



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LARISSA MARIA PINHEIRO ALENCAR

**CISTO DENTÍGERO BILATERAL EM MANDÍBULA EM PACIENTE NÃO
SINDRÔMICA: RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2018

LARISSA MARIA PINHEIRO ALENCAR

CISTO DENTÍGERO BILATERAL EM MANDÍBULA EM PACIENTE NÃO
SINDRÔMICA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Área de Concentração: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Orientador: Prof. Dr. Henrique Clasen Scarparo

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A1c ALENCAR, LARISSA MARIA PINHEIRO.
CISTO DENTÍGERO BILATERAL EM MANDÍBULA EM PACIENTE NÃO SINDRÔMICA:
RELATO DE CASO / LARISSA MARIA PINHEIRO ALENCAR. – 2018.
31 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Henrique Clasen Scarparo.

1. Cisto Dentígero. 2. Bilateral. 3. Tratamento. I. Título.

CDD 617.6

LARISSA MARIA PINHEIRO ALENCAR

CISTO DENTÍGERO BILATERAL EM MANDÍBULA EM PACIENTE NÃO-
SINDRÔMICA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em 25/06/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Henrique Clasen Scarparo (Orientador)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

—
Prof. Dr. Alexandre Simões Nogueira
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Roniele Lima dos Santos
Estudante do Programa de Pós-graduação em Odontologia da FFOE / UFC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora, por me abençoarem e estarem sempre à frente do meu caminho e dos meus objetivos.

Aos meus pais, José Jonhson Alves Alencar e Suzana Saraiva Pinheiro Alencar, por acreditarem nos meus sonhos, ajudarem-me à concretizá-los, apoiarem-me descomedidamente. Queridos pais, vocês são fonte de inspiração e alicerce na minha vida.

Aos meus irmãos, Vanessa e David, por estarem sempre ao meu lado, auxiliando-me nos momentos mais difíceis e vibrando com as minhas vitórias, como se fossem suas.

À toda a minha família, em especial aos meus avós queridos Damião Soares, Enedina Saraiva e Tereza Alves, por me acolherem e me amarem como filha, por torcerem para que todos os meus sonhos se realizem.

Ao meu namorado e melhor amigo, Afonso Castro, por trazer paz e felicidade nos momentos árduos, por trazer certeza nos instantes de dúvida, por me amar e comemorar todas as minhas conquistas.

Aos meus colegas de turma, em especial, a minha dupla querida Celina, Thaiany, Yasmim, Amanda Maria, Helane, Sabrina, Priscila, Osias, Mateus Plutarco, Matheus Vasconcelos, Matheus Vieira e Rodrigo, pela amizade, companheirismo e descontração na nossa rotina tão custosa.

Ao meu orientador, professor e amigo Dr. Henrique Clasen Scarparo, exemplo de profissional e de sabedoria.

Ao meu segundo orientador, Dr. Roniele, por me ajudar na construção deste trabalho e me motivar a seguir na área da buco-maxilo-facial.

Ao meu orientador de estágio, Dr. Eduardo Studart, por ter me dado a oportunidade de participar de um projeto tão enriquecedor para a minha vida profissional e pessoal – Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Walter Cantídio.

À todos do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Walter Cantídio – preceptores e residentes, por todos as orientações e conhecimentos passados, e, em especial, aos meus colegas de estágio Thaiany, Priscila, Alessandra, Luanda, Allyson e Mariana, por todos os momentos compartilhados.

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	06
2. ABSTRACT.....	07
3. INTRODUÇÃO.....	08
4. RELATO DE CASO.....	11
5. DISCUSSÃO.....	13
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
7. REFERÊNCIAS.....	17
8. QUADRO.....	21
9. LEGENDAS DAS FIGURAS.....	23
10. FIGURAS.....	25

RESUMO

Dentre os cistos odontogênicos de desenvolvimento, o cisto dentífero é o mais frequente, representando 20,6% dos casos. Geralmente ocorrem em pacientes com faixa etária entre 10 e 30 anos, assintomáticos, de tamanhos variados, podendo expandir a cortical e causar assimetria facial. Dependendo do tamanho, pode ser tratado por marsupialização (Técnica de Partsch), descompressão (Técnica de Thomas, variante da marsupialização) e enucleação. O presente trabalho relata o caso de uma paciente de 51 anos, que procurou atendimento queixando-se de “tenho uma lesão na minha boca que está crescendo”. Ao exame clínico, observou-se assimetria facial bilateral, mucosa de revestimento normal e ausência de sintomatologia. Reformatação panorâmica de tomografia computadorizada mostrou áreas hipodensas circunscritas envolvendo as coroas dos terceiros molares inferiores. A punção aspirativa mostrou líquido amarelo-citrino e o exame histopatológico da biópsia incisiva foi conclusivo para cisto dentífero, bilateralmente. Os dentes envolvidos (38 e 48) foram removidos e aplicou-se a técnica de descompressão por três meses, seguida pela enucleação em ambiente hospitalar, bilateralmente. Após três anos do tratamento, observa-se completa neoformação óssea.

Descritores: Cisto Dentífero; Bilateral; Tratamento.

ABSTRACT

Among the odontogenic developmental cysts, the dentigerous cyst is the most frequent, accounting for 20.6% of the cases. They usually occur in patients with an asymptomatic age range between 10 and 30 years old, of varying sizes, which can expand the cortical area and cause facial asymmetry. Depending on the size, it can be treated by marsupialization (Partsch technique), decompression (Thomas technique, marsupialization variant) and enucleation. This paper reports on the case of a 51-year-old female patient who complained of "I have a lesion in my mouth that is growing". At the clinical examination, bilateral facial asymmetry, normal lining mucosa, and absence of symptomatology were observed. Panoramic reconstruction of computed tomography showed circumscribed hypodense areas involving the crowns of the lower third molars. The aspiration puncture showed yellow-citrine fluid and the histopathological examination of the incisional biopsy was conclusive for a dentigerous cyst, bilaterally. The teeth involved (38 and 48) were removed and the decompression technique was applied for three months, followed by enucleation in a hospital environment, bilaterally. After three years of treatment, complete bone neoformation is observed.

Keywords: Dentigerous Cyst; Bilateral; Treatment.

INTRODUÇÃO

O cisto dentígero ou cisto folicular é o segundo mais frequente dentre os cistos odontogênicos e o mais comum dentre os cistos de desenvolvimento^{1,2,7}. Geralmente ocorrem em pacientes entre a 1º e 3º décadas de vida com discreta predileção pelo sexo masculino. Sua etiopatogenia ocorre a partir do acúmulo de fluidos entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do dente².

Enquanto de pequenas dimensões, são em geral assintomáticos e sem suspeita de sua existência, sendo descobertos em radiografias de rotina quando na investigação de dentes não erupcionados. Quando atingem maiores dimensões, suspeita-se de sua existência pelas alterações faciais que podem ocorrer em função da expansão da cortical óssea. Independentemente das dimensões são sintomáticos quando infectados³.

O sítio mais acometido é a região posterior de mandíbula, principalmente associado aos terceiros molares, e aproximadamente 25% dos casos ocorre na maxila^{4,5}. Geralmente, mostram-se como lesões solitárias, sendo cistos bilaterais ou múltiplos associados à algumas síndromes, destacando-se a síndrome de MaroteauxLamy e a displasia cleidocraniana⁶.

Radiograficamente, o cisto dentígero mostra uma área radiolúcida unilocular, associada à coroa de um dente incluso e com margens bem definidas, podendo apresentar-se nas variantes central, lateral ou circunferencial. Em função do mesmo exibir características radiográficas não específicas, sabe-se que o cisto dentígero pode fazer diagnóstico diferencial com o ameloblastoma unilocular e ceratocisto odontogênico, sendo fundamental a sua comprovação histopatológica^{6,7}.

A remoção do dente associado e a enucleação cuidadosa do componente de tecido mole é o tratamento definitivo na maioria dos casos de cisto dentígero. O tratamento está

geralmente, na dependência do tamanho da lesão. Aquelas consideradas pequenas podem ser removidas em um único momento cirúrgico. As maiores, que envolvem grande perda óssea e adelgaçam perigosamente o osso, são, com frequência, tratados por marsupialização (Técnica de Partsch) ou através da descompressão (Técnica de Thomas, uma modificação da Técnica de Partsch)^{8,9} previamente à enucleação.

Diante disto, o objetivo do presente trabalho é relatar um caso de cisto dentígero bilateral em mandíbula em uma paciente não-sindrômica tratada através de descompressão, seguida de enucleação. Além disso, realizar uma revisão de literatura, sem período de tempo, acerca do acometimento do cisto dentígero bilateral em mandíbula em pacientes não-sindrômicos, relatando as suas principais formas de tratamento.

Para tal, foi realizada uma busca eletrônica de dados, sem período de tempo, utilizando as seguintes bases eletrônicas: PubMed, base de dados Cochrane de revisões sistemáticas, central Cochrane de ensaios clínicos randomizados controlados, Embase e eElectronicJournalCenter, utilizando os descritores “Dentigerous Cyst”, “Bilateral” e “Treatment”, até o mês de abril de 2018.

Os critérios de inclusão englobavam qualquer tipo de estudo em que se realizou tratamento cirúrgico para cistos dentígeros bilaterais em mandíbula em pacientes não-sindrômicos. Os critérios de exclusão foram trabalhos publicados em outras línguas que não a inglesa, trabalhos que não informaram o tipo de tratamento, trabalhos que relatavam casos de cistos dentígeros bilaterais em mandíbula em pacientes sindrômicos, trabalhos que relatavam casos de cisto dentígero bilateral em maxila, trabalhos que não mencionavam casos de cisto dentígero e estudos em animais.

Ao finalizar a busca eletrônica, encontramos 56 referências. Destas, 16 eram em estudos com animais que não a espécie humana, 3 eram casos de cisto dentígero bilateral

em maxila e 8 casos não abordavam cistos dentígeros. Assim, 29 artigos foram eleitos para leitura. Após análise de resumos e leitura dos artigos, foram encontrados 20 artigos que relatavam o tratamento cirúrgico para cistos dentígeros bilaterais em mandíbula em pacientes não-sindrômicos (Figura 1). Estes, foram utilizados para confecção do Quadro 1.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 51 anos, normosistêmica, compareceu ao ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Walter Cantídio encaminhada do Centro de Especialidades Odontológicas para avaliação de lesões em mandíbula, com queixa principal de “*tenho uma lesão na minha boca que está crescendo*”, segundo informa a paciente.

O exame físico extra-oral evidenciou assimetria facial em decorrência de aumento de volume em região de ramo de mandíbula de forma bilateral (Figura 2). À oroscopia, observou-se que a paciente é desdentada parcial.

Exames imaginológicos, como a reformatação panorâmica da tomografia computadorizada, evidenciaram áreas hipodensas uniloculares, de margens e limites bem definidos, associadas aos elementos dentários 38 e 48 (Figura 3). Além disso, a reconstrução sagital da tomografia computadorizada evidenciou adelgaçamento das corticais ósseas vestibular e lingual (Figura 4).

Diante dos achados clínicos e imaginológicos, foram aventadas as seguintes hipóteses diagnósticas: cisto dentífero, ameloblastoma unicístico ou ceratocisto odontogênico.

Procedeu-se com uma biópsia incisional, sob anestesia local, e a peça cirúrgica foi encaminhada para o Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal do Ceará. A análise histopatológica mostrou um epitélio pavimentoso estratificado atrófico com poucas camadas de células e limite epitélio-conjuntivo plano, exibindo espongiose. Além disso, a cápsula fibrosa apresentava inflamação histiolinfoplasmocitária, hemorragia, macrófagos espumosos e células gigantes multinucleadas, associadas a fendas resultantes

da deposição de cristais de colesterol, sendo os dados histopatológicos compatíveis com cisto dentígero inflamado (Figura 5).

Devido ao tamanho das lesões císticas e o envolvimento com estruturas nobres, realizou-se, então, a descompressão das lesões císticas, sendo utilizado sugadores odontológicos como dispositivos que foram devidamente adaptados (Figura 6). No mesmo momento, foram realizadas as exodontia dos elementos 38 e 48. Os dispositivos foram mantidos no local por um período de 3 meses.

Com a redução do tamanho da lesão e a neoformação óssea, evidenciadas com radiografia panorâmica (Figura 7) e tomografia computadorizada (Figuras 8 e 9), realizou-se o procedimento cirúrgico em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. Através de acessos trans-orais bilateral, foi possível expor as lesões e assim proceder com as enucleações (Figura 10). A paciente encontra-se em acompanhamento clínico e imaginológico de 03 anos, sem sinais de recidiva das lesões (Figura 11).

DISCUSSÃO

Os cistos dentígeros são geralmente associados à um dente não-irrompido, sendo mais frequentemente aos terceiros molares inferiores. Outros sítios em que também podem ser observados esse tipo de lesão são os caninos e terceiros molares superiores e os segundos pré-molares inferiores³.

A maioria dos casos relatados compreende pacientes entre a 1º e a 3º décadas de vida, sendo o sexo masculino mais acometido que o sexo feminino⁴.

Clinicamente, cistos de pequenas dimensões são em geral assintomáticos, sendo descobertos em radiografias de rotina. Entretanto, têm o potencial de se tornarem extremamente grandes e causarem expansão e erosão da cortical. Dor e desconforto geralmente não estão presentes, salvo se o cisto estiver infectado secundariamente. Estes cistos também podem provocar deslocamento dentário, maloclusão e assimetria facial^{5,6}.

Dentre os diagnósticos diferenciais de cisto dentígero podemos citar o ameloblastoma unicístico e o ceratocisto odontogênico^{4,13}.

Geralmente, mostram-se radiograficamente como lesões solitárias, sendo cistos bilaterais ou múltiplos associados à algumas síndromes, destacando-se a síndrome de MaroteauxLamy e a displasia cleidocraniana. Ambas as doenças causam alterações no desenvolvimento dentário ou em sua erupção e podem participar no desenvolvimento de múltiplos cistos dentígeros⁷.

Apresentam como característica histológica mais comum a presença de uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo e delgado, com um revestimento epitelial composto por duas ou três camadas de células planas ou cuboidais. Este epitélio é não queratinizado, e a formação de projeções epiteliais só está presente associada à infecção secundária.

Números variáveis de ilhas de epitélio odontogênico podem ser encontrados dispersos no conjuntivo¹⁴.

O protocolo de tratamento padrão para cistos dentígeros é a enucleação e a extração dos dentes envolvidos. A enucleação é a terapia de escolha para cistos de dimensões menores e quando não há continuidade com estruturas anatômicas importantes, pois essa terapia proporciona a possibilidade de um estudo histológico da lesão⁹.

Outras opções de tratamento cirúrgico são a descompressão (Técnica de Thomas) e a marsupialização (Técnica de Parsch), usualmente recomendadas em casos de lesões extensas, pois promovem a redução do tamanho da lesão e uma neoformação óssea^{28,29}. São consideradas técnicas cirúrgicas menos invasivas, pois podem manter o dente impactado em sua cavidade, promover a sua erupção e minimizar o risco de danos a estruturas anatômicas importantes^{8,9}.

A marsupialização, ou Técnica de Partsch, consiste em remover uma janela da lesão e suturar o mucoperiósteo adjacente às margens da parede do cisto. A cavidade resultante é preenchida com gaze, que é removida após sete a dez dias. Se necessário, a gaze é trocada durante esse período. Esta técnica já foi descrita para o tratamento cirúrgico de rânulas e também é usada para o tratamento de cistos ósseos^{8,9}.

Thomas (1947) alterou a Técnica de Partsch. Nesta modificação, uma pequena abertura é feita na lesão cística e um tubo de metal macio ou polietileno para drenagem é inserido e fixado no local. Este procedimento visa reduzir o tamanho do cisto: a abertura do cisto elimina a pressão osmótica e a aposição óssea ocorre gradualmente no local previamente ocupado pela cobertura epitelial do cisto. Esses procedimentos podem ser

usados como tratamento único para um cisto ou como tratamento preliminar para enucleação subsequente^{8,9}.

Em relação aos cistos dentígeros bilaterais em mandíbula, os seus relatos na literatura são extremamente raros na ausência de síndrome ou doença sistêmica, sendo encontrados apenas 20 artigos após a revisão de literatura, sem período de tempo. Dez dos 20 casos de cistos dentígeros bilaterais em mandíbula estavam associados aos terceiros molares inferiores. A faixa etária dos casos notificados variou amplamente, dos 5 aos 57 anos de idade. A idade média dos 10 casos foi de 31,9 anos. Dois deles ocorreram em pacientes com mais de 50 anos de idade. Outra informação importante é que dos 20 casos, 13 acometeram pacientes do sexo masculino.

Dos 20 casos clínicos, 19 apresentaram a enucleação como a forma de tratamento das lesões císticas e em 1 caso o tratamento consistiu em marsupialização associada ao tracionamento ortodôntico. No presente caso, devido a extensão das lesões e após a confirmação histopatológica de cisto dentígero, optou-se pela instalação de um dispositivo descompressivo durante 3 meses.

Segundo um estudo realizado por Lizio, *et al.*, em 2013, que mediu a redução do volume cístico após a descompressão com o auxílio de tomografias computadorizadas, quanto maior o tempo de descompressão, menor o volume da lesão, sendo que com 3 meses de descompressão o cirurgião-dentista já pode proceder com mais segurança a enucleação, reiterando a eficácia do protocolo adotado no serviço.

Outras pesquisas também ressaltaram que a enucleação secundária é mais facilitada após a descompressão, pois esta técnica tem a vantagem de permitir um revestimento cístico mais espessado. Como consequência, irá reduzir a morbidade e aumentar as chances de uma cicatrização completa^{26,30}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser uma lesão rara, o cisto dentígero bilateral em mandíbula em paciente não-sindrômica possui diversas modalidades de tratamento. Dentre elas, a descompressão por 3 meses previamente à enucleação mostrou-se uma modalidade de tratamento eficiente, uma vez que obteve resultados satisfatórios. A paciente do presente caso encontra-se em acompanhamento clínico, sem sinais de recidiva da lesão.

REFERÊNCIAS

- 1 - Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* 2013; 4:1-7.
- 2 - Sridevi K, Kaushik A, Ramaswamy P, Manjula M, Vinod VC, Aravinda K. Dentigerous Cysts of Maxillofacial Region- Clinical, Radiographic and Biochemical Analysis. *Kathmandu Univ Med J* 2015; 13 (49):8-11.
- 3 - De Morais HHA, Dias TGS, Vasconcellos RJH, Vasconcelos BCE, Melo AR, Gondim DA, et al. Bilateral mandibular dentigerous cysts: a case report. *RGO, Rev Gaúch Odontol* 2014. 62 (3):299-304.
- 4 - Chapelle KOM, Stoelinga PJ, de Wilde PC, Brouns JJ, Voorsmit RA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004. 42:381-390.
- 5 - Ustuner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: A case report. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology* 2003. 95 (5):632-5.
- 6 - Ko KSC, Dover DG, Jordan RC. Bilateral dentigerous cysts – report of an unusual case and review of the literature. *J Can Dent Assoc* 1999. 65 (1):49-51.
- 7 - Smith G, Kellman RM. Two dentigerous cysts in the mandible of one patient – case report. *Aust Dent J* 1996. 411 (5):291-3.
- 8 - Tuzum MS. Marsupialization of a cyst to allow tooth eruption: A case report. *Quintessence International* 1997. 28 (4):283-4.

- 9 - De Santana NM, Rebellato NLB, Machado AN. Differences in the treatment of a dentigerous cyst: a systematic review. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac* 2012. 12 (1):85-92.
- 10 - Eidinger GB. Bilateral dentigerous cysts in the child patient. Report of a case and review of the literature. *Univ Tor Dent J* 1989; 2: 20–23.
- 11 - Tsukamoto G, Sasaki A, Akiyama T, Ishikawa T, Kishimoto K, Nishiyama A, et al. A radiologic analysis of dentigerous cysts and odontogenic keratocysts associated with a mandibular third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 743–747. 21.
- 12 - Dunsche A, Babendererde O, Lu ttiges J, Springer ING. Dentigerous cyst versus unicystic ameloblastoma–differential diagnosis in routine histology. *J Oral Pathol Med* 2003; 32: 486–491.
- 13 - Stanback JS. The management of bilateral cysts of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970; 30: 587–591.
- 14 - Callaghan JH. Bilateral impaction of lower third molars in association with bilateral dentigerous cyst formation. A case report. *Glasg Dent J* 1973; 4: 36–38.
- 15 - Burton DJ, Scheffer RB. Serratia infection in a patient with bilateral subcondylar impacted third molars and associated dentigerous cysts: report of case. *J Oral Surg* 1980; 38: 135–138.
- 16 - Swerdloff M, Alexander SA, Ceen RF, Ferguson FS. Bilateral mandibular dentigerous cysts in a seven-year-old child. *J Pedod* 1980; 5: 77–84.
- 17 - Crinzi RA. Bilateral dentigerous cysts of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 54: 367.

- 18 - McDonnell DG. Bilateral dentigerous cysts. A case history. *J Ir Dent Assoc* 1988; 34: 63.
- 19 - O'Neil DW, Mosby EL, Lowe JW. Bilateral mandibular dentigerous cysts in a five-year-old child: report of case. *ASDC J Dent Child* 1989; 56: 382–384.
- 20 - Banderas JA, Gonzalez M, Ramirez F, Arroyo A. Bilateral mucous cell containing dentigerous cysts of mandibular third molars: report of an unusual case. *Arch Med Res* 1996; 27: 327–329.
- 21 - Sands T, Tocchio C. Multiple dentigerous cysts in a child. *Oral Health* 1998; 88: 27–29.
- 22 - De Biase A, Ottolenghi L, Polimeni A, Benvenuto A, Lubrano R, Magliocca FM. Bilateral mandibular cysts associated with cyclosporine use: a case report. *Pediatr Nephrol* 2001; 16: 993–995.
- 23 - Batra P, Roychoudhury A, Balakrishnan P, Parkash H. Bilateral dentigerous cyst associated with polymorphism in chromosome 1qhp. *J Clin Pediatr Dent* 2004; 28: 177–181.
- 24 - Cakarer S, Selvi F, Isler SC, Keskin C. Decompression, Enucleation, and Implant Placement in the Management of a Large Dentigerous Cyst. *The Journal of Craniofacial Surgery* 2011; 22 (3): 922-924.
- 25 - Gao L, Wang XL, Li SM, Liu CY, Chen C, Li JW, et al. Descompression as a Treatment for Odontogenic Cystic Lesions of the Jaw. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 327-334.

26 - Lizio G, Sterrantino AF, Ragazzini S, Marchetti C. Volume reduction of cystic lesions after surgical decompression: a computerised three-dimensional computed tomographic evaluation. *Clin Oral Invest* 2013; 17:1701–1708.

27 - Schlieve T, Miloro M, Kalokythas A. Does Descompression of Odontogenic Cysts and Cystlike Lesions Change the Histologic Diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72:1094-1105.

28 - Chiapasco M, Rossi A, Motta JJ, Crescentini M, Jones J. Spontaneous bone regeneration after Enucleation of large mandibular cyst: radiographic computed analysis of 27 consecutive cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58 (9):942-948.

QUADRO

Quadro 1. Revisão de literatura sem período de tempo sobre cisto dentígero bilateral em mandíbula em pacientes não-sindrômicos.

AUTOR/ANO	SEXO	IDADE	LOCALIZAÇÃO	TRATAMENTO
Myers, et al., 1943	F	19	Terceiros molares	Enucleação
Stanback, et al., 1970	M	9	Primeiros molares	Enucleação
Callaghan, et al., 1973	M	38	Terceiros molares	Enucleação
Burton, et al., 1980	F	57	Terceiros molares	Enucleação
Swerdloff, et al., 1980	F	7	Primeiros molares	Enucleação
Crinzi, et al., 1982	F	15	Terceiros molares	Enucleação
McDonnell, et al., 1988	M	15	Segundo pré- molar e Segundo molar	Enucleação
Eidinger, et al., 1989	M	15	Primeiros molares	Enucleação
O'Neil, et al., 1989	M	5	Primeiros molares	Enucleação
Banderas, et al., 1996	M	38	Terceiros molares	Enucleação
Sands, et al., 1998	F	3	Incisivos centrais e Primeiros molares	Enucleação

Ko, et al., 1999	M	42	Terceiros molares	Enucleação
De Biase, et al., 2001	M	8	Primeiros molares	Enucleação
Shah, et al., 2002	M	39	Terceiros molares	Enucleação
Batra, et al., 2004	F	15	Terceiros molares e Segundo pré- molar	Enucleação
Yamalek, et al., 2007	M	51	Terceiros molares	Enucleação
Fregnani, et al., 2008	M	5	Primeiros molares	Enucleação
Cury, et al., 2009	M	5	Molares inferiores	Enucleação
Ishihara, et al., 2012	M	13	Pré-molares	Marsupialização e Tracionamento ortodôntico
Sanjay, et al., 2015	F	24	Caninos	Enucleação
PRESENTE CASO	F	51	Terceiros molares	Descompressão + Enucleação

LEGENDA DAS FIGURAS

Figura 1. Revisão de literatura.

Figura 2. Aspecto clínico extra-oral.

Figura 3. Reformatação panorâmica da tomografia computadorizada evidenciando áreas hipodensas uniloculares, de margens e limites bem definidos, associadas aos elementos dentários 38 e 48.

Figura 4. Reconstrução sagital da tomografia computadorizada evidenciando imagens sugestivas de lesão expandindo a mandíbula com perfuração focal envolvendo a placa cortical lingual.

Figura 5. Análise histopatológica.

Figura 6. Descompressão das lesões císticas, utilizando sugadores que foram devidamente adaptados.

Figura 7. Radiografia panorâmica após a descompressão.

Figura 8. Tomografia computadorizada de feixe cônico após a descompressão do lado direito.

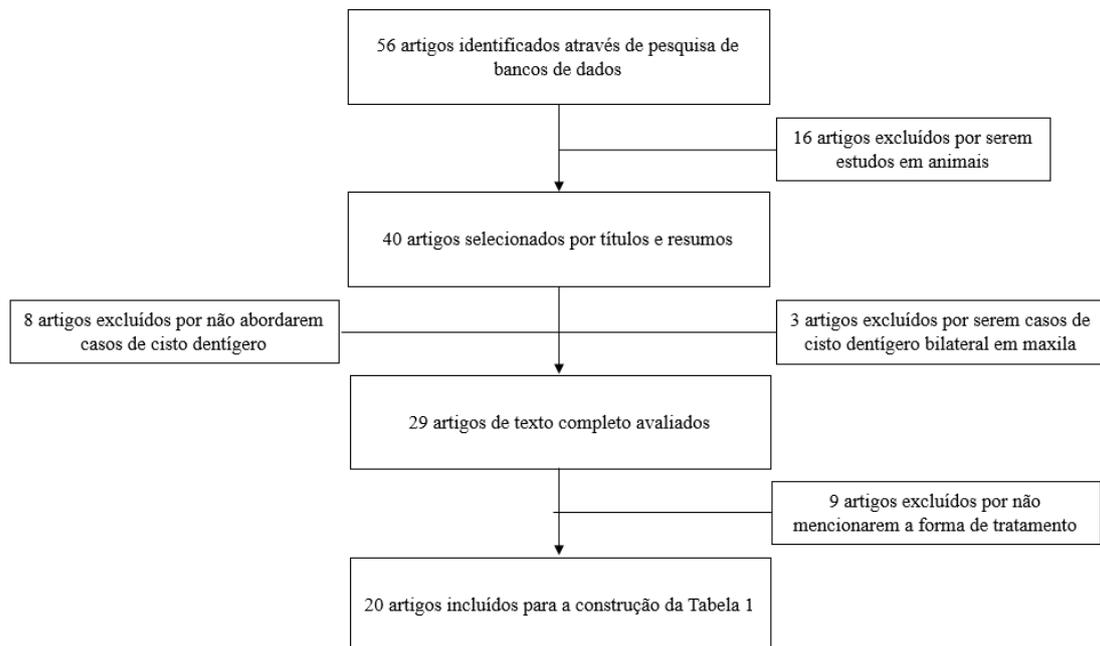
Figura 9. Tomografia computadorizada de feixe cônico após a descompressão do lado esquerdo.

Figura 10. Enucleação das lesões císticas.

Figura 11. Radiografia panorâmica após 3 anos de acompanhamento.

Figura 12. Tomografia computadorizada de feixe cônico do lado direito após 3 anos de acompanhamento.

Figura 13. Tomografia computadorizada de feixe cônico do lado esquerdo após 3 anos de acompanhamento.

FIGURAS**Figura 1.** Revisão de literatura.**Figura 2.** Aspecto clínico extra-oral.

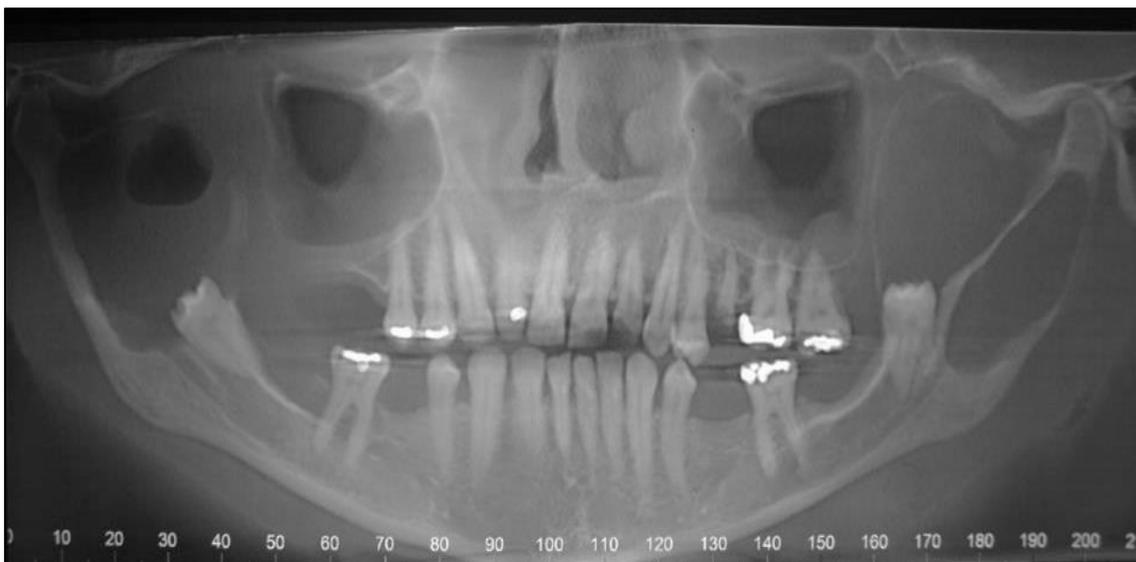


Figura 3. Reformatação panorâmica da tomografia computadorizada evidenciando áreas hipodensas uniloculares, de margens e limites bem definidos, associadas aos elementos dentários 38 e 48.

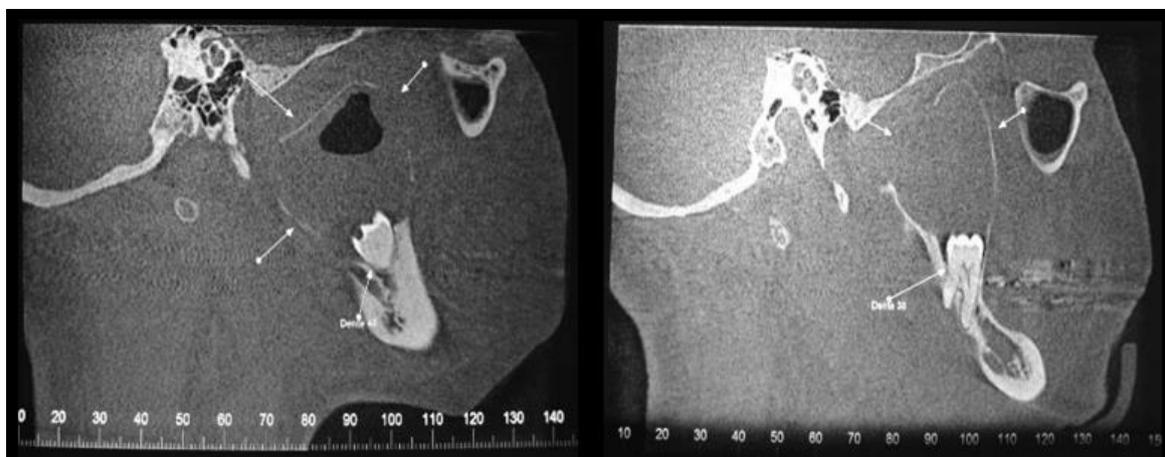


Figura 4. Reconstrução sagital da tomografia computadorizada evidenciando imagens sugestivas de lesão expandindo a mandíbula com adelgaçamento das corticais ósseas vestibular e lingual.

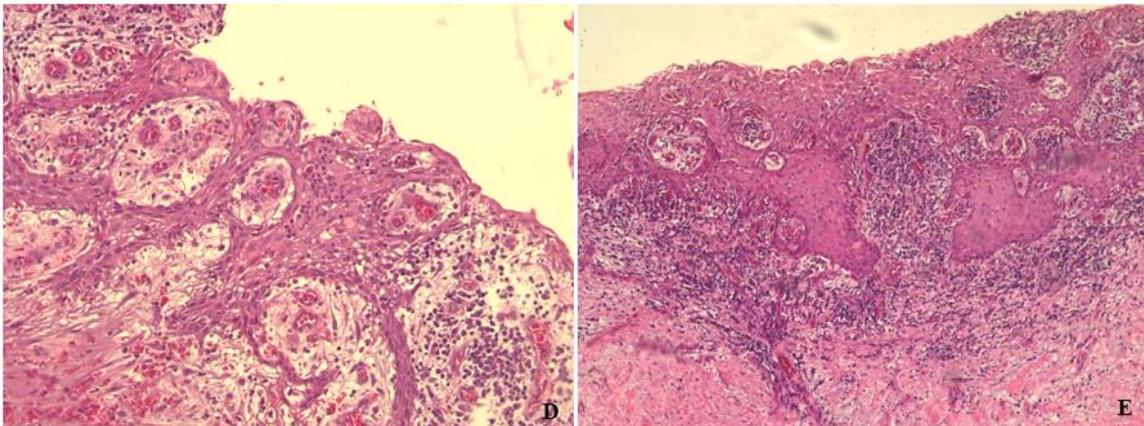


Figura 5. Análise histopatológica. D) Peça cirúrgica do lado direito, mostrando cavidade cística parcialmente revestida por epitélio pavimentoso ora atrófico ora hiperplásico, sob o qual há cápsula de tecido conjuntivo fibroso exibindo moderado infiltrado inflamatório mononuclear. E) Peça cirúrgica do lado esquerdo, evidenciando parede de cisto parcialmente revestida por epitélio escamoso constituído por tecido conjuntivo fibroso denso, infiltrado inflamatório mononuclear e áreas de degeneração mixóide.

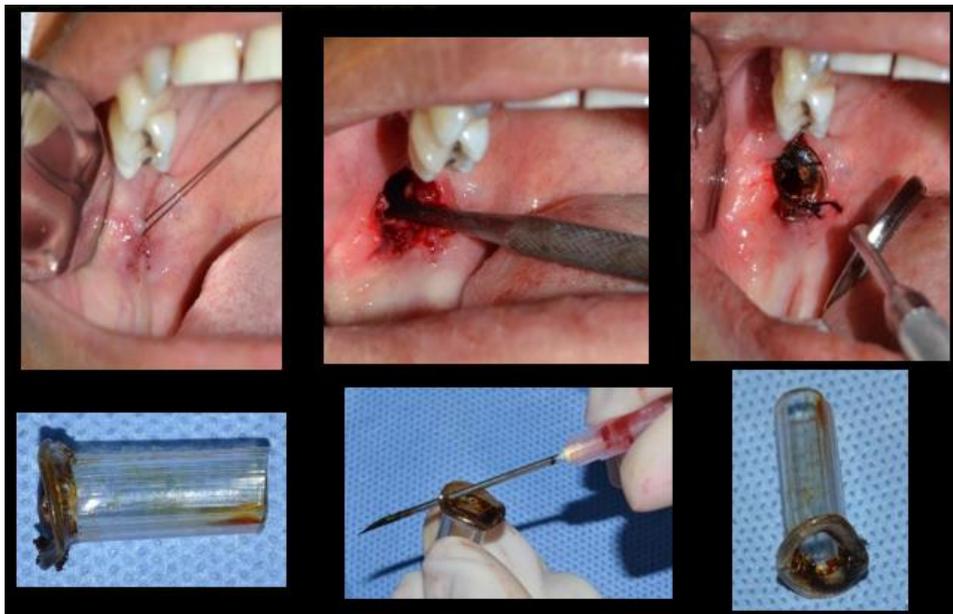


Figura 6. Descompressão das lesões císticas, utilizando sugadores que foram devidamente adaptados.



Figura 7. Radiografia panorâmica após a descompressão.

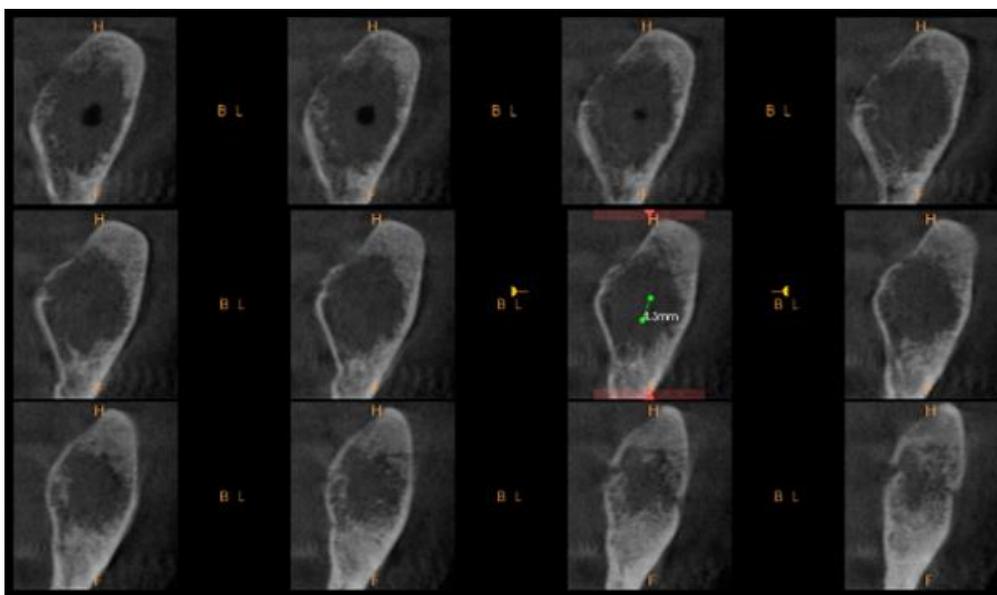


Figura 8. Tomografia computadorizada de feixe cônico após a descompressão do lado direito.

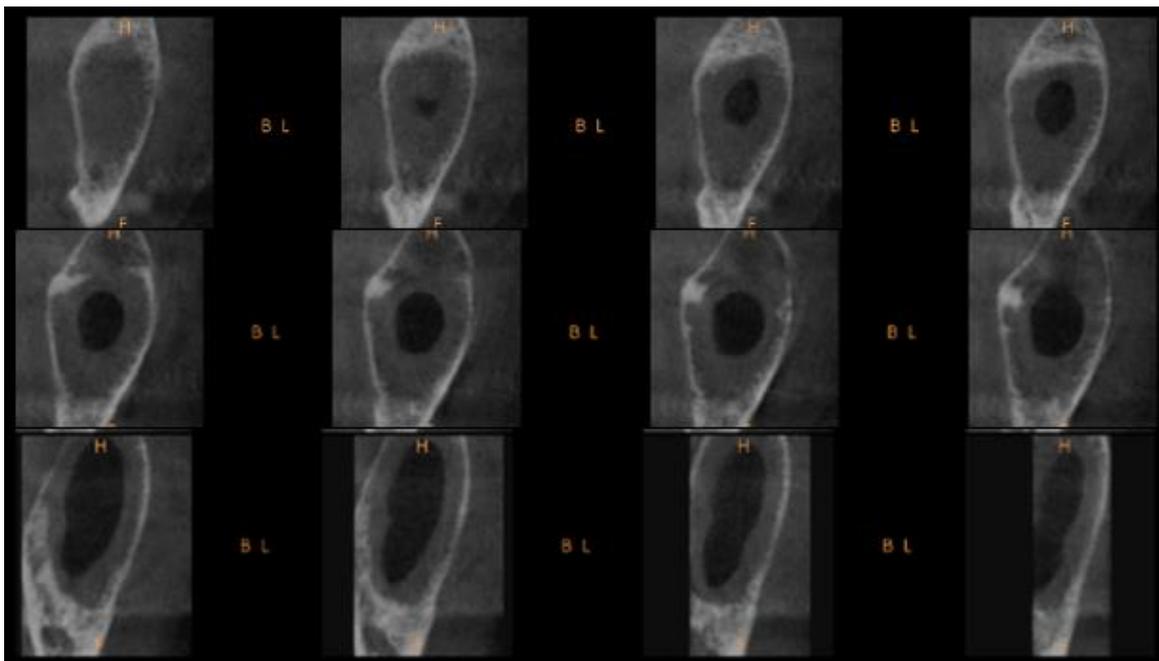


Figura 9. Tomografia computadorizada de feixe cônico após a descompressão do lado esquerdo.

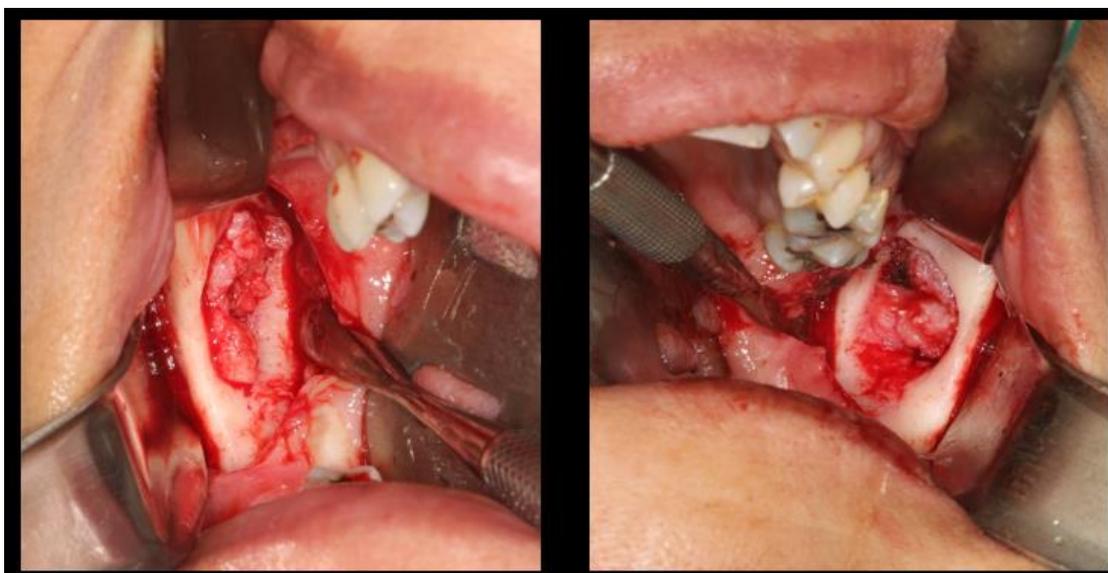


Figura 10. Enucleação das lesões císticas.



Figura 11. Radiografia panorâmica após 3 anos de acompanhamento.

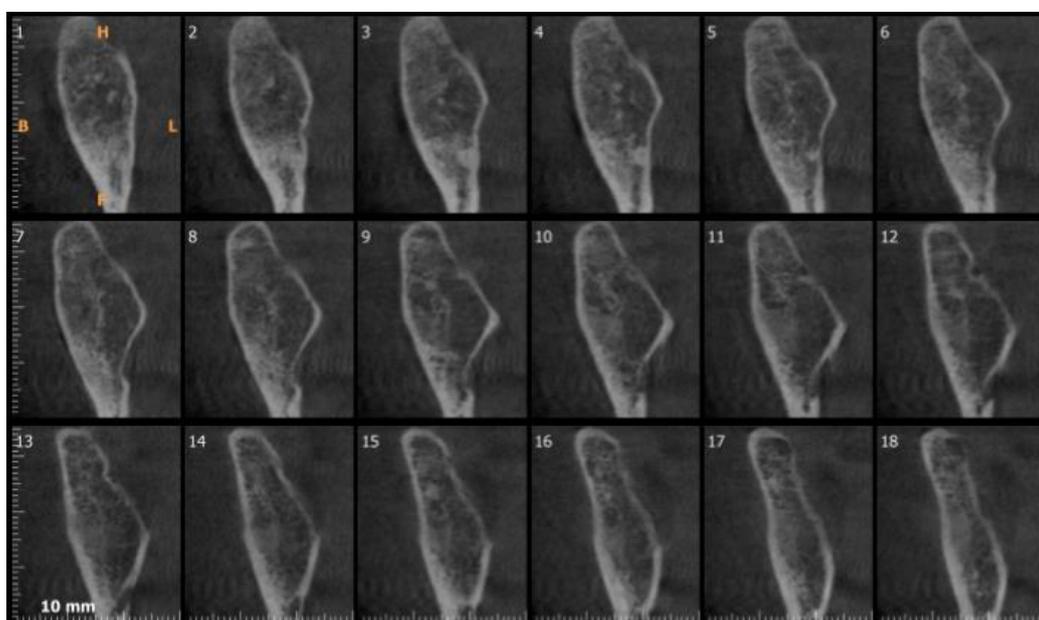


Figura 12. Tomografia computadorizada de feixe cônico do lado direito após 3 anos de acompanhamento.

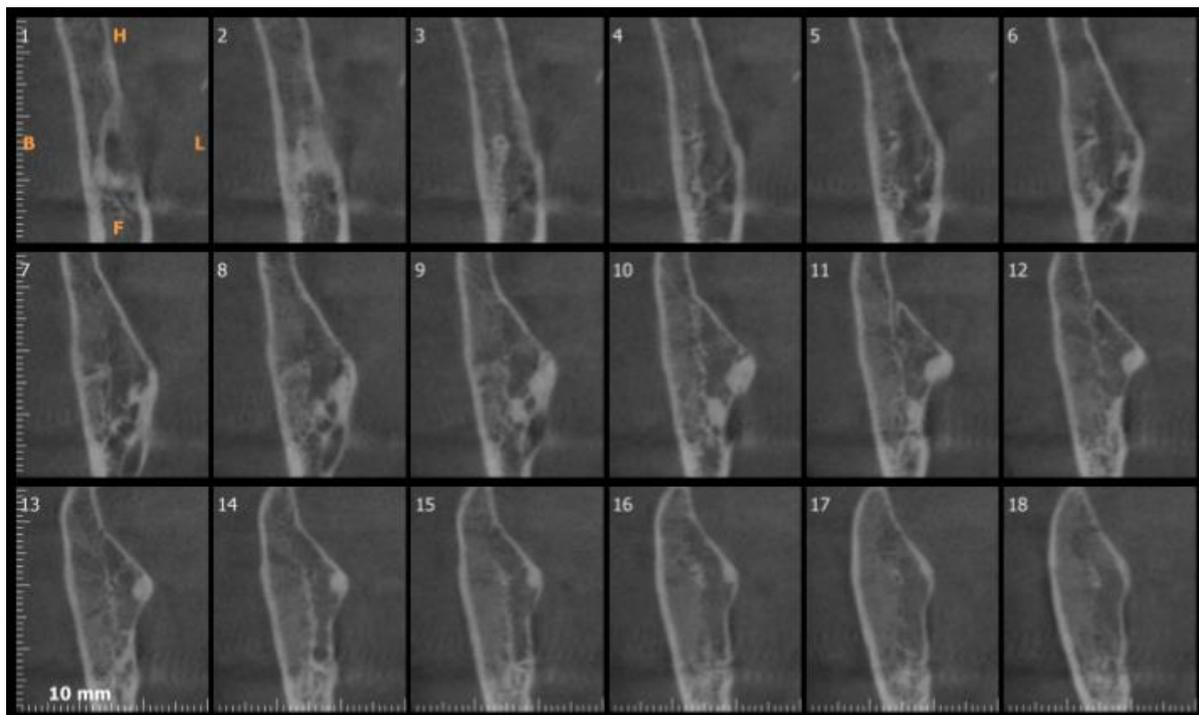


Figura 13. Tomografia computadorizada de feixe cônico do lado esquerdo após 3 anos de acompanhamento.