortical marginal definida^{18,11,3,15,12,6}. Pode-se ter como diagnóstico diferencial do cisto dentígero (quando a lesão associada à coroa de um dente), ameloblastoma e fibroma ameloblastico^{11,10}.

Rebello et al¹⁵ (2000), informaram que as imagens radiográficas do CO são bastante comuns às lesões de crescimento lento.

Yonetsu et al²⁰ (2001), concluíram que pela imagem pode ser diagnosticado o CO se tiver características próprias como: cortical bem definida e às vezes interrompida; expansão da cortical óssea e crescimento ao longo do osso mandibular; deslocamento de dentes causando divergência ou reabsorção de raízes e extrusão de dentes erupcionados; lúmen radiolúcido e ocasionalmente embaçado em radiografias panorâmicas.

Segundo Yonetsu et al²⁰ (2001), existem duas variantes de Ceratocistos: uma do tipo paraqueratinizado e a outra ortokeratinizado. Isto o faz duas entidades clínicas completamente distintas sobre o exame histopatológico. Os cistos paraqueratinizados apresentam suas células basais em paliçadas, paraceratinização ondulada e uma aderência falha do epitélio cístico à parede cística. O ortokeratinizado, o epitélio exibe um conteúdo basal do tipo pavimentoso, de granulações proeminentes, e forte tendência de reparo da estrutura queratinizada na luz da cavidade cística.

O CO possui uma cápsula fina e friável, que, na maioria das vezes, é difícil de ser removida do osso sem se fragmentar. A luz do cisto revela um líquido claro ou cremoso (espesso e acinzentado) que ao exame microscópico consiste em resto de ceratina e na parede não apresenta infiltrado in-

flamatório. O limitante epitelial é constituído de uma camada uniforme de epitélio escamoso estratificado, com seis a oito camadas de células de espessura. A camada basal é composta de células epiteliais colunares ou cúbicas, dispostas em paliçadas, muitas vezes hiper cromáticas (Neville et al¹¹ 2004).

Segundo Neville et al¹¹ (2004), o tratamento relaciona-se com o tamanho das lesões; nas pequenas opta-se pela curetagem, enucleação ou ostectomia periférica, e nas lesões maiores frequentemente exigem tratamento mais radical, como a ressecção marginal ou segmentar devido a sua característica recidivante.

Os ceratocistos também podem ser tratados sob diversos métodos incluindo a cirurgia radical, aplicação da solução de Carnoy, crioterapia e a descompressão. A marsupialização isolada ou seguida de cirurgia também tem sido empregada^{7,17}.

Israel et al⁵ (2004), forneceram hipóteses que justificam as recidivas, são elas: a remoção cirúrgica incompleta dos restos epiteliais e conteúdos císticos, ou a presença de ilhotas epiteliais pertinentes a enucleação completa.

A completa remoção do cisto inteiro é difícil, na maioria das vezes, devido à natureza friável e espessura fina da cápsula do cisto. Muitos ceratocistos odontogênicos recidivam cinco anos após a cirurgia. Muitos cirurgiões recomendam a ostectomia periférica da cavidade óssea com uma broca para osso, a fim de reduzir a frequência de recorrência. Outros indicam a cauterização química da cavidade óssea com solução de Carnoy após a remoção do cisto. A injeção de solução de Carnoy na luz do cisto também tem sido usada para soltar o cisto da parede do osso, facilitando a remoção e com taxa de recidiva mais baixa. Após a cistotomia, alguns cirurgiões tratam o ceratocisto odontogênico de grande dimensão pela inserção de um tubo de drenagem de polietileno para permitir a descompressão e subsequente redução do tamanho da cavidade cística. Este tratamento, por descompressão, resulta no espessamento do revestimento cístico, permitindo a remoção com mais facilidade e taxa de recorrência aparentemente mais baixa (Neville et al¹¹ 2004).

A marsupialização consiste na exposição do cisto, através de uma abertura, para promover a descompressão do mesmo, aliviando a pressão intra-cística através de uma comunicação da lesão com o meio bucal (Schultz et al¹⁷ 2005).

Lopes Neto et al⁸ (2000), afirmaram



Figura 1. Aspecto intra-oral da lesão

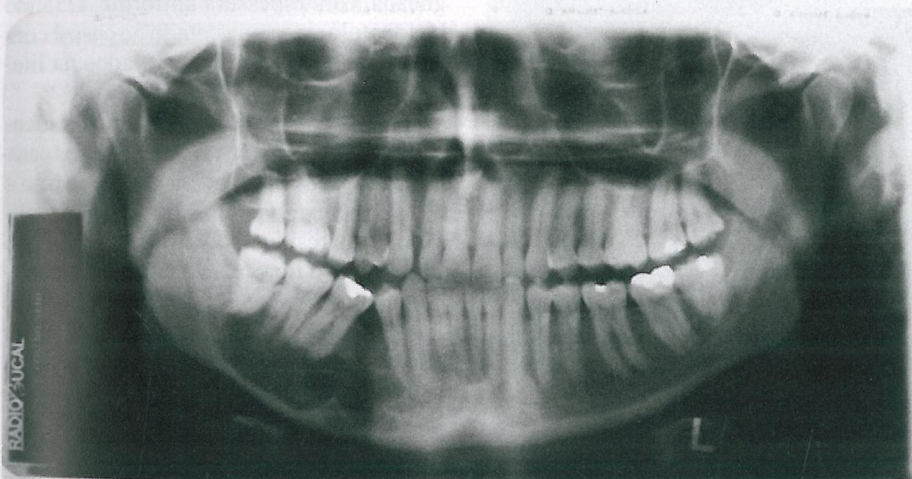


Figura 2. Panorâmica dos Maxilares demonstrando lesão da região apical dos elementos 44, 46, 47, 48.

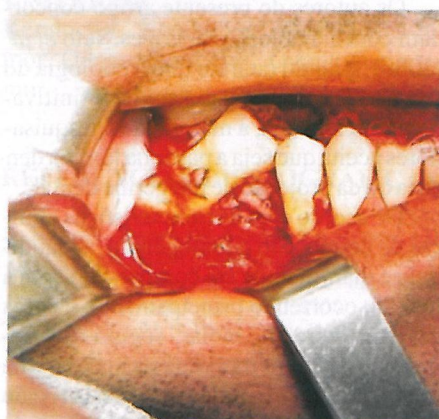


Figura 3. Incisão e descolamento mucoperiosteal. Notar aspecto patológico do osso da região.

que o prognóstico pode ser favorável desde que a membrana cística seja totalmente removida.

Ainda segundo Kissi *et al*⁶ (2006), muitos autores reafirmaram a capacidade de degeneração maligna em carcinoma epidermóide em 2% dos casos e a transformação ameloblástica através dos restos epiteliais.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente J.P.C.N., leucoderma, gênero masculino, 37 anos de idade, apresentou-se com aumento volumétrico na região do processo alveolar da mandíbula.

Ao exame clínico intrabucal notou-se drenagem espontânea de líquido na região entre o primeiro molar inferior e primeiro pré molar (Figura 1).

Realizou-se uma punção com objetivo de coletar material para auxiliar no diagnóstico. O resultado descreveu um material com conteúdo composto de ceratina e infiltrado inflamatório.

Foi solicitada uma radiografia panorâmica dos maxilares, na qual se constatou a presença de uma área radiolúcida na mandíbula, na região de corpo do lado direito associado aos ápices radiculares dos dentes 44, 46, 47 e 48, sugerindo a presença de uma lesão cística (Figura 2).

Diante das características do exame físico, patológico e radiográfico, foi levantada a hipótese de TOC com comprometimento inflamatório.

Encaminhou-se o paciente para o tratamento endodôntico dos elementos 44, 46 e 47 para permitir uma curetagem vigorosa nessa região.

O tratamento proposto foi a enucleação para biópsia excisional da lesão com curetagem severa, preservando o nervo alveolar inferior. Durante o procedimento, observou-se presença de líquido cístico e material granuloso, acinzentado, bem como uma cápsula cística fina e friável, envolvendo todos os espaços e também o nervo alveolar inferior em toda sua extensão (Figura 3).

Após a remoção total da membrana, foi realizada uma ostectomia periférica seguida de apicectomia dos elementos dentários envolvidos (Figura 4). Todo o material removido foi encaminhado para análise histopatológica (Figura 5).

A sutura foi realizada com fio de nylon 000. O processo de cicatrização dos tecidos moles da área acometida pela lesão evoluiu de forma satisfatória.

Foi receitado amoxicilina (500 mg VO

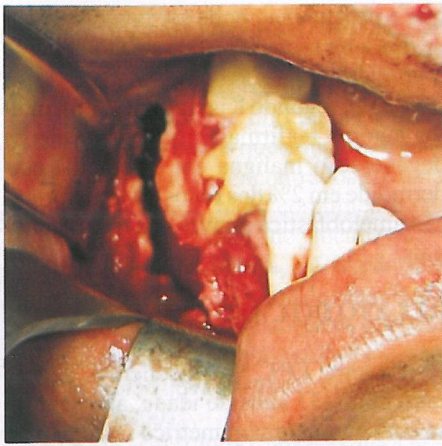


Figura 4. Osteotomia realizada com o objetivo de expor a lesão, permitindo uma curetagem severa acompanhada de osteotomia periférica e apicectomia dos elementos dentários envolvidos.

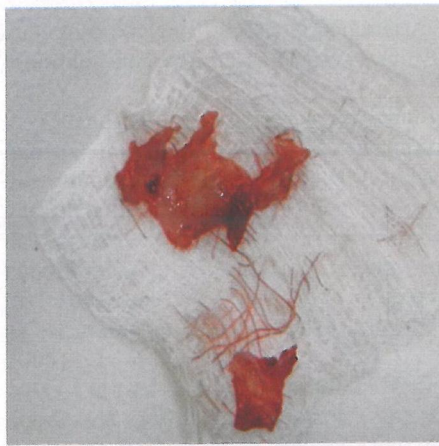


Figura 5. Material enviado para o histopatológico.

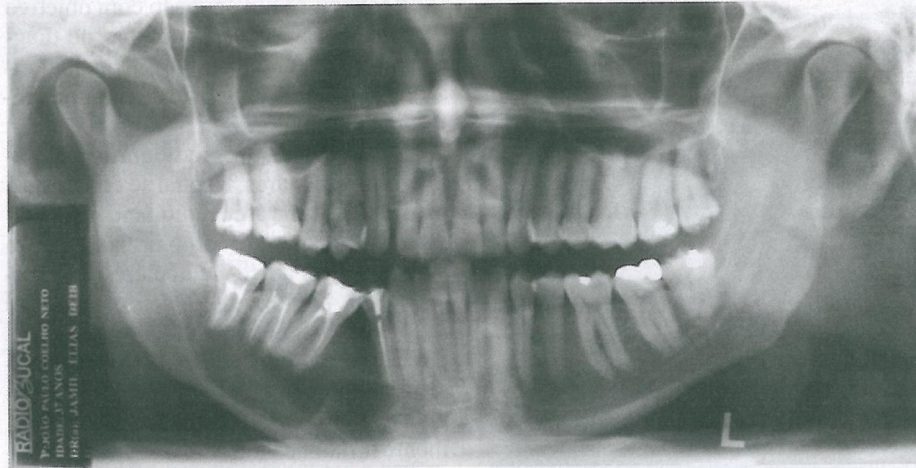


Figura 6. Radiografia panorâmica pós-operatório. Visualizamos a cicatrização da área com neoformação óssea.

8/8 h) e metronidazol (500 mg VO 8/8 h) por sete dias e como medicação de apoio utilizou-se a dipirona e diclofenaco sódico.

O laudo histopatológico da amostragem enviada permitiu a visualização de parede cística fibrótica, de conteúdo ceratótico e parede rota focalmente. O epitélio escamoso que revestia internamente a parede mostrava-se sem atipias. Já o conteúdo cístico consistiu em um denso exsudato inflamatório, grânulo mononuclear e células gigantes multinucleadas fagocitando restos de ceratina.

Uma radiografia panorâmica foi solicitada em três meses de pós-operatório, verificando o processo de cicatrização óssea da região, bordo inferior mandibular mais largo, moderada radiolucidez na área acometida pelo ceratocisto odontogênico e redução aparente da cavidade remanescente. O paciente encontra-se em estado de pro-

servação (Figura 6).

DISCUSSÃO

Os autores do presente artigo concordam com a avaliação de Lopes Neto *et al*⁸ (2000), quando citaram que a etiologia do CO não foi ainda estabelecida definitivamente, sendo que, a maioria dos pesquisadores aceita que seja a partir da lâmina dentária ou da projeção de um germe dental.

De acordo com as características clínicas do ceratocisto odontogênico, a mandíbula é mais afetada em comparação com a maxila, ocorrendo principalmente na área de ramo, terceiro molar, seguido do segundo e primeiro molar. Já na maxila, é na região de terceiro molar seguida da região de canino^{18,16,9}. O caso clínico apresentado está de acordo com a literatura consultada, pois a região afetada foi a mandíbula.

Lopes Neto *et al*⁸ (2000), afirmaram

que não existem manifestações clínicas características do ceratocisto, pois a lesão é assintomática, a não ser que haja infecção secundária. Em relação ao caso clínico apresentado, foi notado, clinicamente, sintomatologia dolorosa, causada pela infecção, e alguns sinais marcantes observados por Shafer¹⁸ (1987) e Oliveira *et al*¹² (2005), tais como, aumento de volume de tecidos moles, expansão do osso, parestesia do lábio e drenagem espontânea de líquido cístico cor palha e cremoso, conforme descrito por Israel *et al*⁶ (2004).

Com relação aos dados histopatológicos Fenyó-Pereira *et al*⁹ (1992), escreveram que os ceratocistos odontogênicos são formados por uma ou mais cavidades, revestidas por um tecido epitelial pavimentoso estratificado, com camada de células polarizadas ou em paliçadas, cúbicas ou colunares, apresentando frequentemente núcleos vesiculares. A superfície de paracelular pode ser corrugada, ondulada ou pregueada, com espessura uniforme. O laudo histopatológico apresentado no caso é compatível com os dados encontrados na literatura.

Kissi *et al*⁶ (2006), chamaram a atenção para o diagnóstico diferencial dos ceratocistos entre outras lesões císticas como o cisto folicular, ameloblastoma, cisto solitário, cisto residual, cisto periodontal lateral, e ainda o fibroma e o mixoma odontogênico. Lopes *et al*⁹ (2004), acrescentaram que o diagnóstico diferencial deve incluir também o cisto odontogênico calcificante, o tumor odontogênico adenomatóide e o fibroma ameloblástico.

A hipótese de diagnóstico formada foi a de TOC, pois o resultado da punção foi de uma aspiração positiva com líquido esbranquiçado com grande quantidade de ceratina e células inflamatórias. Essa situação não exclui outros cistos odontogênicos, mas é marcante no TOC.

O tratamento e prognóstico dos ceratocistos odontogênicos não refletem um ponto muito crítico de discordância entre os autores pesquisados. Estes dois aspectos estão muito ligados à gravidade e extensão da lesão e ao método terapêutico empregados.

Lopes Neto *et al*⁸ (2000) e Marques *et al*¹⁰ (2006), descreveram um tratamento semelhante ao utilizado no relato de caso, citando a enucleação total da lesão e em seguida minuciosa curetagem do osso. Citaram ainda que a completa remoção da lesão é, na maioria das vezes, uma técnica difícil devido à natureza friável e fina da cápsula cística. O prognóstico é favorável des-

de que a membrana cística seja removida por inteiro.

A enucleação é feita, na maioria das vezes, quando a membrana cística é firme, densa e fibrosa, permitindo a remoção completa da lesão sem se fragmentar (Schultz *et al*¹⁷ 2005).

De acordo com Santos *et al*¹⁶ (1989), quando existe um processo inflamatório superposto, a parede do ceratocisto odontogênico fica mais densa, motivo pelo qual os autores escolheram a enucleação com curetagem no caso descrito.

No caso apresentado realizou-se a osteotomia periférica como manobra para reduzir a frequência de recorrência. Schultz *et al*¹⁷ (2005), citaram outras que podem ser utilizadas, são elas: cauterização com agentes químicos (solução de Carnoy) e a osteotomia periférica.

No caso apresentado, o tratamento endodôntico dos elementos dentários envolvidos na área patológica, foi para aprimorar a curetagem que de acordo com Fenyó-Pereira *et al*¹ (1992), facilita a remoção da lesão.

Fenyó-Pereira *et al*¹ (1992), descreveram ainda que a remoção do tecido ósseo vestibular correspondente possibilita a realização de apicectomia nos dentes envolvidos que receberam tratamento endodôntico.

Lopes Neto *et al*⁸ (2000), estudaram a recidiva dos ceratocistos odontogênicos e relataram que ocorrem geralmente cinco anos após a intervenção cirúrgica. O paciente citado no caso clínico foi informado da possibilidade de recidiva, devendo fazer acompanhamento radiográfico periódico.

Israel *et al*⁵ (2004), citaram alguns fatores que podem estar associados a esta recorrência, que são: presença de cistos satélites que se perdem durante o momento cirúrgico ou cápsula fina e friável dificultando a enucleação sem a fragmentação da lesão.

CONCLUSÃO

Os TOCs são tumores de desenvolvimento epitelial e possuem como característica principal o seu alto índice de recidiva.

Os autores mostraram que este cisto é uma lesão assintomática, quando pequeno, sendo descoberto somente através de exames radiográficos; já os grandes podem causar dor, tumefação, edema e até drenagem espontânea, quando perfuram as corticais ósseas.

Podem ser diagnosticados através de imagens como as radiografias e as tomografias computadorizadas, porém, o diagnóstico definitivo somente ocorre através dos exames histopatológicos.

Podem ser encontrados ou estarem intimamente relacionados com a Síndrome de Gorling-Goltz, quando múltiplos.

O tratamento varia de acordo com o tamanho da lesão.

O padrão histológico não é muito variável, embora as formas ortoceratinizadas e paraceratinizadas devam ser bem distinguidas devido à primeira possuir uma tendência a malignização.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) a classificação do ceratocisto odontogênico foi alterada para Tumor Odontogênico Ceratocístico devido justamente à sua capacidade de malignização e recidiva.

Há necessidade de novos estudos relacionando o TOC dentro da classificação dos tumores odontogênicos, já que os estudos existentes somente os consideram de acordo com a classificação antiga (cistos odontogênicos).

SUMMARY

Odontogenic Keratocyst was presented as a peculiar form of odontogenic cyst forcing World Health Organization, in 2005, to classify it as Keratocyst Odontogenic Tumor due to your aggressive aspect and your potential relapse and malignant tumor. This article presents a case of keratocyst odontogenic tumor located in the mandible area. The surgical treatment was accomplished in ambulatory atmosphere, under local anesthesia.

UNITERMS

Keratocyst, Keratocyst odontogenic tumor, Odontogenic cyst, Odontogenic tumor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes L, Eveson JW, Reichart PA, Sidransky D, eds. World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the head and neck. Lyon: IARC; 2005.
- Chye C, Singhh B. Rapid Cystic Development in Relation With na Impacted Lower Third Molar: A Case Report. Ann Acad Med Singapore 2005;jan; 34(1):130-3.
- Dutra MEP, Oliveira JX, Ferreira ETT, Varoli FP. Aspectos Imaginológicos do Queratocisto odontogênicos e revisão atualizada da literatura. Revista da ABRO 2002;3(1):9-14.
- Fenyó-Pereira M, Sampaio MC, Santiago J,

- Jaeger RG, Freitas A. Queratocisto odontogênico. RGO 1992;mai/jun;40(3):200-13.
- Israel MS, Braga CL, Dias EP. Ceratocisto odontogênico: revisão da literatura e relato de caso. Revista Brasileira de Patologia Oral 2004;jun;53-6.
- Kissi L, Benyahya L, Rifki, A. Lê Keratokyste isole: A propôs d'um cãs. Journal de Ordre des dentistes du Québec 2006sept;43:321-8.
- Koseoglu BG, Erdem BAMA. Odontogenic cysto: a clinical study of 90 cases. Journal of Oral Science 2004;46(4):253-7.
- Lopes Neto FC, Agostinho RM, Cruz FM, Camarra CMS. Queratocisto Odontogênico: Relato de Caso Clínico. HB Científica 2000set/dez;7(3).
- Lopes MWF, Souza GFM, Carvalho EJA, Gondola AO. Aspectos clínico-morfológico do queratocisto odontogênico: relato caso clínico. Odontologia Clin Cientif 2004;jan/ab;3(1):61-5.
- Marques JAF, Neves JLN, Alencar DA, Lemos IM, Marques LC. Ceratocisto odontogênico: relato de caso. Sitientibus 2006;jan/jun;34:59-69.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia: Oral e Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- Oliveira CM, Ribas MO, Farone SG, Barreto E, Lima AAS, Souza MH, Braga AMC. Ceratocisto odontogênico na maxila: relato do caso. Clin Pesq Odontol Curitiba 2005out/dez;2(2):139-43.
- Pavelić B, Valter K, Boras VV, Kataner O, Levanat S, Donath K. Incidence of Odontogenic Keratocysts in patients with gorling-goltz Síndrome according to Age, Gender and Location. Acta Stomatol Croat 2004;38(1):23-5.
- Ramos RQ, Vieira EH, Gabrielli MFR, Hasse PN. Queratocisto odontogênico-revisão da literatura. Revista Paulista de Odontologia 2001 nov/dez;37-40.
- Rebello IC, Segundo NPN, Campos PSF, Azevedo RA, Panella J. Queratocisto odontogênico mimetizando cisto dentífero. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA 2000;jan/jun:68-71.
- Santos GG, Homem MGN, Vieira, WT, Freitas A. Queratocisto de mandíbula. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas 1989 set/out;43(5):255-9.
- Schultz C, Payarola G, Gratz K. Traitement et évolution du Kératokyste odontogéne ricidivant. Rev Mens Suisse Odontostomatol 2005;115:562-5.
- Shafer HL. Tratado de Patologia Bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- Sokler K, Grgurević J, Kobler P. Surgical treatment of odontogenic keratocysts by intraoral postoperative suction. Acta stomatol croat 2003; 37(1):105-8.
- Yonetsu K, Bianchi JG, Troulis MJ, Curtin HD. Unusua CT Appearance in an odontogenic keratocyst of the mandible: case reggort. Am J Neuroradio 2001nov/dez;22:1887-9.

AUTOR RESPONSÁVEL

Mário Serra Ferreira
Avenida 09, Qd 09, Lt 10, Jardim Mirage.
Anápolis-Go
CEP: 75063-320 Telefone: (62) 3321
3487 / 8436 2825
E-mail: mario_serraf@yahoo.com.br

Recebido para publicação: 27/08/2008
Aceito para publicação: 31/10/2008