FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

GABRIEL WIGOR MOREIRA

CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MAXILA: RELATO DE CASO

Sete Lagoas/MG
2025

GABRIEL WIGOR MOREIRA

CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MAXILA: relato de caso

Monografia apresentada 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

GABRIEL WIGOR MOREIRA

CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MAXILA: 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. Paulo Henrique Álvares Torres
Orientador
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Prof. Ricardo Antônio Elias Evaristo
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Sete Lagoas, 11 de dezembro de 2025.

Dedico este trabalho a todos que caminharam comigo durante essa jornada.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, apoio e incentivo em cada etapa. Vocês são minha base e meu maior exemplo de dedicação e coragem.

Aos meus professores e orientadores, por compartilharem conhecimento, despertarem curiosidade e moldarem minha formação como cirurgião-dentista.

Aos colegas de curso, pelas risadas, noites viradas e apoio mútuo, juntos tornamos essa caminhada mais leve e significativa.

E, acima de tudo, a Deus, por me conceder força, saúde e propósito

RESUMO

O ceratocisto odontogênico é uma lesão cujo comportamento é localmente agressivo e com elevado potencial de recidiva, em especial quando paraqueratinizado, demandando uma abordagem terapêutica criteriosa, baseada em um diagnóstico precoce e seguro e no acompanhamento a médio e longo prazo. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever o manejo cirúrgico de um ceratocisto odontogênico em maxila posterior e discutir os desfechos clínicos e radiográficos. Paciente do sexo feminino, 53 anos, com história de aumento de volume crônico em região de terceiro molar superior esquerdo e de drenagem de conteúdo. Exames radiográficos evidenciaram área radiolúcida bem delimitada na região correspondente a punção aspirativa que revelou conteúdo esbranquiçado e cremoso. Foi planeja uma biopsia excisional tendo como resultado histopatológico um epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com células da camada basal em paliçadas, compatível com ceratocisto odontogêngico. Seguiu-se com o acompanhamento clínico e radiográfico por dois anos, evidenciando a remodelação óssea. Conclui-se que a enucleação com curetagem é estratégia resolutiva e favorável para tratamento do ceratocisto, desde que associada ao acompanhamento da detecção de possíveis recidivas.

Palavras-Chave: ceratocisto odontogênico, maxila, formas de tratamento, recidiva e estatísticas**.**

ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is a lesion characterized by locally aggressive behavior and a high recurrence potential, particularly when parakeratinized, requiring a careful therapeutic approach based on early and accurate diagnosis, as well as medium- and long-term follow-up. Thus, the aim of the present study is to describe the surgical management of an odontogenic keratocyst in the posterior maxilla and to discuss the clinical and radiographic outcomes. A 53-year-old female patient presented with a history of chronic swelling in the region of the upper left third molar and drainage of cystic content. Radiographic examinations revealed a well-defined radiolucent area in the corresponding region, and aspiration puncture showed a whitish, creamy content. An excisional biopsy was then planned, and the histopathological result demonstrated parakeratinized stratified squamous epithelium with palisaded basal cells, consistent with an odontogenic keratocyst. Clinical and radiographic follow-up was performed for two years, demonstrating bone remodeling. It is concluded that, when a favorable surgical approach is possible, enucleation with curettage is an effective and low-morbidity strategy for the treatment of keratocysts, provided it is associated with adequate follow-up for early detection of possible recurrences.

Keywords: Odontogenic keratocyst, maxilla, treatment methods, recurrence, and statistics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem da radiografia panorâmica inicial.....13
Figura 2 - Imagem da radiografia periapical inicial.....13
Figura 3 - Imagem da punção aspirativa.....14
Figura 4 - Técnica de enucleação utilizada para retirar a lesão.....14
Figura 5 - Imagem do material retirado durante o procedimento.....15
Figura 6 - Imagem do material adicionado em formal 10%.....15
Figura 7 - Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 40x. 16
Figura 8 - Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 100x. 16
Figura 9 - Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 400x. 17
Figura 10 - Imagem da radiografia panorâmica com três meses de pós-operatório. 17
Figura 11 - Imagem da radiografia panorâmica com 9 meses de pós-operatório. 18
Figura 12 - Imagem da radiografia panorâmica com dezoito meses de pós-operatório. 18
Figura 13 - Imagem da radiografia panorâmica com dois anos de pós-operatório....19
Figura 14 - Imagem exame clínico com dois anos de pós-operatório. 19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 8

2 OBJETIVOS 11

2.1. OBJETIVO GERAL 11

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 11

3 MATERIAIS E MÉTODOS 12

4 RELATO DE CASO 13

5 DISCUSSÃO 20

6 CONCLUSÃO 22

REFERÊNCIAS 23

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 25

ANEXO II – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP 27

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua classificação de 2017, passou a denominar o ceratocisto ou queratocisto como um cisto odontogênico de desenvolvimento, substituindo a classificação anterior que o considerava um tumor odontogênico. Essa mudança decorre da observação de que, após procedimentos de descompressão, a lesão pode regredir espontaneamente, comportamento que não é compatível com neoplasias (Tolentino, 2018).

O ceratocisto odontogênico é mais comumente encontrado na mandíbula, especialmente na região de terceiros molares e ângulo mandibular, embora também possa ocorrer na maxila. Apresenta crescimento ao longo do eixo do osso através da reabsorção óssea, com potencial de recidiva mesmo após tratamento, e deslocamento de elementos dentários (Augusto *et al*., 2014).

Embora seja uma lesão predominantemente assintomática, em estágios mais avançados pode manifestar-se com sinais e sintomas como edema, drenagem purulenta e dor. Em alguns casos, está associado à síndrome de Gorlin-Goltz (Kramer; Pindborg, 1992), o que reforça a importância do diagnóstico precoce e do manejo clínico adequado. O diagnóstico inicial é geralmente realizado por meio de exames de imagem, especialmente radiografias panorâmicas, que permitem avaliar a presença e o comportamento da lesão (Spadari *et al*., 2022).

Como exames complementares, a aspiração do conteúdo cístico pode auxiliar na suspeita diagnóstica, mas o diagnóstico definitivo requer exame histopatológico, sendo a excisão cirúrgica a principal abordagem terapêutica (Borghesi *et al*., 2018).

No que diz respeito à etiologia, embora ainda não completamente esclarecida, duas hipóteses principais são aceitas: a origem nos remanescentes da lâmina dentária e a proliferação de células da camada basal do epitélio oral na mandíbula ou maxila (Forssel; Forssel; Kahnberg, 1988). A maior prevalência ocorre em pacientes jovens, na segunda e terceira décadas de vida (Pazdera *et al*., 2014), sendo mais frequentemente localizado na mandíbula (70 a 80%), principalmente na região de terceiros molares inferiores e ângulo mandibular, com extensão em direção ao ramo ascendente e ao corpo mandibular (Menon, 2015).

O ceratocisto odontogênico é uma lesão intraóssea de comportamento destrutivo e invasivo, com taxas de recidiva que variam entre 25% e 62,5% (Meara

et al., 1998). Representa cerca de 10 a 20% de todos os cistos odontogênicos, sendo considerado o terceiro mais comum na mandíbula (Wright; Vered, 2015).

Radiograficamente, os ceratocistos podem ser detectados por exames como radiografia panorâmica, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética. A TC, em especial, possibilita a análise detalhada da extensão da lesão e sua relação com estruturas anatômicas adjacentes, sendo fundamental para o planejamento cirúrgico (Garlock; Pringle; Hicks, 1998).

As manifestações radiográficas variam, podendo apresentar aspecto unilocular ou multilocular, com margens bem definidas e contornos regulares (FREITAS *et al*., 2015). Quando associados a dentes impactados, podem simular cistos dentígeros. Lesões multiloculares podem se assemelhar a ameloblastomas, enquanto formas menores podem imitar cistos residuais, periodontais laterais ou radiculares, tornando o diagnóstico por imagem desafiador (Garlock; Pringle; Hicks, 1998).

Histologicamente, apresenta cápsula conjuntiva delgada e friável, rica em mucopolissacarídeos, geralmente sem infiltração inflamatória. A remoção cirúrgica é dificultada pela íntima aderência ao osso adjacente. O conteúdo do lúmen pode ser seroso, semelhante ao transudato plasmático, ou apresentar material pastoso constituído por detritos queratinizados, observáveis à microscopia (Kramer; Pindborg, 1992).

O epitélio de revestimento é, predominantemente, paraceratinizado (cerca de 80% dos casos), embora possa ser ortoceratinizado em aproximadamente 20%. Esse epitélio é delgado, uniforme, com 5 a 8 camadas de células contendo núcleos basofílicos. A camada basal é composta por células organizadas em paliçada, e a interface epitélio-mesenquimal é plana, característica que reforça seu comportamento infiltrativo (FREITAS *et al*., 2015).

O tratamento cirúrgico é considerado a principal abordagem terapêutica. A escolha do procedimento depende da extensão e da localização anatômica da lesão. A ressecção em bloco, embora eficaz, é uma abordagem radical que envolve a remoção de um segmento ósseo com perda de continuidade, o que pode ser mutilador (PAZDERA *et al*., 2014). Em contrapartida, técnicas mais conservadoras como a marsupialização e a descompressão visam preservar estruturas anatômicas. A marsupialização envolve a abertura da parede cística e sutura à mucosa oral, promovendo drenagem do conteúdo e redução da pressão intracística. A

descompressão segue o mesmo princípio, porém utiliza um cateter ou dispositivo de drenagem contínua, permitindo a diminuição gradual da lesão (Spadari *et al*., 2022).

Apesar de eficazes na preservação de estruturas adjacentes, ambas as técnicas estão associadas a maiores taxas de recidiva a longo prazo (Spadari *et al*., 2022). Como terapia adjuvante, a crioterapia tem sido utilizada com o objetivo de reduzir a recorrência. Após a enucleação da lesão, aplica-se óxido nítrico líquido a -20°C nas paredes ósseas remanescentes, promovendo necrose celular localizada e diminuindo o risco de recidiva (Spadari *et al*., 2022). Outras terapias coadjuvantes como a osteotomia periférica e o uso da solução de Carnoy são também comumente utilizadas.

A compreensão aprofundada das características clínicas, radiográficas e histopatológicas do ceratocisto odontogênico, especialmente em região de maxila, é fundamental para o desenvolvimento de condutas terapêuticas eficazes. Diante do potencial impacto funcional e estético dessas lesões, torna-se relevante para a literatura científica documentar suas manifestações, evolução e implicações para a saúde bucal e a qualidade de vida dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever o caso clínico de uma paciente de 54 anos, do sexo feminino, submetida a intervenção cirúrgica para retirada de um ceratocisto odontogênico na maxila.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o histórico da lesão, bem como os aspectos clínicos e radiográficos;
- Descrever o passo a passo do procedimento cirúrgico;
- Apresentar a evolução da regeneração óssea pós cirurgia.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho consiste em um relato de caso clínico, de natureza qualitativa, com revisão de literatura feita na base de dados PubMed (Medline) com as seguintes palavras chaves: ceratocisto odontogênico, maxila, formas de tratamento, recidiva e estatísticas. Foram selecionados diversos artigos, publicados entre os anos 2013 a 2023. Com critérios de inclusão relacionados as publicações que trabalhavam somente com adultos e abordavam o tratamento conservador. Como critério de exclusão foram descartados os artigos que tratavam de pacientes pediátricos. A partir da busca foram selecionados 22 artigos apenas artigos no idioma inglês. Juntamente com a revisão de literatura foi realizado o relato de caso destacando as etapas dos atendimentos e acompanhamento pós-operatório.

4 RELATO DE CASO

A paciente, do sexo feminino, de 53 anos, procurou a Clínica Odontológica da Faculdade de Sete Lagoas (FACSETE), relatando histórico de exodontia do elemento 28 a mais de oito anos, após este procedimento passou a observar o aparecimento de um aumento de volume na região que permaneceu assintomático por um longo período de tempo. Com passar dos anos percebeu o surgimento de sintomas como dor local e incômodo no ouvido, até que um dia acordou com a boca com secreção e odor fétido, momento em que percebeu o rompimento da “bolha” e procurou um cirurgião dentista. A paciente compareceu com exames de imagens complementares, revelando uma área radiolúcida, delimitada em região do terceiro molar superior esquerdo (Figura 1 e 2).



Figura 1 - Imagem da radiografia panorâmica inicial
Fonte: Autor (2025).



Figura 2 - Imagem da radiografia periapical inicial
Fonte: Autor (2025).

Desse modo, com base na análise clínica e radiográfica, formulou-se a hipótese diagnóstica de cisto residual, ceratocisto odontogênico e ameloblastoma, sendo a biopsia excisional indicada para confirmar o diagnóstico histopatológico.

O procedimento, realizado em setembro de 2023, iniciou-se como uma incisão intrasucular relaxante. Após a abertura do retalho, observou-se perfuração da cortical óssea vestibular, formando uma janela que permitiu o acesso à cavidade. Realizou-se punção aspirativa evidenciando conteúdo espesso, cremoso e esbranquiçado (Figura 3).



Figura 3 - Imagem da punção aspirativa
Fonte: Autor (2025).

Em seguida, procedeu-se ao descolamento e curetagem total da lesão. Durante o procedimento, houve ruptura parcial da cápsula, porém foi possível remover toda a membrana. Após a excisão, a cavidade foi curetada, feita a irrigação com soro fisiológico abundantemente e o retalho suturado (Figura 4).



Figura 4 - Técnica de enucleação utilizada para retirar a lesão
Fonte: Autor (2025).

Durante a curetagem, foram removidas espículas ósseas e a capsula da lesão (Figura 5) e o material foi acondicionado em formol a 10% e encaminhado para o laboratório de patologia bucal da Faculdade de Odontologia da PUC-MG (Figura 6).

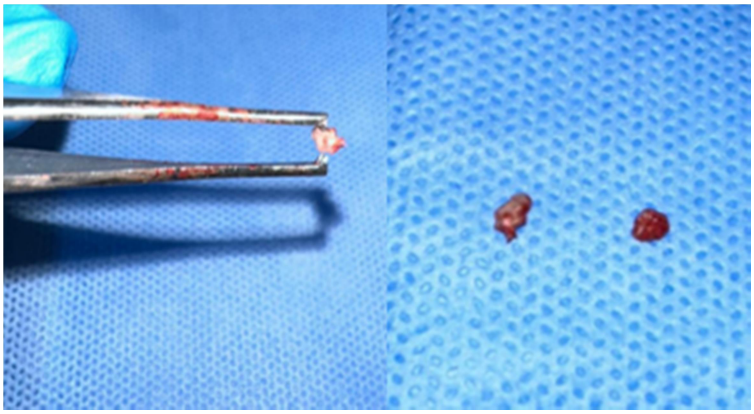


Figura 5 - Imagem do material retirado durante o procedimento
Fonte: Autor (2025).



Figura 6 - Imagem do material adicionado em formal 10%
Fonte: Autor (2025).

O procedimento transcorreu sem intercorrências, e a paciente recebeu orientações sobre os cuidados pós-operatórios, sendo acompanhada periodicamente por meio de exames clínicos e radiográficos. O laudo emitido pelo laboratório da PUC, emitido em novembro de 2023, mostram fragmento de cápsula cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado. As células da camada basal são colunares, hipercromáticas e dispostas em paliçada. A cápsula é constituída por tecido conjuntivo vascularizado, com focos de infiltrado inflamatório mononuclear. Com o diagnóstico final de ceratocisto odontogênico (Figuras 7, 8 e 9).

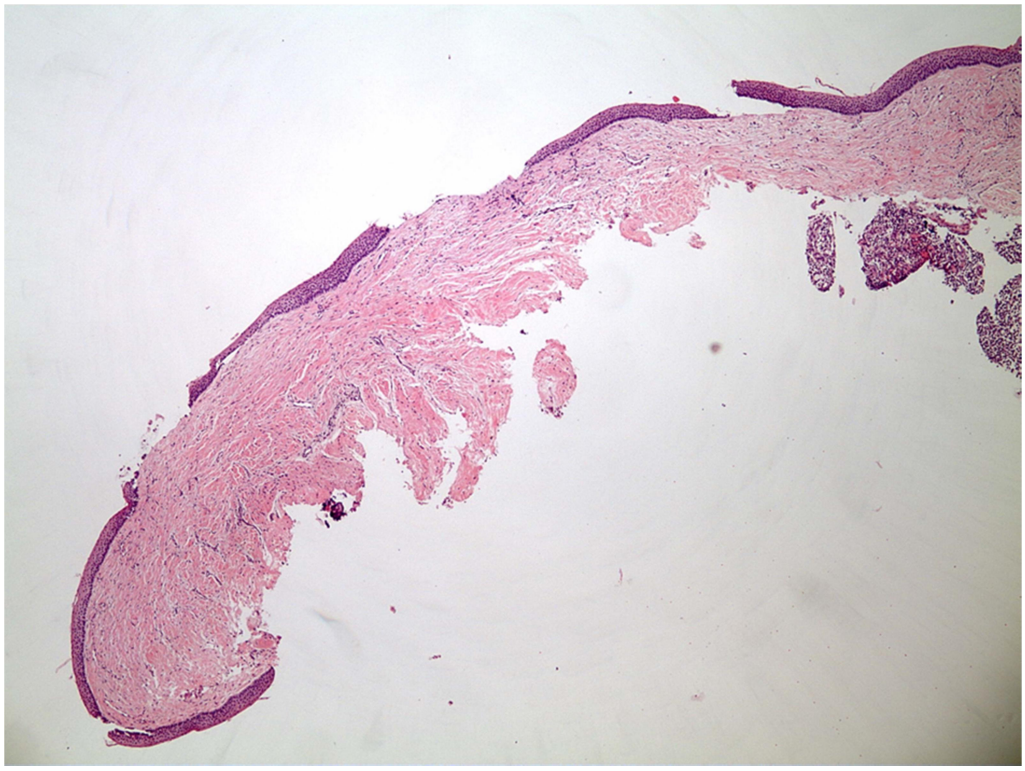


Figura 7 - Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 40x.
Fonte: Dos Autores.

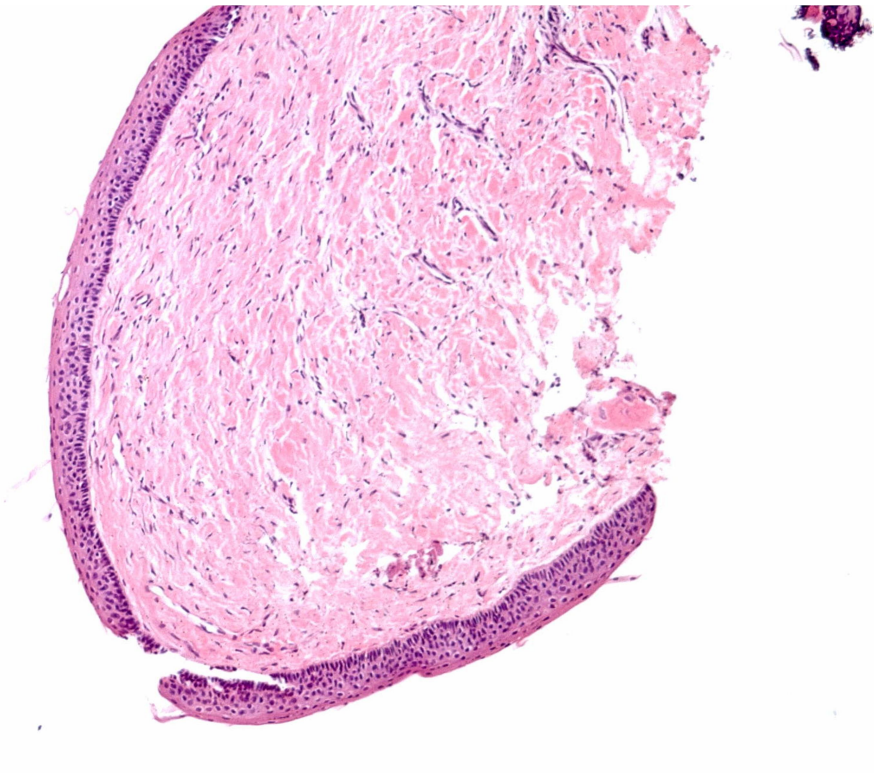


Figura 8 - Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 100x.
Fonte: Dos Autores.

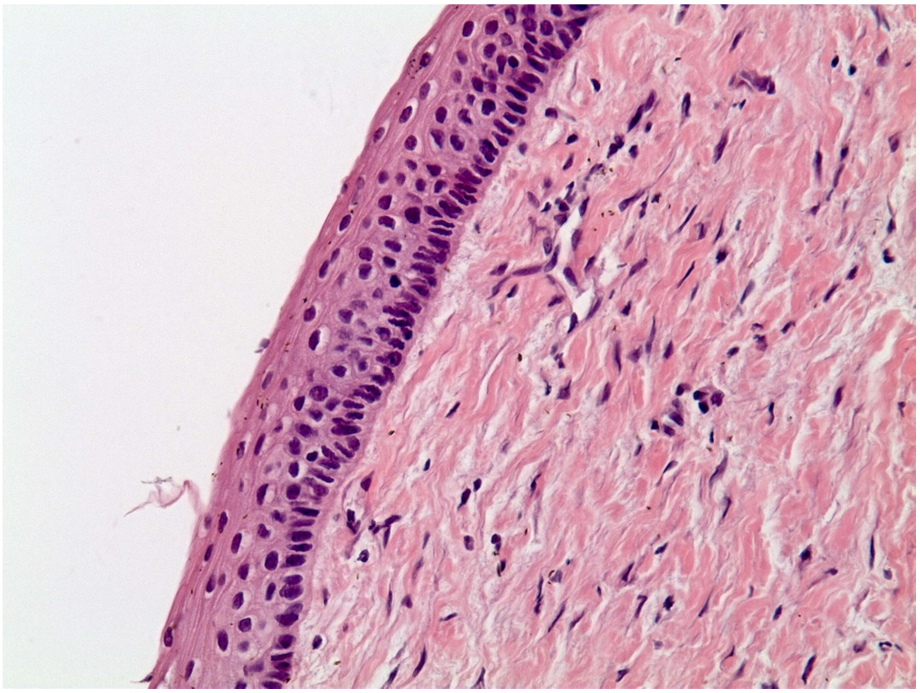


Figura 9 - Imagem do corte histopatológico em H&E no aumento de 400x.
Fonte: Dos Autores.

O acompanhamento pós-operatório foi realizado periodicamente com exames clínicos e radiográficos durante um período de 2 anos. Durante todo esse período paciente permaneceu sem queixas, totalmente assintomática e nos exames de imagem com neoformação óssea e sem sinais de recidiva da lesão (Figuras 10, 11, 12, 13 e 14).



Figura 10 - Imagem da radiografia panorâmica com três meses de pós-operatório.
Fonte: Autor (2025).



Figura 11 - Imagem da radiografia panorâmica com nove meses de pós-operatório.
Fonte: Autor (2025).



Figura 12 - Imagem da radiografia panorâmica com dezoito meses de pós-operatório.
Fonte: Autor (2025).



Figura 13 - Imagem da radiografia panorâmica com dois anos de pós-operatório.
Fonte: Autor (2025).

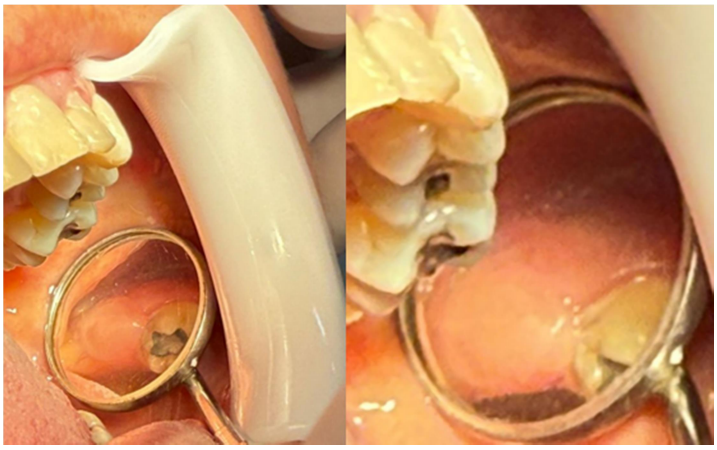


Figura 14 - Imagem exame clínico com dois anos de pós-operatório.
Fonte: Autor (2025).

Esse trabalho de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Sete Lagoas, com número do parecer sendo 7.661.959, aprovado no dia 24 de junho de 2025, Sete Lagoas – MG.

5 DISCUSSÃO

O ceratocisto odontogênico possui um comportamento biológico característico, com curso localmente agressivo e elevada taxa de recidiva. A classificação da Organização Mundial da Saúde, apresentada em 2022, manteve o ceratocisto odontogênico no grupo dos cistos odontogênicos, reforçando a heterogeneidade histológica e molecular da lesão, com implicações prognósticas e terapêuticas (Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

No caso clínico apresentado seguiu-se um procedimento metodológico consistente, baseado na realização de anamnese detalhada, exames radiográficos seriados, punção aspirativa, enucleação com curetagem e exame histopatológico para a confirmação do diagnóstico. Para Nallanchakrava *et al.* (2022) e Ali-Ali *et al.* (2025), a punção aspirativa auxilia na triagem e pode revelar conteúdo esbranquiçado e espesso, típico do ceratocisto odontogênico, o que agrega informação pré-operatória e auxilia na conduta clínica. No presente estudo após a realização da punção aspirativa o material foi semelhante e foi um procedimento importante para a conclusão diagnóstica.

Do ponto de vista terapêutico, a literatura tem convergido ao indicar a enucleação como a abordagem mais empregada, estando essa associada, comumente, a outras terapias adjuvantes, como a ostectomia periférica e o uso de soluções cáusticas ou precedidas por descompressão em lesões extensas ou topografias complexas (De Freitas Gonçalves *et al.,* 2024; Dioguardi *et al.,*2024). Segundo esses autores, o uso de terapias coadjuvantes reduz, de modo consistente, as taxas de recidivas, o que justifica a opção de tratamento apresentada no presente relato de caso, onde optou-se pela enucleação com a curetagem total da lesão sem o uso de terapias coadjuvantes. Acreditados que a topografia da lesão em nosso caso que se apresentava sem loculações e de dimensões reduzidas tenha favorecido o sucesso em nosso caso mesmo sem as terapias coadjuvantes.

A enucleação oferece vantagens como a resolução imediata da lesão, menor número de consultas. Em contrapartida, é um procedimento que demanda uma técnica meticulosa para minimizar os remanescentes epiteliais e, quando possível, pode ser complementada por osteoctomia periférica para reduzir a recidiva (Dioguardi *et al.,* 2024). É importante evidenciar que a histopatologia do caso, apresentada como epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com

palissadismo basal hipercromático, situa a paciente em faixa de maior risco de recidiva, ressaltando a necessidade de acompanhamento prolongado, como foi realizado no relato de caso, por meio das radiografias panorâmicas durante dois anos.

Sob essa ótica, o acompanhamento pós-operatório é responsável pelo sucesso a médio e longo prazo da terapia escolhia. Diretrizes recentes, como a apresentada por Dioguardi *et al.* (2024), recomendam acompanhamento prolongado, com controles mais próximos nos primeiros 2–3 anos e anuais daí em diante, pois recidivas podem ocorrer tardiamente. Jung *et al.* (2021), por exemplo, recomenda um acompanhamento de até 10 anos para identificar possíveis ocorrências tardias. Nesse contexto, o protocolo aplicado no presente caso, fazendo uso de radiografias panorâmicas em marcos seriados, é adequado para monitorar a remodelação óssea. Choi, Heo e Lee (2024) acrescentam que exames tomográficos podem ser reservados a suspeita de recidiva ou quando a definição tridimensional impacta a conduta clínica.

Por fim, embora não tenha sido utilizado terapias adjuvantes recomendadas pela literatura como forma de reduzir as recidivas, a exemplo da aplicação do 5-fluorouracil tópico ou Solução de Carnoy modificada, as metodologias adotadas no presente relato de caso, equilibram a eficácia, segurança e acompanhamento adequado para antecipar e manejar eventuais recorrências.

6 CONCLUSÃO

O caso apresentado ilustra a importância da correlação clínico-radiográfica e histopatológica para o diagnóstico precoce dos ceratocisto odontogênico. Assim, conclui-se que a opção terapêutica pela enucleação total em lesão de pequenas dimensões se mostrou favorável atingindo o objetivo terapêutico. Além disso, o seguimento radiográfico seriado evidenciou processo de reparo ósseo ao longo do tempo, reforçando que a qualidade do tratamento proposto e o monitoramento sistemático são decisivos para mitigar recidivas.

REFERÊNCIAS

AL-ALI, M. M. *et al.* Modified conservative technique of odontogenic keratocyst treatment with long-term follow-up: a case report. **Cureus,** v.17, n.1, e77010, 2025.

AUGUSTO NETO, R.T. *et al.* Tratamento De Queratocisto Em Ângulo E Corpo Mandibular, Apresentando recidiva após 14 meses. **Rev Odontol UNESP,** v. 43, p. 196, 2014.

BORHESI, A. *et al.* Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. **Insights Imaging**, v. 9, n.5, p. 883-897, 2018.

CHOI, W.-J.; HEO, Y.-J.; LEE, K. E. Imaging approach for jaw and maxillofacial bone tumors and tumor-like lesions. **World Journal of Radiology**, 2024.

FREITAS D.A. *et al.* Ceratocisto odontogênico maxilar: relato de caso clínico. **Rev Gaúch. Odontol.** 63 (4). Oct-Dec 2015.

DE FREITAS GONÇALVES, T. O. *et al.* Management and recurrence of the odontogenic keratocyst: an overview of systematic reviews. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, 2024.

DIOGUARDI, M. *et al.* Factors and management techniques in odontogenic keratocysts. **European Journal of Medical Research,** v. 29, n. 1, 2024.

FORSSEL, K.; FORSSEL, H.; KAHNBERG. Recurrences of keratocysts in a long-term follow-up study. **Int J Oral Maxillofac Surg.**, v.17, n.1, p. 25-28, 1988.

GARLOCK, J.A.; PRINGLE, G.A.; HICKS, M.L. The Odontogenic Keratocyst: A Potential endodontic misdiagnosis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v.85, n.4, p. 452-456, 1998. doi:10.1016/S1079-2104(98)90073-7.

GOLDBERG, L.H. *et al.* Resolution of odontogenic keratocysts of the jaw in basal cell nevus syndrome with GDC-0449. **Archives of dermatology**, v. 147, n. 7, p. 839-841, 2011.

KRAMER, I.R.H.; PINDBORG, J.J. Histological typing of odontogenic tumors. **2 ed. Geneva: Whord Health Organization**, 1992.

JUNG, H.-D. *et al.* Appropriate follow-up period for odontogenic keratocyst. **Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery**, 2021.

MEARA, J.G.; SHAH, S.S.; LI, K.K.; CUNNIGHAM, M. The odontogenic keratocyst: a 20-year clinicopathologic review. **Laryngoscope**, v.108, n.2, p. 280-283, 1998.

MENON, S. Tumores odontogênicos ceratocísticos: etiologia, patogênese e tratamento revisitados. **J Cirurgia Oral Maxilofacial.,** v. 14, n.3, p. 541-547, 2015.

NALLANCHAKRAVA, S. *et al.* Marsupialization of odontogenic keratocyst using custom-made obturator in a pediatric patient. **Journal of Pathology and Translational Medicine**, 2022.

PAZDERA J. *et al.* Ceratocistos odontogênicos/tumores odontogênicos ceratocísticos: características biológicas, manifestação clínica e tratamento. **Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc República Tcheca,** v. 158, n.2, p. 170-174, 2014.

SILVA, A.L.S.; SHIGETO, E. Queratocisto Odontogênico: Revisão De Literatura Sobre Formas De Tratamento. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. 3205–3220, 2023.

SILVA, N.M.P. *et al.* Tratamento cirúrgico de ceratocisto odontogênico associado a terapias adjuvantes. **Brazilian Journal of Implantology and health Sciences**, v.7, n.1, p. 1696-1708, 2025.

SOLUK-TEKKESIN, M.; WRIGHT, J. M. The World Health Organization classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2022 (5th) edition. **Turkish Journal of Pathology**, v. 38, n.2, p. 168–184, 2022.

SPADARI, F. *et al.* Multidisciplinary approach to Gorlin-Goltz syndrome: from diagnosis to surgical treatment of jawbones. **Maxillofac Plast Reconstr Surgery**, v. 44, n.1, 2022.

TOLENTINO, E.S. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou? **RFO**, v. 23, n.11, p. 119-123, 2018.

WRIGHT, J.M.; VERED, M. Atualização da 4ª edição da Classificação de Tumores de Cabeça e Pescoço da Organização Mundial da Saúde: Tumores Ósseos Odontogênicos e Maxilofaciais. **Cabeça Pescoço Patol.,** v. 11, n.1, p. 68-77, 2017.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) Sr.(a) está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa "CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MAXILA: relato de caso". Nesta pesquisa pretendemos relatar o caso de uma paciente com ceratocisto odontogênico que procurou atendimento na clínica de Cirurgia da Faculdade de Odontologia – FACSETE. O motivo que nos leva a estudar esse caso é o fato de ser uma lesão em local raro (maxila), sendo assim, considerado interessante e importante de investigar e discutir.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: avaliação completa e avaliação de exames de imagens, o que será fundamental para planejar todas as etapas de investigação para diagnóstico e tratamento. O primeiro procedimento será uma biopsia excisional (remoção da lesão) que será enviada ao laboratório para diagnóstico definitivo, realizaremos ainda a prescrição de medicamentos e consultas pós-operatórias.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em parestesia temporária, dor, sangramento, deiscência de suturas, infecção, possível segunda intervenção cirúrgica; onde mesmo tomando todas as medidas possíveis para a prevenção dos riscos, como cirurgia asséptica, acompanhamento do paciente, orientações do profissional ao paciente nos cuidados pós-operatório e o paciente deve seguir rigorosamente tais orientações, medicação adequada, dentre outros, tanto por parte do cirurgião-dentista, e equipe, estes devem ser considerados.

Resguardado pelo Código de Ética Odontológico, aprovado pela Resolução CFO-118/2012, descrito no Cap. II Art. 5° parágrafo II, garantimos o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer e a privacidade do participante da pesquisa. A qualquer momento, você pode se recusar a participar e se retirar da pesquisa, sem constrangimentos, penalidades ou qualquer prejuízo (caso esteja em acompanhamento ou tratamento, este permanece como está, nada muda). As informações e materiais obtidos nesta pesquisa não poderão ser utilizados para outras finalidades que não sejam a desta pesquisa científica.

Ademais, a pesquisa irá oferecer a você benefícios dentre eles o alivio de sintomas como dor, inchaço ou desconforto na região afetada. Prevenção de complicações, como infecções, danos aos dentes vizinhos ou desalinhamento dentário. Além disso realizaremos controles clínicos pós-operatórios até sua completa recuperação e cura. Caso alguma situação de urgência aconteça após o procedimento cirúrgico estaremos prontos para atendê-lo da forma mais rápida possível. Os contatos telefônicos dos pesquisadores serão fornecidos para qualquer imprevisto. Temos a própria clínica da escola da FACSETE para atendê-lo. Temos ainda o pronto socorro do HOSPITAL MUNICIPAL DE SETE LAGOAS que possui um serviço de sobreaviso da Cirurgia Bucal do qual o orientador da pesquisa faz parte onde estaremos aptos a resolver qualquer problema.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a pagamento de despesas ou até mesmo indenização. O(a) Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o (a) Sr.(a) é atendida pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O (a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão, garantindo assim a manutenção do sigilo e privacidade.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na FACSETE: FACULDADE SETE LAGOAS e a outra será fornecida o (a) Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de um ano após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: Eduarda Maria Alves Ribeiro
Rubrica do pesquisador:

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP UNIFEMM – Comitê de Ética em Pesquisa
UNIFEMM – Centro Universitário de Sete Lagoas
Av. Marechal Castelo Branco, 2765 - Santo Antônio, Sete Lagoas - MG, 35701-242
Telefone: (31) 2106 2130 | E-mail: cep@unifemm.edu.br
Horário de Funcionamento: De 17 hrs às 19 hrs, segunda a sexta-feira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, Edivane Maria Alves Ribeiro contato (31) 99757-9693, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa CERATOCISTO ODONTOGÊNICO EM MAXILA: relato de caso, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Paulo Henrique Alvares Torres
Endereço: Rua Teófilo Otoni, 470, sala 103 – Centro – Sete Lagoas – MG.
Telefone: (31) 988587193
E-mail: torrescd@gmail.com

Sete Lagoas, 24 de Junho de 2025.

Edivane Maria Alves Ribeiro
Assinatura do Participante

Gabriel Viegas Moreira
Assinatura do Pesquisador

Gabriel Viegas Moreira
Assinatura do Pesquisador

Informação Importante:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão institucional que tem como missão salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. É um comitê interdisciplinar, constituído por profissionais de ambos os sexos, além de pelo menos um representante da comunidade, que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolva a participação de seres humanos.

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: Edivane Maria Alves Ribeiro
Rubrica do pesquisador:

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP UNIFEMM – Comitê de Ética em Pesquisa
UNIFEMM – Centro Universitário de Sete Lagoas
Av. Marechal Castelo Branco, 2765 - Santo Antônio, Sete Lagoas - MG, 35701-242
Telefone: (31) 2106 2130 | E-mail: cep@unifemm.edu.br
Horário de Funcionamento: De 17 hrs às 19 hrs, segunda a sexta-feira

ANEXO II – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SETE LAGOAS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CERATOCISTO ODONTOGÊNICO MAXILA: relato de caso
Pesquisador: PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 87602025.8.0000.8164
Instituição Proponente: EDUCACIONAL MARTINS ANDRADE LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.661.959

Apresentação do Projeto:
Recentemente a OMS (2017) denominou o ceratocisto ou queratocisto como cisto odontogênico de desenvolvimento, antes, chamado de tumor odontogênico. Essa nova compreensão se deu por identificar que a partir da descompressão era possível observar a regressão natural da lesão, fato que não é identificado em neoplasias (TOLENTINO E.S., 2018). Frequentemente encontrado em região de mandíbula e em alguns casos em maxila, com características expansivas e recorrentes após o tratamento, onde observa-se a reabsorção óssea e movimentação dos elementos dentários, (AUGUSTO, et al., 2014).
O ceratocisto mantem associação com condições genéticas, como a síndrome de Gorlin, o que ressalta a importância da descoberta precoce e de um manejo clínico adequado, que por sua vez, são identificados a partir de exames radiográficos de imagem que auxiliam também para relacionar o comportamento da lesão (SPADARI, et al., 2022). Na maioria dos casos são utilizados exames complementares como a aspiração do conteúdo da lesão, entretanto, para o diagnóstico preciso o exame histopatológico é fundamental, utilizando-se da excisão cirúrgica como principal forma de tratamento BORGHESI, et al., 2018).
Em relação a etiologia, a literatura relaciona a patologia com restos da lâmina dentária e a proliferação de células da camada basal do epitélio oral para a mandíbula ou maxila com maior incidência em jovens entre a segunda e terceira década de vida (PAZERA, et al., 2014), encontrado especialmente na mandíbula em 70-80%, principalmente em região de terceiro

Endereço: Rua Pedra Grande, 2340
Bairro: SANTO ANTONIO **CEP:** 35.701-236
UF: MG **Município:** SETE LAGOAS
Telefone: (31)2106-2137 **E-mail:** cep@unifemm.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SETE LAGOAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CERATOCISTO ODONTOGÊNICO MAXILA: relato de caso
Pesquisador: PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 87602025.8.0000.8164
Instituição Proponente: EDUCACIONAL MARTINS ANDRADE LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.661.959

Apresentação do Projeto:
Recentemente a OMS (2017) denominou o ceratocisto ou queratocisto como cisto odontogênico de desenvolvimento, antes, chamado de tumor odontogênico. Essa nova compreensão se deu por identificar que a partir da descompressão era possível observar a regressão natural da lesão, fato que não é identificado em neoplasias (TOLENTINO E.S., 2018). Frequentemente encontrado em região de mandíbula e em alguns casos em maxila, com características expansivas e recorrentes após o tratamento, onde observa-se a reabsorção óssea e movimentação dos elementos dentários, (AUGUSTO, et al., 2014).
O ceratocisto mantem associação com condições genéticas, como a síndrome de Gorlin, o que ressalta a importância da descoberta precoce e de um manejo clínico adequado, que por sua vez, são identificados a partir de exames radiográficos de imagem que auxiliam também para relacionar o comportamento da lesão (SPADARI, et al., 2022). Na maioria dos casos são utilizados exames complementares como a aspiração do conteúdo da lesão, entretanto, para o diagnóstico preciso o exame histopatológico é fundamental, utilizando-se da excisão cirúrgica como principal forma de tratamento BORGHESI, et al., 2018).
Em relação a etiologia, a literatura relaciona a patologia com restos da lâmina dentária e a proliferação de células da camada basal do epitélio oral para a mandíbula ou maxila com maior incidência em jovens entre a segunda e terceira década de vida (PAZERA, et al., 2014), encontrado especialmente na mandíbula em 70-80%, principalmente em região de terceiro

Endereço: Rua Pedra Grande, 2340
Bairro: SANTO ANTONIO **CEP:** 35.701-236
UF: MG **Município:** SETE LAGOAS
Telefone: (31)2106-2137 **E-mail:** cep@unifemm.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SETE LAGOAS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados estão assinados e de acordo com as normas do CEP.

Recomendações:

Recomenda-se que os procedimentos metodológicos apresentados na redação do Projeto sejam seguidos, tendo em vista os riscos e benefícios apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observa-se que as recomendações e sugestões apresentadas na análise anterior do projeto foram acatadas, não sendo observadas pendências ou novas demandas para alteração na presente análise de submissão.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2528120.pdf	13/05/2025 22:02:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_confidencialidade.pdf	13/05/2025 22:02:26	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/05/2025 22:02:06	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/05/2025 22:01:57	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	13/05/2025 22:01:49	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	13/05/2025 22:01:36	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/05/2025 21:59:45	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/05/2025 21:59:32	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Pedra Grande, 2340
Bairro: SANTO ANTONIO **CEP:** 35.701-236
UF: MG **Município:** SETE LAGOAS
Telefone: (31)2106-2137 **E-mail:** cep@unifemm.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SETE LAGOAS

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 7.661.959

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados estão assinados e de acordo com as normas do CEP.

Recomendações:

Recomenda-se que os procedimentos metodológicos apresentados na redação do Projeto sejam seguidos, tendo em vista os riscos e benefícios apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observa-se que as recomendações e sugestões apresentadas na análise anterior do projeto foram acatadas, não sendo observadas pendências ou novas demandas para alteração na presente análise de submissão.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2528120.pdf	13/05/2025 22:02:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_confidencialidade.pdf	13/05/2025 22:02:26	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/05/2025 22:02:06	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/05/2025 22:01:57	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	13/05/2025 22:01:49	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	13/05/2025 22:01:36	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/05/2025 21:59:45	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/05/2025 21:59:32	PAULO HENRIQUE ALVARES TORRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Pedra Grande, 2340
Bairro: SANTO ANTONIO **CEP:** 35.701-236
UF: MG **Município:** SETE LAGOAS
Telefone: (31)2106-2137 **E-mail:** cep@unifemm.edu.br