

IDENTIFICAÇÃO

ALINE BURATO DE CASTRO

Departamento de Odontologia - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC),
1105 - Universitário, Criciúma - SC, 88806-000. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: alinneburato@outlook.com. Telefone:(48)991571009

RAIMAN BORGES ALVES

Departamento de Odontologia - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC),
1105 - Universitário, Criciúma - SC, 88806-000. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: raimanbalves@gmail.com. Telefone:(48) 9964-2877

CISTO DENTÍGERO: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

DENTIGEROUS CYST: A CLINICAL CASE REPORT

RESUMO

O cisto dentífero é o segundo cisto mais frequente da cavidade bucal e tem origem no desenvolvimento, porém a sua etiopatogenia não é totalmente elucidada. Esse processo ocorre pelo acúmulo de líquido entre a coroa de um dente incluído e o epitélio folicular, envolvendo a coroa de um dente incluído. Na maioria dos casos seu crescimento é lento e assintomático, com aparência radiolúcida e comumente unilocular, exceto em casos de infecção secundária. Contudo, em alguns casos, o cisto pode causar dor, aumento de volume, expansão óssea, assimetria facial e deslocamento dos dentes ou das estruturas adjacentes. O prognóstico do cisto dentífero é favorável com baixo índice de recidiva. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de um amplo cisto dentífero, e para isso, foi selecionado um paciente com lesão radiolúcida, de limites definidos, homogênea, com osteogênese reacional, localizada na região posterior da mandíbula, associada à junção cimento-esmalte do elemento 48 incluído. Não foi observada expansão óssea, reabsorção dental ou descontinuidade das corticais mandibulares. Foram elencadas as hipóteses de ceratocisto odontogênico e cisto dentífero. O paciente foi submetido à punção aspirativa positiva, biópsia incisiva e marsupialização. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto dentífero, após 9 meses da marsupialização, foi conduzida a enucleação.

Termos de indexação: Cisto. Cisto dentífero. Terapêutica. Ceratocisto odontogênico.

ABSTRACT

The dentigerous cyst is the second most common cyst in the oral cavity and has a developmental origin, but its etiopathogenesis is not fully elucidated. This process occurs due to the accumulation of fluid between the crown of an impacted tooth and the follicular epithelium, surrounding the crown of an impacted tooth. The cyst can cause pain, increased volume, bone expansion, facial asymmetry and displacement of teeth or adjacent structures. The objective of this study was to report a clinical case of

a large dentigerous cyst, and for this, a patient was selected with a radiolucent lesion, with defined limits, homogeneous, with reactive osteogenesis, located in the posterior region of the mandible, associated with the cemento-enamel junction. of element 48 included. No bone expansion, tooth resorption or discontinuity of the mandibular cortices were observed. The hypotheses of odontogenic keratocyst and dentigerous cyst were listed. The patient underwent positive aspiration puncture, incisional biopsy and marsupialization. The histopathological examination confirmed the diagnosis of a dentigerous cyst. After 9 months of marsupialization, enucleation was performed.

Indexing terms: Cyst. Dentigerous cyst. Therapy. Odontogenic keratocyst.

INTRODUÇÃO

Cisto dentífero é o segundo cisto odontogênico mais comum da cavidade oral, ficando atrás somente do cisto periapical. O cisto dentífero é considerado um cisto de desenvolvimento, estando aderido à região cervical da coroa de um dente não irrompido, unido à junção amelocementária (JCE) [1,2].

A sua origem tem por consequência causas patogênicas inflamatórias ou de desenvolvimento. A formação de cistos dentíferos pode ocorrer quando há acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e o folículo dentário de um dente não irrompido [2,3].

Devido a sua natureza assintomática, o cisto dentífero normalmente é um achado radiográfico, sendo que a maioria dos casos são descobertos durante as consultas odontológicas de rotina. O seu diagnóstico, geralmente, ocorre entre a segunda e terceira década de vida, com uma leve predileção pelo sexo masculino. Radiograficamente, o cisto dentífero se apresenta como uma área radiolúcida unilocular, bem definida, com bordas escleróticas, associada a coroa de um dente incluso e/ou impactado. Os dentes comumente afetados são os terceiros molares inferiores, seguidos dos caninos superiores, terceiros molares superiores e, raramente, o incisivo central superior [1,2,3,4].

O cisto dentífero apresenta como diagnóstico diferencial o ceratocisto odontogênico e o ameloblastoma unicístico, o que reforça a necessidade de um diagnóstico precoce e a importância de uma biópsia incisional do cisto [1,2].

O cisto apresenta histologicamente uma parede de tecido conjuntivo frouxo, revestida por epitélio fino e regular, desenvolvendo-se do epitélio de esmalte em torno da coroa de um dente incluso ou impactado. Quando apresenta origem inflamatória, é caracterizado pela presença de um epitélio hiperplásico com infiltrado celular inflamado, podendo ser resultado de processos inflamatórios ou infecciosos da dentição decídua, tendo assim, potencial para afetar os dentes permanentes em desenvolvimento [1].

A opção de tratamento do cisto dentígero depende do tamanho da lesão, a idade do paciente, o dente e as estruturas anatômicas envolvidas. Em cistos pequenos, o tratamento é a remoção do cisto, extração do dente associado e curetagem do tecido mole. No entanto, em lesões maiores, a opção de tratamento é a técnica de descompressão ou marsupialização, seguida da técnica de enucleação após a redução do tamanho do cisto. Nos casos em que é possível salvar o dente acometido, a terapia de marsupialização pode ser feita na tentativa de promover a erupção espontânea do dente envolvido, porém, a erupção dentária nem sempre ocorre espontaneamente, e em alguns casos, faz-se necessário a tração ortodôntica do dente acometido. Cabe ao cirurgião dentista apresentar as técnicas possíveis de tratamento ao paciente, vantagens e desvantagens de cada uma, assim como os riscos, sendo de responsabilidade do paciente a decisão final [3,4,5,6].

Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar um relato de caso clínico de um amplo cisto dentígero.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, documental, retrospectiva, do tipo relato de caso. O estudo foi realizado por meio do prontuário clínico de um paciente atendido em um consultório odontológico privado do município de Tubarão/SC. A escolha do paciente ocorreu por meio de critérios de inclusão, como idade entre 10 e 30 anos, aceitar participar da pesquisa e apresentar cisto dentígero. Já os critérios de exclusão foram os atendimentos de outra natureza, não realizar o tratamento e não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados aconteceu a partir da seleção de informações do prontuário do paciente. Foram extraídos dados referentes à anamnese, avaliação bucal clínica e imaginológica, descrição do processo diagnóstico e terapêutica aplicada.

A discussão dos resultados aconteceu a partir das referências encontradas, considerando as variáveis de características clínicas e imagiológicas, diagnóstico diferencial, diagnóstico definitivo, propostas terapêuticas, conduta, preservação e avaliação clínica e descrição dos resultados.

O projeto foi apresentado para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e mediante autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo como parecer de aprovação de número 5.312.058.

RESULTADOS

Paciente A.G.S.P., sexo biológico masculino, leucoderma, 19 anos, ASA I, com histórico de tratamento ortodôntico realizado em 2014, com duração de dois anos. Em dezembro de 2022, o paciente procurou um cirurgião dentista após sentir um desconforto na região posterior da mandíbula, no lado direito, apresentando dificuldade para engolir e trismo. Durante a avaliação clínica extraoral, não foi constatado assimetria facial e ao exame intraoral, notou-se um discreto aumento de volume localizado em região posterior de mandíbula na região do dente 47, sem alteração cromática em mucosa oral e sem histórico de trauma prévio. Foi solicitado exame de imagem, radiografia panorâmica e tomografia de feixe cônico.

A radiografia panorâmica (Figura 1A) apresentou uma ampla lesão, unilocular, radiolúcida, circundando o dente 48, com limites definidos, corticalizada, que se estendia do ramo mandibular ao ápice do dente 46. Na tomografia computadorizada de feixe cônico (Figura 1B), pode-se observar uma área hipodensa, unilocular, circunscrita, com osteogênese reacional, envolvendo o dente 48, o qual apresentava-se incluso e em posição transversa. A imagem hipodensa estendia-se do terço superior do ramo direito da mandíbula até a região do dente 46, acima do canal mandibular, o qual estava ligeiramente deslocado para a porção inferior, medindo, aproximadamente, 61,43 mm, 19,25 mm e 9,82 mm em projeção ântero-posterior, súpero-inferior e vestibulo-lingual, respectivamente. Não foi observado expansão ou descontinuidade das corticais ósseas adjacentes, mas notou-se adelgaçamento da cortical óssea.

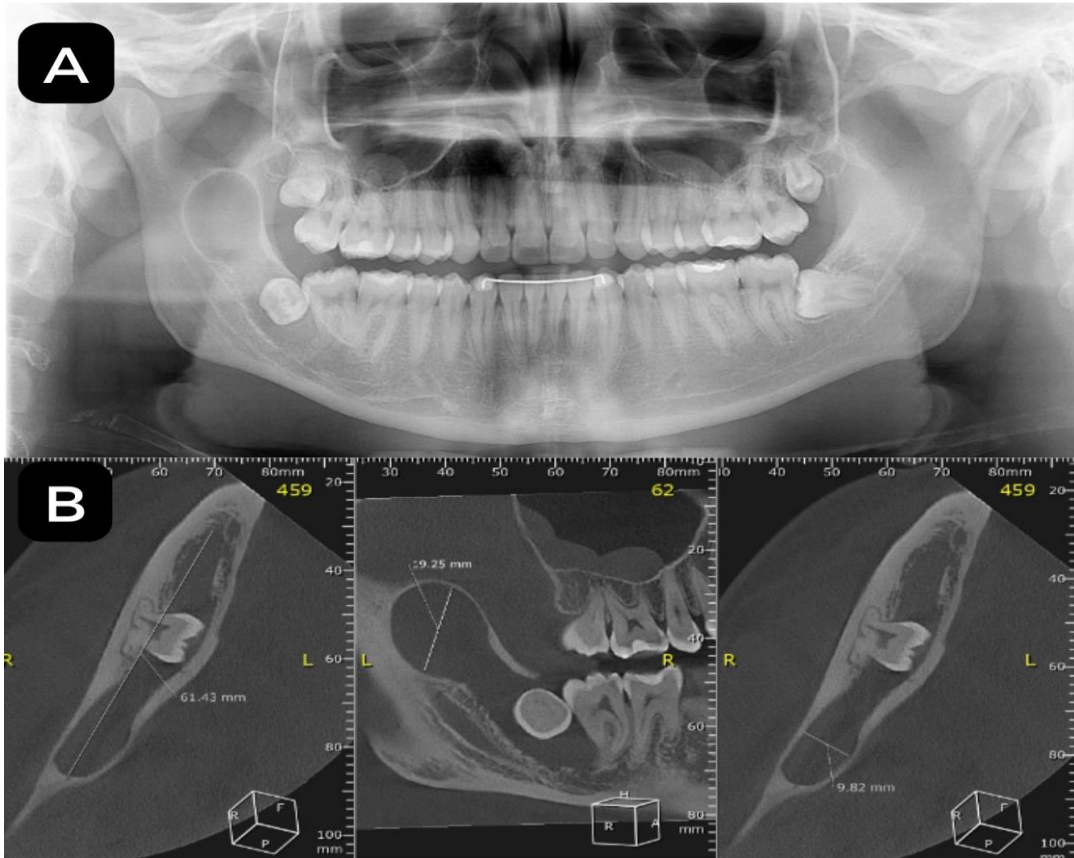


Figura 1. A - Radiografia panorâmica inicial. **B** - Imagem inicial da tomografia computadorizada de feixe cônico de mandíbula, corte oblíquo, sagital e oblíquo, respectivamente, evidenciando a região 47 e 48, com mensurações tomográficas ântero-posterior, súpero-inferior e vestibulo-lingual, respectivamente..

O paciente foi encaminhado para o cirurgião dentista bucomaxilofacial, a fim de iniciar o tratamento. Devido aos dados obtidos no exame clínico e de imagem, foi sugerido a hipótese de diagnóstico de ceratocisto odontogênico, cisto dentígero e ameloblastoma unicístico. A proposta inicial de tratamento foi biópsia incisional para análise histopatológica, remoção do elemento 48 e inserção de um dreno para a decompressão da cavidade cística, possibilitando, assim, um reparo ósseo para a realização de uma cirurgia mais conservadora após o tratamento.

Durante o procedimento cirúrgico, foi necessário a realização de osteotomia e odontosecção, para a remoção do elemento 48 e instalação imediata de um dispositivo de decompressão (Figura 2B). O paciente foi submetido a punção aspirativa positiva, onde foi possível observar líquido queratinizado, juntamente com a biópsia incisional na região do dente 48, sob anestesia local. Os fragmentos obtidos (Figura 2A) foram alocados em formol a 10% e encaminhados para o exame histopatológico.

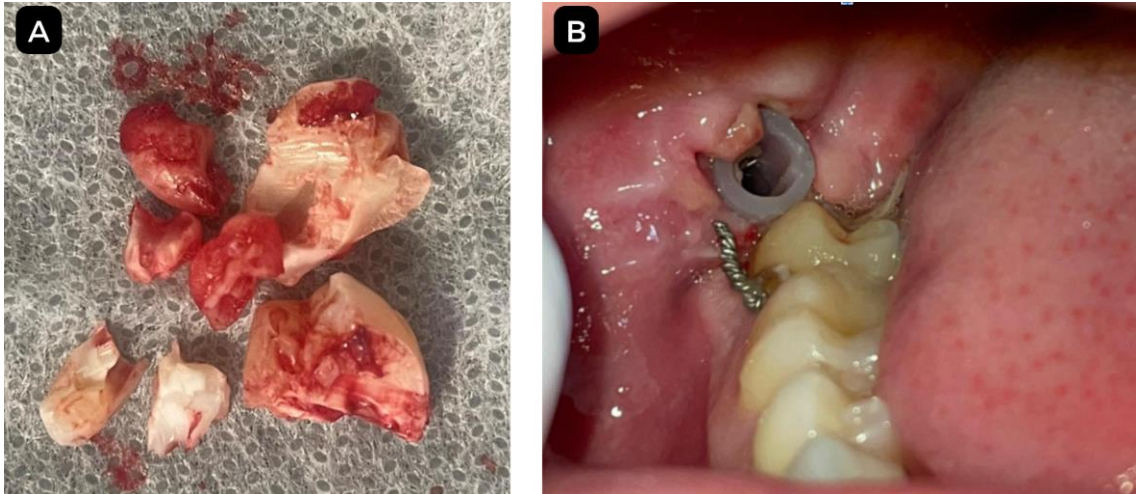


Figura 2. A - Remanescente do dente 48. **B** - Foto intraoral, 9 dias após a instalação do dispositivo de descompressão.

Após a cirurgia, o paciente foi instruído a manter uma rigorosa higiene local e irrigação no interior da lesão, com soro fisiológico 0,9 % com o auxílio de uma seringa de 10 mL, no mínimo 3 vezes ao dia, estando medicado com antimicrobiano, anti-inflamatório e analgésico. O material coletado foi enviado para o exame histopatológico em um frasco com o nome do paciente, contendo três fragmentos irregulares de tecido pardo-escuro, medindo em conjunto 1,0x0,9x0,3cm, consistência elástica. Todo o material foi submetido ao processamento histológico. Os cortes histológicos (Figura 3) revelam parede cística revestida por epitélio escamoso com acentuadas alterações reacionais secundárias a discreta exocitose. O tecido conjuntivo circundante mostra denso infiltrado inflamatório mono e polimorfonuclear difuso, além de edema e hemorragia. O restante do tecido exhibe fibrose e colagenização do estroma. A conclusão diagnóstica do exame histopatológico constatou cisto dentífero.

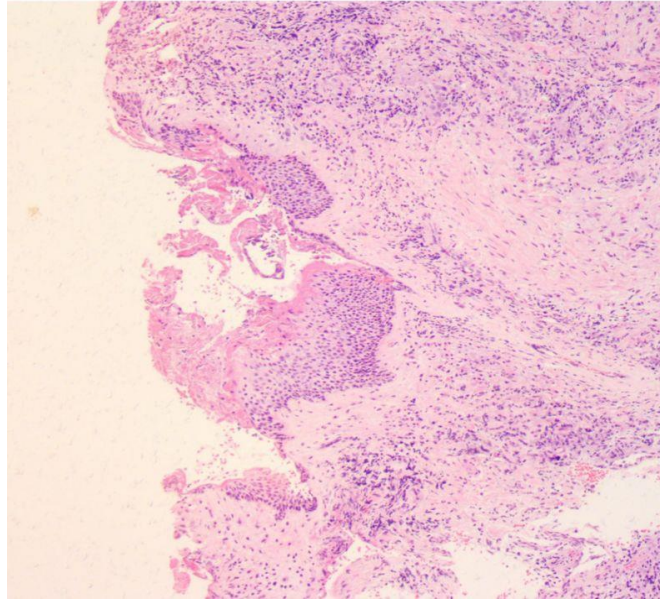


Figura 3. Imagem da lâmina mostrando o epitélio estratificado não queratinizado, com áreas mais espessas e áreas mais delgadas.

O paciente retornou ao consultório odontológico 32 dias após a instalação do dispositivo, visando acompanhamento do quadro, sendo solicitado uma radiografia panorâmica para verificar a disposição do dreno (Figura 4A). Após 5 meses do início da descompressão, foi solicitado um novo exame de imagem para acompanhamento da lesão, onde foi possível visualizar uma regressão da cavidade cística (Figura 4B).

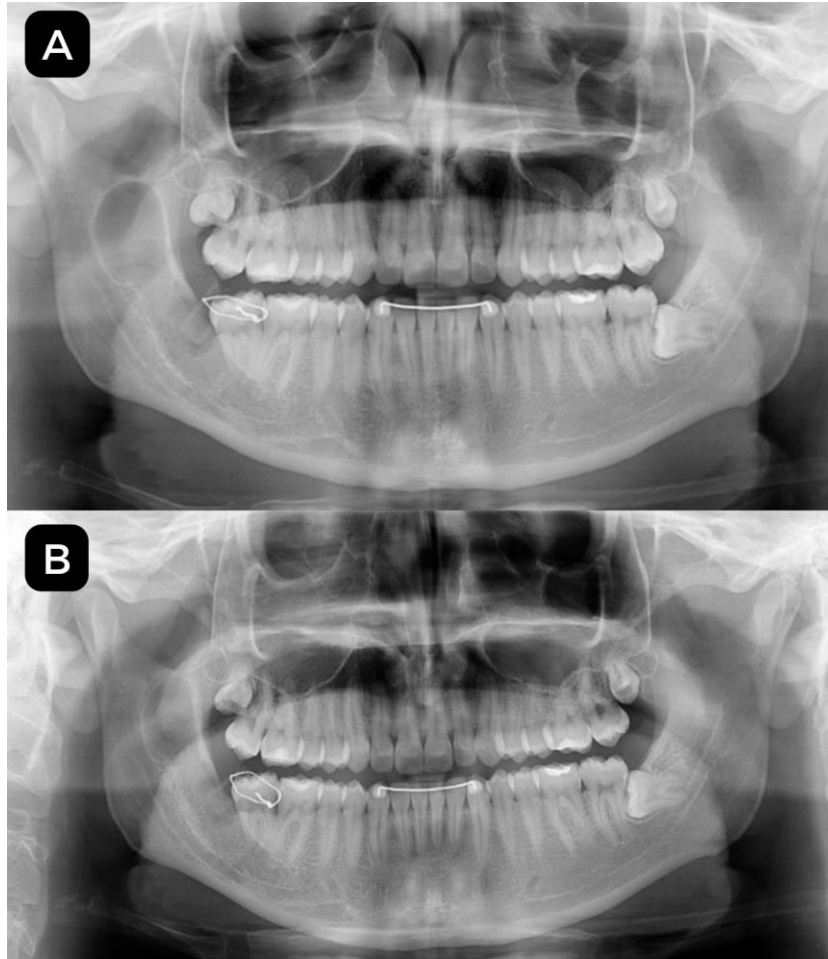


Figura 4. A - Radiografia panorâmica após 32 dias da instalação do dreno e remoção do dente 48. **B** - Radiografia panorâmica após 5 meses da colocação do dreno.

Uma nova imagem tomográfica computadorizada de feixe cônico (Figura 5) foi solicitada 7 meses após o início do tratamento, onde foi constatado neoformação óssea parcial, o que indica processo de reparo em andamento.

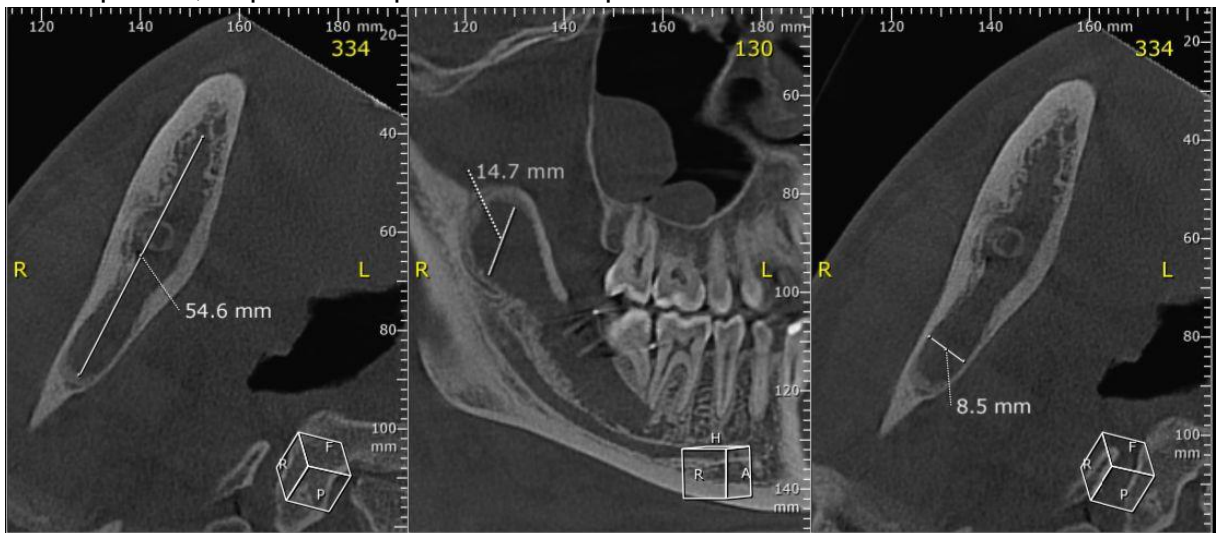


Figura 5. Tomografia da região posterior de mandíbula após 7 meses do procedimento cirúrgico, mostrando formação óssea. Imagem tomográfica computadorizada de feixe cônico de mandíbula,

corde oblíquo, sagital e oblíquo, respectivamente, evidenciando a região 47 e 48, com mensurações tomográficas ântero-posterior, súpero-inferior e vestibulo-lingual, respectivamente.

Após 9 meses do tratamento inicial, foi realizado o tratamento definitivo, onde o paciente foi submetido a anestesia geral em âmbito hospitalar para realizar a cirurgia de remoção total da lesão e do dente 38 (Figura 6). A cirurgia teve duração de 2 horas, onde o procedimento transcorreu conforme o previsto, sem intercorrências e o paciente recebeu alta no dia da cirurgia. No pós-operatório, foi prescrito analgésico, anti-inflamatório e antimicrobiano, sendo que o paciente não relatou dor e não apresentou hematoma, apenas edema no local da cirurgia. No retorno ao cirurgião bucomaxilofacial 12 dias após a cirurgia, o paciente relatou não estar com parestesia.

O paciente deverá retornar ao consultório odontológico a cada 90 dias para acompanhamento e, passados 6 meses da enucleação, realizará uma radiografia panorâmica. Somente 1 ano depois da enucleação uma nova tomografia computadorizada de feixe cônico deverá ser realizada.

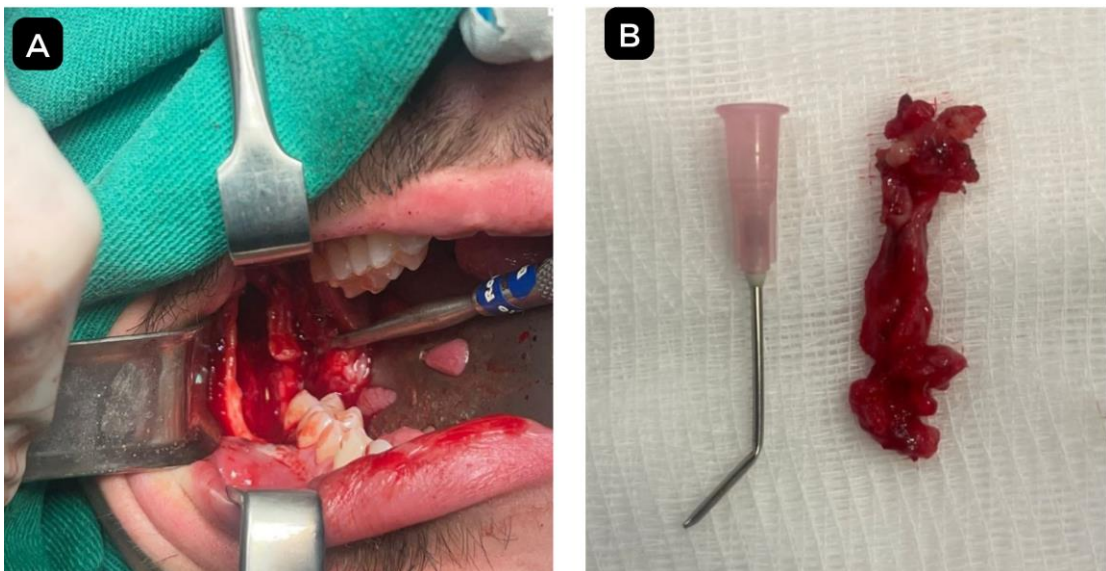


Figura 6. A – Sítio cirúrgico. B – Peça cirúrgica.

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou um caso clínico de extensa lesão mandibular, em paciente jovem, cujas características radiográficas não eram conclusivas. Existem características semelhantes entre o cisto dentígero e ceratocisto odontogênico, sendo que ambos são assintomáticos, possuem incidência maior em mandíbula, sexo masculino e, geralmente, são achados radiográficos [1,2,3,7,8,9,10,11]. De acordo com alguns estudos [1,11], a frequência do cisto dentígero é maior durante a primeira e

terceira década de vida, sendo mais prevalente em leucoderma [11]. Já o ceratocisto odontogênico é mais acometido na segunda e terceira década de vida [7,12]. Os autores concordam que o cisto dentígero tem um crescimento lento, uma maior incidência na região dos terceiros molares inferiores, seguido por região de canino superior e molares superiores [1,5,11,14,18]. O crescimento do ceratocisto odontogênico ocorre no sentido ântero-posterior, geralmente, sem expandir a cortical [7,9], e é comumente localizado no ramo de mandíbula [7,8]. Esses sinais foram observados no caso relatado, o que levou os autores a elencarem ceratocisto odontogênico como principal hipótese.

Radiograficamente, os cistos dentígeros apresentam-se como uma lesão unilocular, radiolúcida bem delimitada, circundando a coroa de um dente não irrompido, com inserção no limite amelocementário [3,11,5,14]. Grandes lesões podem apresentar características radiográficas multiloculares, podendo-se realizar diagnóstico diferencial com outras patologias [5,1]. As variações da disposição da área radiolúcida em relação à coroa do dente incluso podem ocorrer, sendo mais comum a aparência central, onde a lesão cística envolve a coroa do dente incluso. Na variante lateral, a área radiolúcida é observada na lateral radicular, onde recobre uma parte da coroa do dente não irrompido, e a variante circunferencial é a mais desafiadora para o diagnóstico de cistos dentígeros, pois a área radiolúcida envolve todo o dente [1,2]. O aspecto radiográfico do ceratocisto odontogênico é uma área radiolúcida unilocular ou multilocular [7,2], podendo ou não estar associada a um dente não irrompido [9,12]. Além disso, apresenta comportamento localmente agressivo e alta taxa de recidiva [2,7,8,9,13]. Nesse relato, a lesão apresentava-se com aspecto circunferencial, unilocular, com área radiolúcida bem definida e sem expansão da cortical.

Histologicamente, o cisto dentígero é uma cavidade patológica constituída por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso circundada por epitélio escamoso estratificado não queratinizado, e na maioria das vezes, com duas a três camadas de células de espessura, o que facilita a sua remoção total [3,5,11,17,19,20]. O ceratocisto odontogênico, histologicamente, é uma estrutura cística, revestida internamente por epitélio escamoso queratinizado, com 6 a 10 células de espessura, e a superfície basal é composta por células columelares em paliçada com núcleos hiper cromáticos e polarizados. O revestimento do cisto é muito fino e friável e com presença de cistos satélites, tornando muito difícil o sucesso da enucleação, o que aumenta a taxa de

recidiva [2,7,12,13,15]. As características histopatológicas podem ser influenciadas pela história de infecção local [3].

Foi observado na literatura dois estudos com relato de cisto dentígero localizados na região de canino inferior [10,17], sendo uma localização pouco descrita na literatura e que diverge dos resultados de outros estudos [1,5,11,14,18]. Em outro relato, os autores [18] descreveram um caso de cisto dentígero com sintomatologia distinta do caso relatado neste estudo, pois o paciente procurou atendimento com queixas de dor de cabeça, e referiu drenagem de secreção purulenta pela narina direita. Além da sensação de pressão e dor ao piscar o olho direito, dificuldade para respirar pelo nariz e assimetria na face [18].

Os parâmetros para a escolha do tratamento do cisto dentígero ainda não são totalmente definidos, onde leva-se em consideração a extensão da lesão, idade do paciente, os dentes envolvidos e o comprometimento das estruturas anatômicas adjacentes. A punção aspirativa deve ser realizada em todos os casos, pois lesões com aspectos radiográficos semelhantes podem ser tumores odontogênicos. Assim, o achado de líquido no interior da lesão é um grande indício de cisto. Os tratamentos comumente utilizados são a enucleação e a marsupialização, sendo que a enucleação é realizada juntamente com a extração do dente não irrompido e a marsupialização é realizada com a descompressão cística em casos de cistos extensos ou a possibilidade de salvar o dente envolvido, sendo que os casos de recidiva são raros [2,3,5,10,11,14].

Alguns estudos destacam que a principal complicação que ocorre após a enucleação de cistos dentígeros presentes em mandíbula é a parestesia do nervo alveolar inferior, diferindo do caso relatado, em que o paciente alega não ter sido acometido por nenhum sintoma de parestesia [6,19].

Em casos em que as hipóteses diagnósticas permeiam entre cisto dentígero e ceratocisto odontogênico, a punção aspirativa pode se mostrar um bom recurso, visto que há variação no conteúdo de líquido amarelo citrino ou queratina, podendo determinar a conduta a ser tomada.

Os estudos de prevalência e descrição de cistos dentígeros e outras patologias do sistema estomatognático são relevantes, pois os avanços tecnológicos atuais fornecem informações precisas para o diagnóstico, permitindo um melhor planejamento operatório e redução das complicações. Portanto, mais estudos de casos devem ser realizados a fim de proporcionar esse avanço.

CONCLUSÃO

O cisto dentífero é um cisto odontogênico benigno de desenvolvimento de ocorrência mais comum da cavidade oral. Apresenta dificuldade clínica no seu diagnóstico, sendo confundido com ceratocisto odontogênico e outras patologias de aspecto semelhante. Os achados clínicos juntamente com a história médica do paciente e os exames de imagem, principalmente, a tomografia computadorizada de feixe cônico, podem direcionar as hipóteses diagnósticas, tornando a conduta mais eficiente, embora o padrão ouro seja o exame histopatológico.

REFERÊNCIAS

1. Mckinney SL, Lukes SM. Dentigerous cyst in a young child: a case report. *Canadian Journal of Dental Hygiene*. 2021; 55(3):177-181. PMID: 34925518; PMCID: PMC8641551.
2. Santosh ABR. Odontogenic Cysts. *Dental Clinics of North America*. 2020; 64(1):105-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.002>
3. Austin RP, Nelson B. Sine Qua Non: dentigerous cyst. *Head And Neck Pathology*. 2021; 15(4):1261-1264. <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-021-01327-3>
4. Aoki N, Ise K, Inoue A, Kosugi Y, Koyama C, Iida M, et al. Multidisciplinary approach for treatment of a dentigerous cyst – marsupialization, orthodontic treatment, and implant placement: a case report. *Journal Of Medical Case Reports*. 2018; 12(1):1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/s13256-018-1829-2>
5. Caliento R, Mannarino FS, Hochuli-vieira E. Cisto dentífero: modalidades de tratamento. *Revista de Odontologia da Unesp*. 2013; 42(6):458-462. <http://dx.doi.org/10.1590/s1807-25772013000600012>
6. Santos GS, Bianchi PR, Souza IBA, Azeredo RA, Eustáquio-Silva R. Lesão do nervo alveolar inferior após extração de terceiro molar inferior impactado e associado a um cisto dentífero. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2023; 23(4):1-10. <https://doi.org/10.25248/reas.e12317.2023>
7. Geletu GL, Burlacu A, Baciú E, Diaconu-popa D, Murariu A, Foia LG, Ungureanu L, Onica N. Various Surgical Interventions in Treating Odontogenic Keratocyst: a radiological case report. *Healthcare*. 2023; 11(3): 1-11. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11030416>

8. Miyamoto S, Goto T, Shirakawa J, Kawano T, Murahashi M, Ide K, et al: Odontogenic keratocyst in the mandibular condyle base region: A case report. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2023; 25(3): 1-6. <http://dx.doi.org/10.3892/etm.2023.11840>
9. Nath P, Menon C, Sham M, Kumar V, Archana S. Conservative management of odontogenic keratocyst in a tertiary hospital. *Annals Of Maxillofacial Surgery*. 2020; 10(1):122-126. http://dx.doi.org/10.4103/ams.ams_260_18
10. Rajae EG, Karima EH. Dentigerous cyst: enucleation or marsupialization? (a case report). *Pan African Medical Journal*. 2021; 40(149):1-7. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2021.40.149.28645>
11. Benossi FIT, Silva MAE, Salmeron S, Gottardo VD, Figueira Junior HC. Cisto dentígero: revisão de literatura e relato de caso. *Revista Uningá*. 2019; 56(4):104-112. <http://dx.doi.org/10.46311/2318-0579.56.euj3242>
12. Roman CR, Faur CI, Boțan E, Ghiurca RS, Moldovan MA. Odontogenic keratocyst: the dos and don'ts in a clinical case scenario. *American Journal of Case Reports*. 2022; 23(1):1-7. <http://dx.doi.org/10.12659/AJCR.936641>
13. Mohanty S, Dabas J, Verma A, Gupta S, Urs AB, Heavathy S. Surgical management of the odontogenic keratocyst: a 20-year experience. *International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery*. 2021; 50(9):1168-1176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2021.02.015>
14. Vaz LGM, Rodrigues MTV, Ferreira Junior O. Dentigerous cyst: clinical and radiographic characteristics and criteria for treatment planning. *RGO - Revista gaúcha de odontologia*. 2010; 58(1):127-130. ISSN: 1981-8637.
15. Pontes FSC, Souza LL, Oliveira LTB, Khan W, Abreu MC, Pontes HAR. Odontogenic keratocyst in a 9-month-old patient: a case report. *Journal Of Clinical Pediatric Dentistry*. 2021; 45(3):199-203. <http://dx.doi.org/10.17796/1053-4625-45.3.9>
16. Karaca C, Dere K, Er N, Aktas A, Tosun E, Koseoglu O, et al. Recurrence rate of odontogenic keratocyst treated by enucleation and peripheral ostectomy: retrospective case series with up to 12 years of follow-up. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal*. 2018; 23(4):443-448. <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.22366>
17. Vasconcelos MG, Oliveira DHIP, Avelar WV, Barboza CAG, Queiroz LMG, Vasconcelos RG. Unusual location of a dentigerous cyst – case repor. *Scientic-Clinical Odontology*. 2017; 16(4):315-318. ISSN 1677-3888.

18. Arici M, Bayar T, Tas-Ozyurtseven B, Gungormus M. Bilateral ectopic third molars in maxillary sinus associated with dentigerous cyst identified with ophthalmic, nasal and maxillary complication: A rare case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. 2022; 26(1):84-87. http://dx.doi.org/10.4103/jomfp.jomfp_359_20
19. Soares RP, Stefanini AR, Fabris ALS, Bortoluzo PH, Simonato LE. Cisto dentígero: diagnóstico e tratamento. *Archives of health investigation*. 2019; 7(11):461-464. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v7i11.3034>
20. Silva MP, Zenatti R, Conci R, Junior E, Álvaro G, Magro NE, et al. Enucleação de cisto dentário extenso em ambiente ambulatorial: relato de caso. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*. 2021; 4(3): 10606–10619. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-081>