

# CISTO DENTÍGERO

Daianny Rosa Dornelas de Carvalho<sup>1</sup>

## RESUMO

O cisto dentífero é o cisto de desenvolvimento mais freqüente nos maxilares. Eles geralmente são radiolúcidos e uniloculares. Podem ser observados em exames de rotina ou quando o dente permanente não irrompe. Este cisto possui uma característica muito importante, ele forma-se ao redor da coroa do dente não erupcionado. Geralmente acomete indivíduos jovens e crianças. Faz diagnóstico diferencial com o tumor odontogênico queratocístico e o ameloblastoma unicístico possuem além da origem, aspectos clínicos e radiográficos comuns. O cisto dentífero possui desenvolvimento lento e é assintomático, mas pode ocasionar deformação facial, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes. A descompressão, marsupialização e a enucleação são as formas de tratamento mais empregadas. Porém, para utilizá-las temos que levar consideração o tamanho do cisto, idade do paciente, proximidade de estruturas anatômicas e a importância clínica do dente envolvido. Apesar das peculiaridades clínicas de cada caso e do método de tratamento escolhido, o prognóstico destas lesões é favorável. **Objetivo:** Analisar a importância de diagnosticar o cisto dentífero presente na cavidade oral. Demonstrar as características clínicas e radiográficas da patologia, reconhecer a importância do diagnóstico diferencial e determinar os tratamentos corretos. **Metodologia:** Foi uma pesquisa qualitativa, exploratória e pesquisa de bibliográfica. Chegamos a conclusão que é muito importante que seja diagnosticado o cisto dentífero, pois pode levar o paciente a ter perdas de estruturas importantes e também sempre fazer diagnóstico diferencial para que não seja confundido com outro cisto e ser tratado corretamente.

**Palavras-chave:** Cistos dentífero, cistos odontogênicos, dentes retidos.

---

<sup>1</sup> Graduando em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas. Rua Conego Getulio. Patos de Minas. daiannydornelas@hotmail.com.

# 1 INTRODUÇÃO

MORAIS et al. (2011) define o cisto como uma cavidade patológica revestida por epitélio que encerra em seu interior material fluido ou semifluido.

Pereira et al. (2010), descreveram que as lesões odontogênicas são de origem dos remanescentes epiteliais e mesenquimais da embriogênese dentária, uma vez que o complexo maxilofacial encontra-se minado destes elementos. O desenvolvimento dessas alterações pode ocorrer na mandíbula e maxila.

É muito importante que o cirurgião dentista tenha conhecimento sobre cada cisto, para que ele possa identificar e trata-lo mais rápido, e como referência usamos o diagnostico diferencial.

Estas lesões são identificadas na maioria dos casos através da ida ao dentista, com um exame clínico regular e também exame radiográfico de rotina.

Vaz; Rodrigues; Silva (2010), destacam que o cisto dentígero está sempre associado à coroa de um dente permanente incluso. É o segundo cisto mais freqüente. São uniloculares e de maior ocorrência na mandíbula e no sexo masculino. Eles são descobertos em exames radiográficos realizados com outra finalidade, especialmente ao se investigar o não irrompimento de um dente permanente.

Segundo Unicamp (2011), o tratamento do cisto dentígero é o cirúrgico, com a enucleação do mesmo e juntamente com o dente envolvido. Quando ocorre do dente envolvido ocupar sua posição no arco dental, a técnica recomendada é a da marsupialização, com exposição de cavidade, de modo que o dente possa irromper. Quando ocorre isso, o acompanhamento ortodôntico pós-operatório é essencial para garantir ao dente um espaço na arcada.

## 1.1 Tema e Delimitação do tema

Será abordado o tema cistos odontogênicos, tendo como delimitação do tema o cisto dentígero. É um grupo de neoplasias originárias das estruturas responsáveis

pela formação dos dentes. O cisto é uma cavidade patológica revestida por epitélio, delimitada por uma cápsula fibrosa no seu interior podemos observar: material líquido ou semi-sólido. Para que haja um cisto é necessário ter epitélio (onde existe epitélio ou restos epiteliais pode ocorrer a formação de um cisto). O cisto dentífero é associado à coroa ou parte da coroa de dentes retidos.

## **1.2 Formulação do Problema e Hipóteses**

Nesse trabalho será abordado a importância de diagnosticar o cisto dentífero presente na cavidade oral, sendo assim as hipóteses, são: demonstrar as características clínicas e radiográficas da patologia, reconhecer a importância do diagnóstico diferencial, e determinar os tratamentos corretos.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo Geral**

Analisar a importância de diagnosticar o cisto dentífero presente na cavidade oral.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Demonstrar as características clínicas e radiográficas da patologia,
- Reconhecer a importância do diagnóstico diferencial,
- Determinar os tratamentos corretos.

## **1.4 Justificativa**

Esse trabalho se justifica pela importância de compreender alguns aspectos clínicos e radiográficos dos cistos odontogênicos a fim de auxiliar na compreensão das características do cisto dentígero e seu tratamento. Assim, o paciente poderá atingir um apropriado e saudável grau de qualidade de vida.

Fazer um diagnóstico diferencial é de suma importância, para que possamos ter certeza da natureza da lesão e seu tratamento. Acredita-se, portanto, que os exames radiográficos são fundamentais para diagnosticarmos estas patologias.

Por isso, a compreensão dos dados observados desse trabalho será importante para compreender o modo como se estabelecem o diagnóstico correto, guiando para um tratamento apropriado.

## **1.5 Metodologia**

Nesse estudo será realizada uma pesquisa qualitativa, e portanto para um estudo mais descritivo buscou-se informações em fontes bibliográficas.

Será feita uma pesquisa exploratória que visa a familiaridade com o problema e assim construir hipóteses.

Esse trabalho está sendo realizado através de pesquisa bibliográfica, constituída a partir de materiais já publicados como: livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na internet.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Pereira et al. (2010), afirma que o cisto é denominado como uma cavidade patológica revestida por epitélio, contendo um material líquido ou semi-sólido no seu interior. Quando são derivados do epitélio, associado ao desenvolvimento do órgão dentário recebe a denominação de cistos odontogênicos. Está sendo muito comum na clínica odontológica a presença desta patologia, que tem como consequência as lesões ósteo destrutivas. [...] Por serem assintomáticos, e alguns se comportarem de

modo um pouco mais agressivo, esse grupo de lesões tem exigido atenção especial por parte dos cirurgiões-dentistas.

São cistos resultantes da proliferação de remanescentes epiteliais associados à formação dos dentes. O epitélio presente em cada um dos cistos odontogênicos é derivado de uma das seguintes fontes: lâmina dentária, órgão do esmalte e de bainha de Hertwig. Os remanescentes epiteliais presentes na maxila e mandíbula são originais do ectoderma que reveste os processos embrionários que irão formar a face e boca ou de tecido epitelial que participa na odontogenese. A presença pura e simples de restos epiteliais seria insuficiente para explicar a formação de um cisto. É necessária a ação de um agente, inflamatório, por exemplo, capaz de estimular e determinar a proliferação desses remanescentes. Tal condição é freqüente nos maxilares, onde infecções e traumas são capazes de desencadear a resposta inflamatória. (UNICAMP, p.13, 2011)

De acordo com Pozzer et al. (2008), os cistos odontogênicos são classificados em de desenvolvimento ou inflamatórios. O diagnóstico diferencial é feito através de análise histopatológica, pois as características clínicas e radiográficas são bastante semelhantes.

De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Santos et al. (2007) afirmam que, os cistos odontogênicos dividiam-se em: cistos de desenvolvimento, dentígero, de erupção, ceratocisto, gengival do adulto, gengival do recém-nascido, periodontal lateral e glandular; e cistos inflamatórios – radicular ou periapical, radicular residual.

Para Benn, A. Altini, M. (1996) embora a maioria dos cistos dentígeros sejam considerados de desenvolvimento, existem casos em que estão relacionados com uma origem inflamatória. O cisto dentígero pode se desenvolver ao redor da coroa de um germe dentário permanente como resultado de um processo inflamatório periapical do antecessor decíduo.

Pozzer et al. (2008), afirma que os cistos odontogênicos mais prevalentes nos maxilares são os cistos radiculares, cistos dentígeros e o queratocistos. Os cistos radiculares são acometidos mais na região anterior da maxila, os cistos dentígeros apresentam uma incidência superior na mandíbula, e os queratocistos apresentam-se prevalentes em região de ângulo e ramo da mandíbula. Os cistos de desenvolvimento são assintomáticos, podem apresentar um potencial de crescimento, podendo, se expandirem através da cortical óssea.

Pereira et al., (2010), afirma que o cisto dentígero se desenvolve associado à coroa de um dente retido ou impactado. Origina-se do folículo da coroa de um dente

incluso, tendo o acúmulo de fluido entre a coroa e o epitélio reduzido do órgão do esmalte. Tem uma prevalência no gênero masculino e na raça branca. Sua maior ocorrência envolve os terceiros molares inferiores, mas pode ocorrer em qualquer elemento. Os cistos dentígeros são diagnosticados em exames radiográficos de rotina, ou quando algum dente está em falta. Considerar sempre a associação dos quadros clínicos, radiográficos e histológicos para um bom diagnóstico.

O cisto radicular apical é um processo inflamatório crônico na região do ápice de um dente, onde já ocorreu o processo de necrose pulpar. A fonte epitelial dessa lesão é comumente os restos epiteliais de Malassez, o paciente que apresenta cisto radicular apical não relata sintomatologia dolorosa, a não ser que ocorra uma agudização do quadro. Na maioria dos casos os cistos maiores podem causar mobilidade dos dentes adjacentes. Neville et al. (2004)

Os tumores odontogênicos compreendem um grupo complexo de lesões de comportamento clínico e tipos histológicos diversos. São neoplasias geralmente benignas, resultantes da proliferação de células que envolvem a odontogênese. A última classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) dividiu essas lesões em três grupos: tumores de epitélio odontogênico; tumores de epitélio odontogênico com ectomesênquima odontogênico, com ou sem formação de tecido dentário duro; e tumores de ectomesênquima com ou sem epitélio odontogênico. (PEREIRA et al., p.76, 2010).

Segundo Henriques et al. (2009), ocorreu algumas mudanças consideráveis de acordo com a classificação dos tumores, observando o comportamento biológico com a ajuda das provas imuno-histoquímicas e da genética. A OMS em 2005 publicou a última edição da classificação histológica dos tumores odontogênicos. O queratocisto odontogênico passou a ser classificado como um tumor benigno derivado do epitélio odontogênico e chamado de tumor odontogênico queratocístico.

De acordo com a literatura alemã, Brandt Filho et al. (2010), diz que na maioria dos casos os cistos são tratados com marsupialização, mas também o tratamento definitivo (remoção do dente e a enucleação de tecidos moles que estão comprometidos) estão sendo empregados nos cistos dentígeros. A marsupialização tem vantagens, como preservar o dente associado ao cisto dentígero, e promover a erupção espontânea do dente envolvido no interior da lesão.

## **2.1 Cisto dentígero**

MORAIS et al. (2011) afirma que a separação do folículo da coroa de um dente incluso tem uma formação cística denominada, cisto dentífero. Dentre os cistos de desenvolvimento o mais comum é o cisto dentífero. Em sua maioria são assintomáticos, podendo atingir proporções maiores e causar movimentações dentárias e maloclusão.

De acordo com Brandt Filho et al.(2010), o cisto dentífero é o segundo cisto mais freqüente da região bucal, e ele sempre está associado à coroas de um elemento dentário não erupcionado. Tem uma maior freqüência no sexo masculino, podendo ser unilocular. Ele é diagnosticado através de exames radiográficos de rotina. Na radiografia, eles sempre aparecem como imagens radiolúcidas

Vaz; Rodrigues; Silva Júnior(2010), relatam que os terceiros molares inferiores e caninos superiores inclusos podem estar envolvidos com a formação de cistos dentífero. Nas primeiras décadas de vida, o cisto começa a crescer, em um crescimento lento e assintomático. Dependendo do seu crescimento, pode causar deformações faciais, impactação e deslocamento de dentes. Com isso, necessita de uma intervenção cirúrgica para que possamos fazer um exame histopatológico para o diagnóstico, para planejarmos um tratamento adequado.

Conforme o estudo de JONES et al. (2003), por apresentar crescimento lento, o cisto dentífero muitas vezes só são percebidas em exames radiográficos de rotina. O paciente busca atendimento quando a lesão já está desenvolvida a ponto de exibir sinais clínicos como o aumento de volume facial. Só então a busca por um cirurgião dentista.

A etiopatogenia da lesão desse cisto ,começa na localidade da cervical das coroas onde ocorre a proliferação de células odontogênicas. (FREITAS, 2000 apud SILVA; PINHEIRO; RAUSCH, 2010).

Vaz; Rodrigues; Júnior (2010), concluíram que a aspiração da lesão deve ser feita em qualquer caso, pode também fazer uma biópsia incisiva para que seja feito o exame histopatológico para depois passar para o tratamento definitivo. Este exame é muito importante para que se tenha o diagnóstico diferencial.

## **2.2 Características clínicas e aspectos radiográficos**

A lesão acomete na coroa do dente, estando envolta da cervical do mesmo. Raramente acomete dentes decíduos. Ocorre freqüentemente em adultos e adolescentes.(VAZ; RODRIGUES; FERREIRA, 2010). Ele tem o crescimento lento, assintomático, podendo ter grandes perdas ósseas, ocorrendo expansões da cortical.

Este cisto tem uma provável origem do epitélio reduzido do esmalte, após a formação completa do dente (calcificação). (UNICAMP, 2011).

De acordo com estudo de Silva; Pinheiro; Rausch (2010), este tipo de lesão acomete mais o sexo masculino, ocorre por volta dos 40 anos de idade, tem uma incidência nos terceiros molares. Em outro estudo, o mesmo autor, diz que esta lesão não tem sintomas, quando é vista clinicamente, é um sinal que há uma expansão óssea e assimetria facial. Devido a isso há uma expansão muito grande na região da mandíbula, podendo ocorrer uma fratura patológica no local. E é diagnosticada através de radiografias.

No exame histológico, esse cisto é constituído pelo epitélio estratificado escamoso não ceratinizado com células cuboidais que pode exibir células ciliadas e por tecido conjuntivo fibroso, podendo apresentar infiltrado inflamatório. (DIAS et al., 2008).

O histopatológico mostra paredes de fibrosa, constituída por fibroblastos, internamente é construído por uma fina camada de células do tecido epitelial pavimentoso estratificado. (UNICAMP, 2011). Radiograficamente o cisto mostra-se uma imagem radiolúcida, bem limitada, unilocular, envolvendo a coroa do dente que não erupcionou. As vezes pode apresentar uma grande expansão cortical, trazendo destruição do processo coronóide, ramo e côndilo.

Apresenta radiograficamente uma área radiolúcida, circunscrita, margens ósseas escleróticas, inserido á junção amelo-cemetária da coroa do dente. (DIAS et al., 2008).

Silva; Pinheiro; Rausch (2010) descreveram que pode considerar um cisto dentígero quando o espaço folicular for maior que 4 mm.

### **2.3 Diagnóstico Diferencial**



De acordo com o Silva; Pinheiro; Rausch (2010), alguns cistos possuem características iguais, ou semelhantes. Como por exemplo, o tumor queratocístico e o ameloblastoma unicístico. Para um diagnóstico perfeito não se deve só basear em exames clínicos e radiográficos mais também tem que fazer exame histopatológico para ter um diagnóstico diferencial. O método de tratamento é a remoção do dente associado ao cisto.

O ameloblastoma unicístico se assemelha clínica e radiograficamente a um cisto dentífero ou primordial, porém a presença de reabsorção radicular indica que a lesão pode ser um ameloblastoma. (SILVA et al., 2007)

O queratocisto odontogênico é um tumor odontogênico que apresenta um comportamento histológico e um mecanismo de crescimento diferentes do cisto radicular e dentífero. Por essa razão, vários pesquisadores sugerem que os queratocistos odontogênicos devem ser considerados como neoplasmas císticos benignos, e não como cistos. (VAROLI et al., 2010)

No estudo de Lima *et al* (2005) estudou a expressão da proteína **p53** que está situada no braço curto do cromossomo 17, sendo um regulador negativo do ciclo celular durante a oncogênese. O gene p53 codifica uma proteína que desempenha um importante papel ao proteger as células da transformação maligna, assim a referida proteína para o ciclo celular quando ocorre algum dano ao DNA, levando-a à apoptose ou reparando o DNA alterado. Em seus estudos avaliaram 15 casos de queratocistos, 10 de cistos dentíferos e 5 de ameloblastomas unicísticos onde observaram que o comportamento clínico dessas lesões, apesar das semelhanças, são distintos entre si. Os tumores odontogênicos queratocísticos e os ameloblastomas são mais agressivos e podem recidivar quando submetidos a tratamento conservador. Os cistos dentíferos são menos agressivos que os tumores odontogênicos queratocísticos e os ameloblastomas.

## **2.4 Histogêneses do cisto dentífero.**

A origem do cisto tem sido citada como hipótese de que é pela degeneração do retículo estrelado do órgão do esmalte, do dente envolvido, exemplo, hipoplasia do esmalte. Mas, alguns dentes já formados, estão dizendo que pode originar pelo acúmulo de líquido entre a coroa do dente e o epitélio reduzido do esmalte. (GODOY, 2001).

### 3 TRATAMENTO

O tratamento do cisto dentígero consiste na cuidadosa enucleação com remoção do dente incluso associado. A marsupialização é indicada para lesões de grandes extensões e para cistos dentígero inflamatório. (GODOY, 2001). O prognóstico é excelente, sendo rara a recorrência da lesão.

É sempre cirúrgico a enucleação da lesão junto com o dente. Também pode ter a marsupialização tendo exposição da cavidade, para que o dente irrompa. É sempre essencial acompanhamento ortodôntico, e pos ortodôntico. (UNICAMP, 2011).

Quando a lesão for menor é removida por cirurgia, quando for maior freqüentemente é por marsupialização. O tamanho da lesão é que vai te dar o tipo de tratamento de escolha. (SILVA; PINHEIRO; RAUSCH, 2010).

#### Crítérios para diagnóstico e tratamento:

A descompressão, marsupialização e a enucleação são opções de tratamento mais utilizadas. O tipo de tratamento deve ser escolhido, observando a idade do paciente, tamanho do cisto, estruturas anatômicas e os dentes envolvidos. (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010).

#### Descompressão / Marsupialização:

Tem a mesma finalidade. Faz-se uma biópsia incisional. Em lesões maiores, há uma deformação facial, deslocamento do dentes, pode ameaçar estruturas anatômicas e a vitalidade pulpar. São manobras que estão em 1ª escolha. (VAZ; RODRIGUES; JÚNIOR, 2010). Nas crianças é muito usada há marsupialização, pois pode orientar o dente a irromper numa posição normal. Mas é sempre preferível o enucleação, pois é possível que este cisto pode ter recidiva, e pode ocorrer uma alteração muito pior, como ameloblastoma.

Segundo Silva; Pinheiro; Rausch (2010), a marsupialização é indicada para idosos. Pode ter a desvantagem de não fazer uma análise histopatológica. A enucleação é indicada quando não ocorrem lesões em estruturas anatômicas. A marsupialização preserva o dente e o faz irromper. A descompressão da lesão é

para que não comprometa a integridade da mandíbula com possíveis complicações, como fraturas patológicas.

### 3.1 Prognóstico

O prognóstico é excelente, devido a retirada total da cápsula cística, deve ser feita a enucleação completa deste cisto. (SILVA; PINHEIRO; RAUSCH, 2010).

Segundo Lima *et al.* (2005), o prognóstico para o cisto dentífero é bom. E deve ser acompanhado o pós-operatório do paciente através de radiografias periódicas por no mínimo dois anos. Quando as lesões são grandes, temos que tomar cuidado, com fraturas ósseas devido a perda óssea. O cisto dentífero tem grande potencial de transformação e que por essa razão deve ser feita um exame histopatológico nas paredes cística para que não haja um desenvolvimento dessa lesão para um carcinoma.

De acordo com Silva *et al.*(2006), a recidiva nos casos de cisto dentífero são raras desde que estes sejam diagnosticados precocemente e corretamente tratados.

## 4 CONCLUSÃO

Esse trabalho destaca a importância da detecção precoce das lesões císticas. Essa lesão sempre vai estar associada a coroa de um elemento dentário não erupcionado. Tem uma maior frequência no sexo masculino, podendo ser unilocular. Ele é diagnosticado através de exames radiográficos de rotina. Na radiografia, ele sempre aparece radiolúcido. A recidiva nos casos de cisto dentífero são raras. Esse cisto tem uma provável origem do epitélio reduzido do esmalte. Apresenta uma área radiolúcida, circunscrita, margens ósseas escleróticas, inserido á junção amelo-cemetária da coroa do dente.

Se apresentar características clínicas e radiográficas semelhantes com outras lesões, deve-se partir para um diagnóstico diferencial para que esta lesão seja

tratada corretamente. Mesmo que seja difícil o diagnóstico, o prognóstico dessa lesão é favorável. Daí a importância do diagnóstico diferencial. O tratamento do cisto dentífero é o cirúrgico, com a enucleação cuidadosa de lesão juntamente com o dente envolvido.

## ABSTRACT

The dentigerous cyst is a development cyst, and has been the second most common cyst in the jaw. They usually are radiolucent and unilocular. They can be observed in routine screening or when the permanent tooth does not erupt. This cyst has a very important feature; it is formed around the non erupted tooth. It usually affects children and teen individuals. It makes differential diagnosis with ameloblastoma, odontogenic adenomatoid tumor and ameloblastic fibroma. The dentigerous cyst has a slow development and is asymptomatic, but can cause facial deformity, impaction and displacement of teeth and / or adjacent structures. Decompression, marsupialization and enucleation are the most widely used forms of treatment. But to use them we always have to consider the size of the cyst, the patient's age, proximity of anatomical structures and clinical importance of the tooth involved. Despite the clinical peculiarities of each case and the method of treatment chosen, the prognosis of these lesions is favorable.

**Keywords:** Dentigerous cysts, odontogenic cysts, impacted teeth.

## REFERÊNCIAS

Benn A, Altini M. Dentigerous cysts of inflammatory origin. A clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996; 81:203-9.

BRANDT, Filho Sérgio Henrique de Oliveira et al. **TÉCNICA DA DESCOMPRESSÃO PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS CISTOS DA CAVIDADE BUCAL.** 2010. 13 f. Dissertação (Especialização) - Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru, Bauru, 2010.

DIAS, Augusto César Sette et al. Cisto dentífero seqüencial: Relato de caso. *Robrac*, Belo Horizonte, n. , p.133-137, 2008.

GODOY, Gustavo Pina. **Cisto Dentífero: Estudo epidemiológico, correlação clinicopatológica e caracterização de uma possível variante inflamatória.** 2001. 100 f. Dissertação (Pos Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2001.

HENRIQUES, Águida Cristina Gomes et al. Considerações sobre a Classificação e o Comportamento Biológico dos tumores Odontogênicos Epiteliais: Revisão Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Recife, n. , p.175-184, 2009.

JONES, T. A.; PERRY, R. J.; WAKE, M. J. Marsupialization of a large unilateral mandibular dentigerous cyst in a 6-yearold boy-a case report. **Dent Update**; v. 30, n. 10, p. 557-61, 2003.

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.

MORAIS, Hécio Henrique Araújo de et al. Cisto Dentífero Bilateral em Mandíbula: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac**, Camaragibe, n. , p.9-12, 2011.

NEVILLE, Brad W. et al. **PATOLOGIA ORAL E MAXILOFACIAL.** 2ª -: Guanabara Koogan - Grupo Gen, 2004.

PEREIRA, Jozinete Vieira et al. Prevalência de cistos e tumores odontogênicos em pacientes atendidos na Fundação Assistencial da Paraíba: estudo retrospectivo. **Arquivos em Odontologia**, Campina Grande, n. , p.75-81, 2010.

POZZER, Leandro et al. Cistos odontogênicos em crianças: análise da descompressão cirúrgica em dois casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac**, Camaragibe, n. , p.17-22, 2008.

SANTOS, Thiago de Santana et al. Cistos odontogênicos: estudo epidemiológico de 72 casos. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, Pernambuco, n. , p.30-32, 2007.

SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula et al. PRINCIPAIS TUMORES ODONTOGÊNICOS QUE PODEM ACOMETER A CAVIDADE BUCAL DE CRIANÇAS. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.** p 181-188. 2007.

SILVA, Junior Aurelício Novaes; WEINGAERTNER, Eduardo; AGUIAR, Rogério Coelho. Cisto Dentífero em Mandíbula. **Rgo**, Porto Alegre, n. , p.157-160, 2006.

SILVA, Marcos Antonio Da; PINHEIRO, Tiago Novaes; RAUSCH, Francismar Zamberland. Cisto dentífero: revisão de literatura e relato de caso Dentigerous cyst: literature review and case report. **Revista Uningá**, Maringá, n. , p.145-159, 2010.

UNICAMP, Cistos odontogênicos. **Patologia Geral - Db-301**, São Paulo, n. , p.13-24, 2011.

VAROLI, Felipe Paes. Tumor odontogênico queratocístico: características intrínsecas e elucidação da nova nomenclatura do queratocisto odontogênico. **J Health Sci Inst.** p 80-84. 2010.

VAZ, Luiz Guilherme Matiazi; RODRIGUES, Moacyr Tadeu Vicente; JÚNIOR, Osny Ferreira. Cisto dentífero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **Rgo**, Porto Alegre, n. , p.127-130, 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus pela dádiva desta vitória, pela fortaleza, e por colocar na minha vida pessoas tão especiais. Sinto-me realizada por ter alcançado os meus objetivos.

Agradeço também a vocês, papai e mamãe que me deram a vida e ensinaram a vivê-la com dignidade. Não foram apenas pais, mas amigos e companheiros, que estiveram ao meu lado dando-me apoio, amor e carinho.

As Professoras Mayra Maria e Nayara Lima obrigada pela sabedoria nos ensinamentos transmitidos, e pela orientação deste trabalho. E também aos professores convidados para apresentação.

**Data de entrega do artigo: 03/11/2011**