FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

JEFFERSON WAGNER DO CARMO MARIA JUNIOR

CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA: Relato de caso

Sete Lagoas/MG
2025

JEFFERSON WAGNER DO CARMO MARIA JUNIOR

CERATOCISTO ODONTOGÊNCO EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA:

Relato de caso

Trabalho como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.
Orientador: Prof. Paulo Henrique Alvares Torres

Sete Lagoas/MG
2025

FACSETE
FACULDADE SETE LAGOAS

Jefferson Wagner do Carmo Maria Junior

CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDIBULA: Relato de Caso

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em "Odontologia" da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovado em 11 de dezembro de 2025.

Prof. (a) Paulo Henrique Alvares Torres
Orientador(a)
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Prof. (a) Ricardo Antônio Elias Evaristo
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Sete Lagoas, 11 de dezembro de 2025.

Digitalizado com CamScanner

RESUMO

O ceratocisto odontogênico é uma lesão benigna, porém agressiva, com alta taxa de recorrência e crescimento expansivo, originada de remanescentes epiteliais da lâmina dentária. Clinicamente, manifesta-se principalmente na mandíbula, com imagens radiográficas uniloculares ou multiloculares, sendo o diagnóstico confirmado por histopatologia, que identifica epitélio paraceratinizado e cistos satélites. O tratamento varia desde abordagens conservadoras, como marsupialização, até cirurgias mais invasivas, como enucleação com ostectomia, frequentemente associadas a agentes adjuvantes como a solução de Carnoy modificada ou 5-fluorouracil, este último com menor neurotoxicidade, enquanto tecnologias como inteligência artificial têm auxiliado no diagnóstico preciso por meio de radiografias panorâmicas. Este trabalho visa relatar um caso de um paciente atendido na Faculdade de Sete Lagoas com diagnóstico de caratocisto odontogênico abordando o tratamento e acompanhamento realizado. O caso clínico relatado reforça a natureza agressiva e recorrente do ceratocisto odontogênico, destacando a importância de um diagnóstico preciso e de um tratamento individualizado. A recidiva observada após a primeira enucleação evidenciou a necessidade de terapias adjuvantes, como o uso da solução de Carnoy, que mostrou eficácia na prevenção de novas ocorrências. O acompanhamento clínico e radiográfico contínuo foi essencial para monitorar a regressão da lesão. Assim, o estudo reafirma que o sucesso terapêutico depende de abordagem multidisciplinar, baseada em evidências científicas e em constante atualização profissional.

Palavras chaves: “KERATOCYST" e "ODONTOGENIC"

ABSTRACT

Odontogenic keratocyst is a benign but aggressive lesion with a high rate of recurrence and expansive growth, originating from epithelial remnants of the dental lamina. Clinically, it manifests mainly in the mandible, with unilocular or multilocular radiographic images, and the diagnosis is confirmed by histopathology, which identifies parakeratinized epithelium and satellite cysts. Treatment ranges from conservative approaches, such as marsupialization, to more invasive surgeries, such as enucleation with ostectomy, often associated with adjuvant agents such as modified Carnoy's solution or 5-fluorouracil, the latter with less neurotoxicity, while technologies such as artificial intelligence have aided in accurate diagnosis through panoramic radiographs. This work aims to report a case of a patient treated at the Faculty of Sete Lagoas with a diagnosis of odontogenic keratocyst, addressing the treatment and follow-up performed. The reported clinical case reinforces the aggressive and recurrent nature of odontogenic keratocyst, highlighting the importance of accurate diagnosis and individualized treatment. The recurrence observed after the first enucleation evidenced the need for adjuvant therapies, such as the use of Carnoy's solution, which proved effective in preventing new occurrences. Continuous clinical and radiographic follow-up was essential to monitor lesion regression. Thus, the study reaffirms that therapeutic success depends on a multidisciplinary approach, based on scientific evidence and constant professional updating.

Keywords: “KERATOCYST" e "ODONTOGENIC"

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E FUNDMENTAÇÃO TEÓRICA 6

2. OBJETIVOS 8

2.1. OBJETIVO GERAL 8

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 8

3. METODOLOGIA 9

4. RELATO DE CASO 10

5. DISCUSSÃO 21

6. CONCLUSÃO 23

REFERÊNCIAS: 24

1. INTRODUÇÃO E FUNDMENTAÇÃO TEÓRICA

O ceratocisto odontogênico (CO) é uma lesão intraóssea benigna, de origem epitelial, que se desenvolve a partir dos remanescentes da lâmina dentária. Apresenta comportamento clínico peculiar, sendo reconhecido por sua tendência a crescimento expansivo, invasão de estruturas adjacentes e elevada taxa de recorrência após tratamento cirúrgico, características que o diferenciam dos demais cistos odontogênicos. (NEVILLE et al., 2016).

Historicamente, o CO foi objeto de ampla discussão quanto à sua classificação. Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reclassificou a lesão como tumor odontogênico ceratocístico (TOC), com base em sua agressividade, capacidade de recorrência e achados moleculares, como mutações no PTCH1, uma importante molécula da via de sinalização Hedgehog (SIVAPATHASUNDHARAM et al., 2019; DIOGUARDI et al., 2024). Contudo, a edição de 2017 da classificação da OMS retornou à denominação de cisto, reafirmando a natureza cística da lesão frente à ausência de comportamento neoplásico na maioria dos casos (STOELINGA, 2022).

Do ponto de vista clínico e radiográfico, o CO manifesta-se predominantemente na mandíbula, especialmente na região de ângulo e ramo mandibular, podendo apresentar-se como uma imagem unilocular ou multilocular bem delimitada em exames de imagem (DÍAZ-BELENGUER et al., 2016; DIOGUARDI et al., 2024). Em alguns casos, pode envolver dentes impactados, simulando cistos dentígeros (NEVILLE et al., 2016). O diagnóstico definitivo, no entanto, depende da análise histopatológica, onde se observa um epitélio paraceratinizado estratificado com padrão palissádico e ausência de inflamação, além da presença ocasional de cistos satélites, que contribuem para a recorrência da lesão (NEVILLE et al., 2016; STOELINGA, 2022).

Diversas modalidades terapêuticas têm sido propostas, variando de tratamentos conservadores, como marsupialização e descompressão, até intervenções mais agressivas, como ressecções segmentares (TABRIZI et al., 2019; DIOGUARDI et al., 2024). O tratamento mais comum ainda é a enucleação associada à ostectomia periférica, muitas vezes complementada com agentes adjuvantes. A solução de Carnoy modificada (sem clorofórmio) é amplamente empregada por seu

efeito cauterizante e capacidade de reduzir o risco de recorrência (DÍAZ-BELENGUER et al., 2016; JACOBS et al., 2024). Contudo, seu uso pode estar associado a efeitos colaterais, como lesões em nervos periféricos. Em contrapartida, agentes como o 5-fluorouracil (5-FU) vêm demonstrando taxas de recorrência mais baixas e menor neurotoxicidade, consolidando-se como alternativa promissora (JACOBS et al., 2024).

Adicionalmente, a aplicação de tecnologias como a inteligência artificial tem sido investigada para o diagnóstico precoce e acurado do ceratocísto, com modelos de aprendizado profundo (deep learning) apresentando acurácia superior a 90% na detecção em radiografias panorâmicas (SHOORGASHTI et al., 2025).

A escolha do protocolo terapêutico deve levar em consideração variáveis como o tamanho e localização da lesão, idade do paciente, presença de múltiplas lesões (como nos casos associados à síndrome de Gorlin-Goltz e o risco de comprometimento de estruturas anatômicas vitais. Dessa forma, uma abordagem individualizada, baseada em evidências atualizadas, é essencial para otimizar os resultados clínicos e minimizar as taxas de recorrência.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Relatar o caso de um paciente com diagnóstico ceratocisto odontogênico, que procurou atendimento na Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as características clínicas e radiográficas do ceratocisto odontogênico;
- Discutir sobre possíveis fatores etiológicos;
- Descrever o tratamento e acompanhamento realizado.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura com a apresentação de um caso clínico de um paciente com diagnóstico de ceratocisto odontogênico. Pelo qual foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados “Pubmed”, com o uso de palavras chaves como: “KERATOCYST" e "ODONTOGENIC", esses artigos foram publicados no intervalo de anos de 2015 a 2025, sendo esses do idioma inglês. Além destes, foi critério para estudo a coleta de dados em livro bibliográfico com publicação em 2016. Como critério para escolha buscou-se por pesquisas dentro da temática, que tivessem sido publicados nos últimos 10 anos, portanto buscou-se por atualidade bem como relevância de acordo com o tema, optou-se por artigos científicos como tipo de pesquisa em revisão sistemática. Como critério de exclusão, não foram adicionados aqueles que fugissem da temática central do presente estudo.

Esse trabalho de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Sete Lagoas, com número do parecer sendo 5.815.466, aprovado no dia 14 de dezembro de 2022, Sete Lagoas – MG (Anexo 1).

4. RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, feoderma, nacionalidade brasileira, procurou atendimento odontológico na clínica escola de cirurgia da Faculdade de Odontologia da FACSETE em 2021 com queixa de dor associada a um aumento de volume em região anterior de mandíbula. Durante a anamnese paciente não relatou uso de medicamentos ou alterações sistêmicas.

Ao exame clínico intraoral, observou-se na região anterior de mandíbula um aumento de volume no rebordo alveolar na região vestibular e lingual de consistência firme e doloroso a palpação (Figura 1).



Figura 1: Imagem da foto do exame clínico inicial
Fonte: Dos autores

Na análise dos exames de imagem que o paciente portava observamos uma área radiolúcida multilocular, bem delimitada que se estendia da região do elemento 33 ao 45 (Figura 2).



Figura 2: Imagem da radiografia panorâmica inicial
Fonte: Dos autores

Após avaliação clínica e radiográfica, foi solicitada a paciente uma tomografia computadorizada de feixe cônico para melhor avaliação da lesão, onde a imagem mostrou uma área hipodensa, com expansão e afinamento das corticais vestibulares e linguais, com alguns pontos de perfuração que se estendia por toda região anterior da mandíbula entre os forames mentonianos (Figuras 3 e 4).

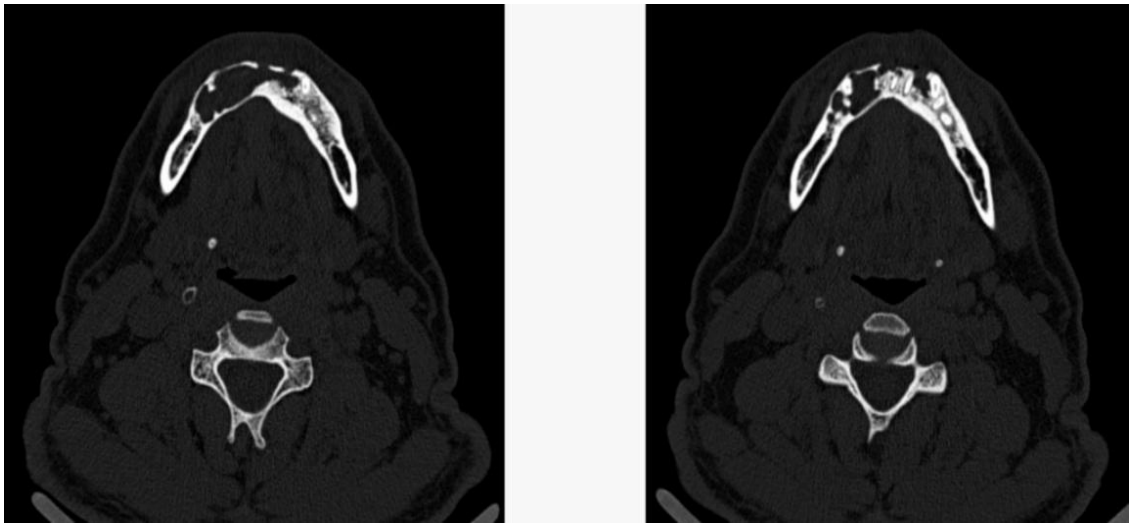


Figura 3: Imagem da tomografia computadorizada
Fonte: Dos autores

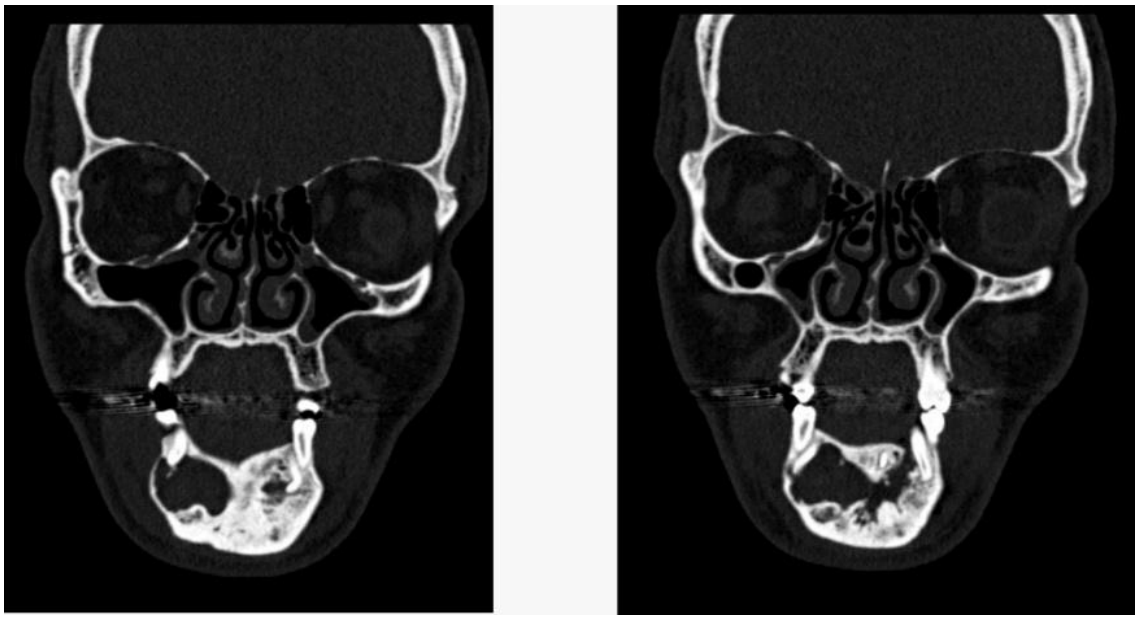


Figura 4: Imagem da tomografia computadorizada
Fonte: Dos autores

Na figura 5 mostramos de forma ilustrativa a grande expansão da cortical vestibular com os pontos de destruição da cortical.



Figura 5: Imagem da reconstrução 3D da tomografia computadorizada
Fonte: Dos autores

Com base no resultado do exame clínico e exames de imagem, tivemos como hipóteses diagnósticas o cisto periapical, o ceratocisto odontogênico e o ameloblastoma. Foi então indicada a necessidade da realização da biopsia incisional,

iniciamos com a realização da punção aspirativa que foi positiva para líquido espesso de coloração amarelada semelhante a leite condensado o que já indicava a possibilidade do diagnóstico ser do ceratocisto odontogênico (Figuras 6 e 7).



Figura 6: Imagem do momento da realização da punção.

Fonte: Dos autores



Figura 7: Imagem do material da punção.

Fonte: Dos autores

Após a punção iniciou-se o procedimento cirúrgico propriamente dito para coleta do material para exame anatomopatológico. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local, com lidocaína a 2% associada à epinefrina 1:100.000, realizando a técnica anestésica de bloqueio mentoniano bilateral e supraperiosteal na face lingual. O acesso cirúrgico foi intraoral e transcorreu sem intercorrências.

Conseguimos praticamente realizar a curetagem quase total da lesão e o material foi acondicionado em formol 10% e enviado ao Laboratório de Patologia Bucal do Departamento de Odontologia da PUC Minas (Figura 8).



Figura 8: Imagem do material coletado
Fonte: Dos autores

O exame anatomopatológico mostrou um fragmento de cápsula cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraceratinizado, de espessura fina, uniforme e ondulada e corrugada. Células da camada basal com núcleos hipercromáticos e dispostos em paliçada. A cápsula de tecido conjuntivo fibroso apresenta espessura fina e escasso infiltrado inflamatório mononuclear. Escamas de queratina podem ser observadas na cavidade cística (Figura 9 e 10).

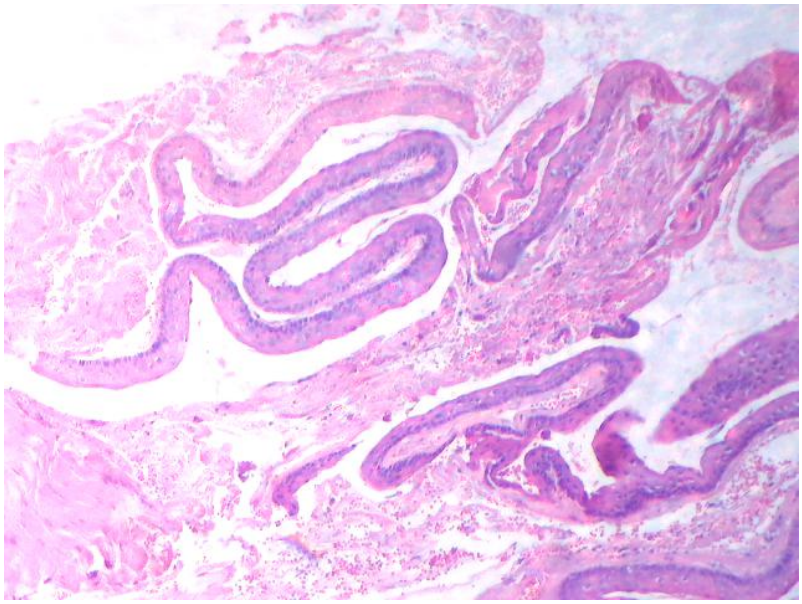


Figura 9: Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 40x.
Fonte: Dos Autores.

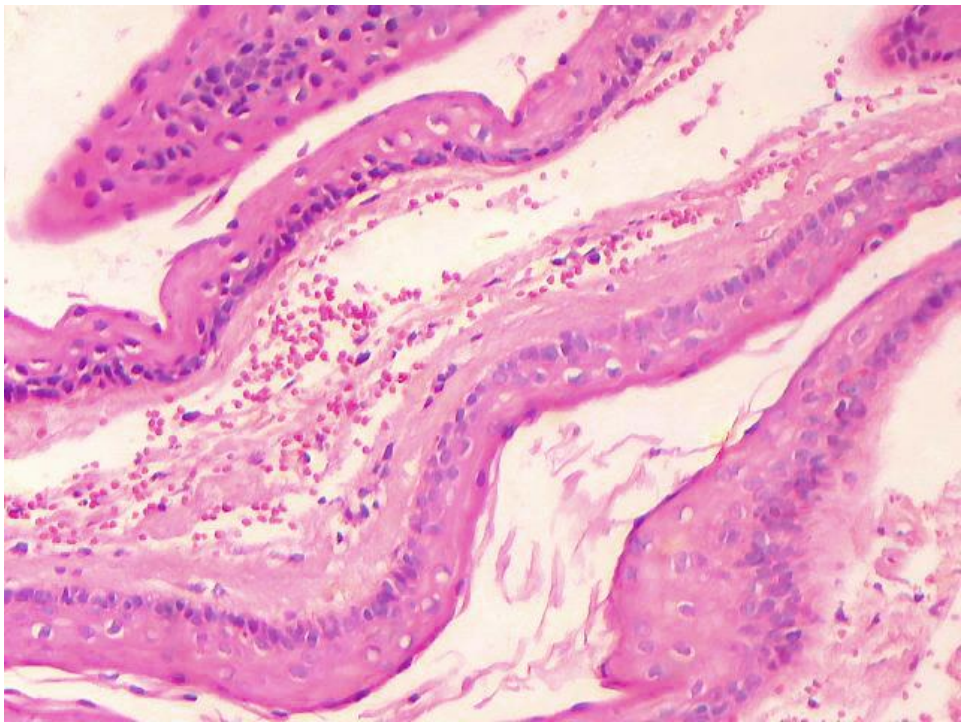


Figura 10: Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 100x.
Fonte: Dos Autores.

Paciente então foi encaminhado para endodontista para realização de teste de vitalidades dos elementos anteriores envolvidos na lesão. Paciente retorna cerca de 12 meses após realização da biopsia, com os elementos dentários 32 e 31 com tratamento endodôntico realizado e sem queixas na região anterior de mandíbula. No exame radiográfico panorâmico de controle encontramos discreta neoformação óssea na região (Figura 11).



Figura 11: Imagem da radiografia panorâmica de 12 meses após a biópsia.
Fonte: Dos autores

Passados mais 24 meses sem controle periódico, paciente retornar com as mesmas queixas iniciais com dor a palpação e expansão das corticais, e no exame radiográfico panorâmico observamos que a área radiolúcida persistia (Figura 12).



Figura 12: Imagem da radiografia panorâmica de 36 meses após a biópsia.
Fonte: Dos autores

Diante do longo histórico de evolução da doença e da persistência da área radiolúcida no exame de imagem sugerimos ao paciente uma nova abordagem cirúrgica. Dessa vez sob anestesia geral onde realizaríamos a enucleação total da lesão com uso da solução de Carnoy.

Deste modo, iniciamos a preparação para a intervenção cirúrgica, orientamos a paciente e os familiares sobre as possíveis intercorrências, tais como hemorragia, infecção, e sobre os cuidados pré e pós operatórios. Realizamos os exames pré-operatórios e o risco cirúrgico.

Paciente foi encaminhado para o serviço de cirurgia bucomaxilofacial do Hospital Municipal de Sete Lagoas onde foi realizado o procedimento cirúrgico.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, o paciente foi entubado por via orotraqueal. Realizada a antissepsia extra e intraoral e colocação dos campos operatórios estéreis (Figura 13).



Figura 13: Imagem da foto do início do procedimento cirúrgico.
Fonte: Dos autores

Iniciamos o procedimento cirúrgico com a infiltração de lidocaína a 2% associada à epinefrina 1:100.000 em toda região anterior de mandíbula para garantir um melhor controle do sangramento, na sequência a incisão foi realizada com bisturi elétrico na região de fundo de saco de vestíbulo entre forames mentonianos e rebatimento do retalho de espessura total com a exposição do tecido ósseo (Figura 14).

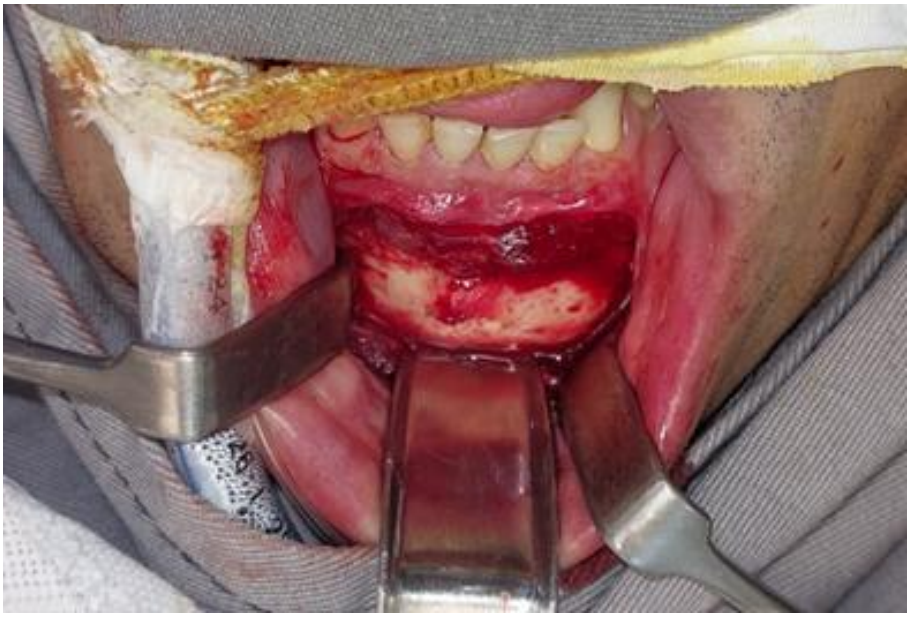


Figura 14: Imagem da foto do acesso cirúrgico realizado.
Fonte: Dos autores

O próximo passo foi a realização a osteotomia para acessar as cavidades da lesão, uma vez expostas procedemos com a curetagem minuciosa para remoção de toda membrana cística visível, em seguida foi aplicada a solução de Carnoy por 3 minutos por duas vezes e posteriormente toda área foi irrigada copiosamente com solução fisiológico para finalizar com a sutura continua (Figuras 15 a 18).

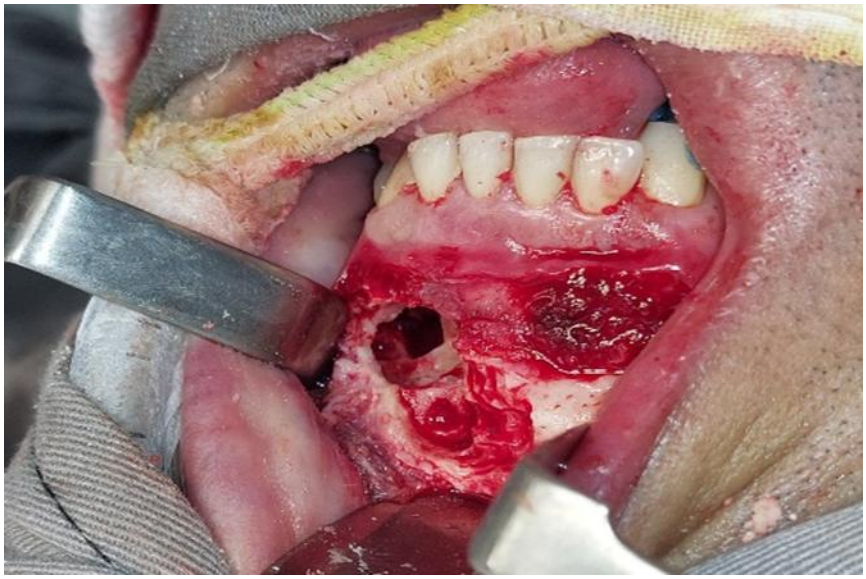


Figura 15: Imagem da foto da osteotomia realizada.
Fonte: Dos autores



Figura 16: Imagem da foto da aplicação da solução de Carnoy.
Fonte: Dos autores

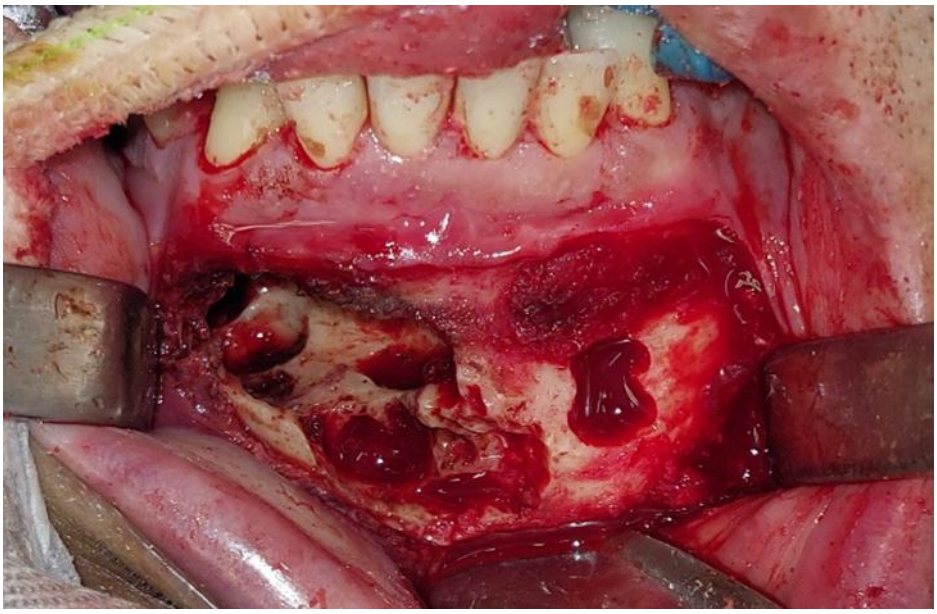


Figura 17: Imagem da foto do aspecto após a aplicação da solução de Carnoy.
Fonte: Dos autores



Figura 18: Imagem da foto da sutura no final do procedimento.
Fonte: Dos autores

Finalizamos a cirurgia sem intercorrências e no pós-operatório paciente relatou quadro de edema e dor compatível com procedimento realizado. Para os controles pós-operatórios salientamos para o paciente a importância de serem realizados para garantir o sucesso da intervenção. Portanto os exames clínicos e radiográfico foram sistematicamente realizados de 4 em 4 meses e o último controle foi realizada após 15 meses. Nesse controle clinico radiográfico o paciente estava assintomático, sem

expansão das corticais e no exame de imagem observamos a ótima neoformação óssea (Figura 19).



Figura 19: Imagem da foto do exame radiográfico panorâmico após 15 meses da cirurgia.
Fonte: Dos autores

5. DISCUSSÃO

O Ceratocisto Odontogênico (CO) é uma lesão epitelial de comportamento agressivo e alta taxa de recidiva, mesmo após intervenções cirúrgicas bem executadas. A literatura o descreve como um dos cistos odontogênicos mais recorrentes dos maxilares, geralmente localizado na região posterior da mandíbula, embora também possa afetar áreas anteriores, como observado no caso em questão (NEVILLE et al., 2016).

De acordo com Sivapathasundharam et al. (2019), a classificação mais recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém o CO no grupo dos cistos odontogênicos de desenvolvimento, destacando seu potencial de recidiva e a necessidade de acompanhamento prolongado. Essa característica justifica o uso de terapias adjuvantes, uma vez que a simples enucleação nem sempre é suficiente para impedir a recorrência da lesão (STOELINGA, 2022).

A opção inicial pela enucleação está em conformidade com o tratamento mais comumente descrito na literatura, considerado conservador, mas eficaz quando associado a medidas complementares (DIOGUARDI et al., 2024). No entanto, o caso relatado apresentou recidiva após o primeiro procedimento com um desfecho relatado com frequência em estudos que apontam taxas de recorrência variando de 10% a 30%, dependendo da técnica utilizada (WINTERS et al., 2023).

Nesse contexto, o uso de soluções químicas adjuvantes, como a solução de Carnoy, tem ganhado destaque por reduzir a chance de recidiva. Essa substância atua fixando quimicamente os tecidos adjacentes e eliminando possíveis remanescentes epiteliais (DÍAZ-BELENGUER; SÁNCHEZ-TORRES; GAY-ESCODA, 2016). Jacobs et al. (2024) relataram resultados promissores tanto com versões modificadas da solução de Carnoy quanto com o uso de agentes alternativos, como o 5-fluorouracil, que apresentaram eficácia e segurança semelhantes.

Assim, a conduta adotada neste caso com a nova enucleação associada à aplicação da solução de Carnoy está alinhada às evidências científicas mais recentes, que recomendam a combinação de métodos cirúrgicos e químicos para o controle de lesões recorrentes (WINTERS et al., 2023; JACOBS et al., 2024).

Pesquisas comparativas também indicam que o uso de adjuvantes é especialmente benéfico em áreas de difícil acesso ou próximas a estruturas anatômicas sensíveis, como raízes dentárias e canal mandibular, cenário semelhante ao do paciente descrito (STOELINGA, 2022).

Além disso, revisões sistemáticas destacam o papel de técnicas minimamente invasivas, como a descompressão e a marsupialização, no preparo da lesão para a enucleação definitiva, reduzindo danos e facilitando o controle cirúrgico (TABRIZI et al., 2019). Contudo, em casos de recidiva, como o relatado, uma abordagem mais radical costuma ser a escolha mais indicada (SHARIF et al., 2015).

Pesquisas recentes também vêm explorando o uso de tecnologias avançadas, como algoritmos de inteligência artificial aplicados à análise de radiografias, para aprimorar o diagnóstico e o acompanhamento de CO (SHOORGASHTI et al., 2025). Esses avanços reforçam a importância do acompanhamento radiográfico periódico medida que, neste caso, permitiu o monitoramento eficaz da regressão da lesão após a segunda intervenção.

Portanto, o manejo clínico descrito envolvendo enucleação cirúrgica, uso de adjuvantes químicos e acompanhamento radiográfico prolongado encontra sólido respaldo na literatura científica contemporânea. O resultado favorável até o momento reforça a eficácia da conduta adotada, desde que o paciente mantenha acompanhamento contínuo, essencial para detectar precocemente eventuais recidiva (DIOGUARDI et al., 2024; WINTERS et al., 2023).

6. CONCLUSÃO

O ceratocisto odontogênico, apesar de se tratar de uma lesão benigna, apresenta comportamento biologicamente agressivo e uma notável tendência à recidiva, o que torna indispensável um diagnóstico preciso e um planejamento terapêutico criterioso. O caso relatado neste trabalho evidencia a necessidade de uma conduta individualizada, pautada em evidências científicas, uma vez que a simples enucleação da lesão, ainda que executada de forma adequada, nem sempre garante a ausência de recorrência. A ocorrência de uma segunda intervenção reforça a importância da utilização de terapias adjuvantes, como a aplicação da solução de Carnoy, amplamente reconhecida por contribuir para a diminuição das taxas de recidiva. Além disso, o acompanhamento clínico e radiográfico periódico mostrou-se fundamental para avaliar a regressão da lesão e detectar precocemente possíveis novas manifestações. Dentro dessa perspectiva, a conduta adotada no presente caso mostrou-se coerente com as recomendações atuais, refletindo em uma evolução clínica e radiográfica favorável. Por fim, ressalta-se a importância da constante atualização dos profissionais da área odontológica e da incorporação de novas tecnologias, como os sistemas baseados em inteligência artificial, que têm se mostrado promissores no diagnóstico precoce e no monitoramento dessas lesões. O êxito no tratamento do ceratocisto odontogênico depende, portanto, de uma abordagem multidisciplinar, criteriosa e sustentada pelo conhecimento científico mais recente.

REFERÊNCIAS:

DÍAZ-BELENGUER, Á.; SÁNCHEZ-TORRES, A.; GAY-ESCODA, C. Role of Carnoy's solution in the treatment of keratocystic odontogenic tumor: A systematic review. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 21, n. 6, p. e689-e695, 1 nov. 2016. DOI: 10.4317/medoral.21250. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27475699/. Acesso em: 23 jun. 2025.

DIOGUARDI, M. et al. Factors and management techniques in odontogenic keratocysts: a systematic review. *European Journal of Medical Research*, v. 29, n. 1, p. 287, 15 maio 2024. DOI: 10.1186/s40001-024-01854-z. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38750607/. Acesso em: 23 jun. 2025.

JACOBS, T. et al. Comparing 5-Fluorouracil Versus Modified Carnoy's Solution for the Treatment of Odontogenic Keratocysts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 82, n. 11, p. 1433-1440, nov. 2024. DOI: 10.1016/j.joms.2024.06.181. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39038594/. Acesso em: 23 jun. 2025.

NEVILLE, Brad W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. Tradução da 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SHARIF, F. N. et al. Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 11, CD008464, 5 nov. 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD008464.pub3. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26545201/. Acesso em: 23 jun. 2025.

SHOORGASHTI, R. et al. Artificial Intelligence Models Accuracy for Odontogenic Keratocyst Detection From Panoramic View Radiographs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Science Reports*, v. 8, n. 4, e70614, 31 mar. 2025. DOI: 10.1002/hsr2.70614. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40165928/. Acesso em: 23 jun. 2025.

SIVAPATHASUNDHARAM, B.; BISWAS, P. G.; PREETHI, S. The World Health Organization classification of odontogenic and maxillofacial bone tumors: An appraisal. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, v. 23, n. 2, p. 178-186, maio/ago. 2019. DOI: 10.4103/jomfp.JOMFP_211_19. Erratum em: *J Oral Maxillofac Pathol*, v. 23, n.

3, p. 483, set./dez. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31516220/. Acesso em: 23 jun. 2025.

STOELINGA, P. J. W. The odontogenic keratocyst revisited. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 51, n. 11, p. 1420-1423, nov. 2022. DOI: 10.1016/j.ijom.2022.02.005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35277291/. Acesso em: 23 jun. 2025.

SUÁREZ-PÉREZ, L.; PERALTA-MAMANI, M.; VELÁZQUEZ-CAYÓN, R. T. A comparison of piezoelectric surgery and conventional techniques in the enucleation of cysts and tumors in the jaws: a systematic review and meta-analysis. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 30, n. 3, p. e333-e344, 1 maio 2025. DOI: 10.4317/medoral.26799. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40121687/. Acesso em: 23 jun. 2025.

TABRIZI, R. et al. Decompression or Marsupialization; Which Conservative Treatment is Associated with Low Recurrence Rate in Keratocystic Odontogenic Tumors? A Systematic Review. *Journal of Dentistry (Shiraz)*, v. 20, n. 3, p. 145-151, set. 2019. DOI: 10.30476/DENTJODS.2019.44899. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31579687/. Acesso em: 23 jun. 2025.

WINTERS, R. et al. Safety and efficacy of adjunctive therapy in the treatment of odontogenic keratocyst: a systematic review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 61, n. 5, p. 331-336, jun. 2023. DOI: 10.1016/j.bjoms.2023.04.006. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37248124/. Acesso em: 23 jun. 2025.

ANEXO 1 -APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SETE LAGOAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGEM CONSERVADORA NO TRATAMENTO DE UM CERATOCISTO DE GRANDE EXTENSÃO

Pesquisador: PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65670622.6.0000.8164

Instituição Proponente: EDUCACIONAL MARTINS ANDRADE LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.815.466

Apresentação do Projeto:

O Ceratocisto Odontogênico (CO) classificado anteriormente como tumor odontogênico ceratocístico foi reclassificado pela Organização Mundial da
Saúde (OMS) como cisto. O CO é um cisto odontogênico de desenvolvimento intraósseo benigno com revestimento característico do epitélio
estratificado pavimentoso paraqueratinziado que acomete o osso mandibular e maxilar com comportamento agressivo (NEVILLE,2009).
Histologicamente, o CO é caracterizado como uma cápsula cística composta por uma parede epitelial com epitélio estratificado pavimentoso
composto por seis a dez camadas de células podendo ser paraqueratinizada ou ortoparaqueratinizada e uma camada de células basais em paliçada
além do tecido conjuntivo fibroso (SÁNCHEZ-LEGAZA E, 2009). Em seu interior apresenta um conteúdo cístico de cor palha e espesso contendo
queratina, cristais de colesterol e corpos hialinos (NEVILLE,2009). Em sua maioria são mais frequentes na segunda e terceira década de vida sendo
mais prevalentes em homens do que em mulheres (MARQUES, 2006). O tratamento mais conversador é a descompressão e/ou marsupialização
com posterior enucleação após a regressão da lesão. No entanto, a ressecção total do cisto é uma abordagem com menores taxas de recidiva

Endereço: AV. Marechal Castelo Branco, 2765
Bairro: SANTO ANTONIO **CEP:** 35.701-240
UF: MG **Município:** SETE LAGOAS
Telefone: (31)2106-2102 **E-mail:** cep@unifemm.edu.br



literatura. Diminuindo a comorbidade para o caso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é válida, contempla os riscos e benefícios. Gera benefício ao paciente que terá intervenção e cuidados de um cisto de crescimento constante que gera dificuldades na sua vida cotidiana podendo "ser" ou "evoluir" para um cisto maligno, tendo todas as possibilidades analisadas durante a condução do caso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP UNIFEMM alerta ao proponente para os riscos cirúrgicos existentes no procedimento a ser realizado no projeto, atenta também acerca dos cuidados a serem realizados no processo. Solicita encaminhamento de relatórios parciais do andamento do projeto a fim de garantir o bom andamento do processo de pesquisa, garantir segurança do paciente, e evitar intercorrências. Solicita a atuação de profissional habilitado, responsável tecnicamente pelo procedimento. Solicita também o envio do relatório final da pesquisa ao findar do estudo ao CEP UNIFEMM para encaminhamento ao CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024636.pdf	19/11/2022 18:46:25		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_Rosto.pdf	19/11/2022 18:46:08	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/11/2022 18:45:49	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito



Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	19/11/2022 18:44:24	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/11/2022 18:43:20	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	19/11/2022 18:42:47	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	19/11/2022 18:42:37	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	19/11/2022 18:42:23	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SETE LAGOAS, 14 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Gracielle Teodora da Costa Pinto Coelho
(Coordenador(a))