



**CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
CAMPUS PARQUE ECOLÓGICO**

**TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE ACOMETIDO POR  
CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: UM RELATO DE CASO**

**BIANCA CAROLINNE SOUSA PONTES**

**FORTALEZA - CE  
2025**

BIANCA CAROLINNE SOUSA PONTES

TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE ACOMETIDO POR  
CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao curso de Odontologia do  
Centro Universitário Christus, como  
requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Odontologia.  
Orientador(a): Prof. Dr. Edson Luiz Cetira  
Filho.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Centro Universitário Christus - Unichristus  
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do  
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P813t Pontes, Bianca Carolinne Sousa.  
TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE ACOMETIDO  
POR CERATOCISTO ODONTOGÊNICO : RELATO DE CASO /  
Bianca Carolinne Sousa Pontes. - 2025.  
32 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro  
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia,  
Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Édson Luiz Cetira Filho.

1. Ceratocisto Odontogênico. 2. Mandíbula. 3. Descompressão.  
I. Título.

CDD 617.605

BIANCA CAROLINNE SOUSA PONTES

TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE ACOMETIDO POR  
CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao curso de Odontologia do  
Centro Universitário Christus, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
bacharel em Odontologia. Orientador(a):  
Prof. Dr. Edson Luiz Cetira Filho.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Edson Luiz Cetira Filho (Orientador)  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Prof. Me. Gabriel Silva Andrade  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Eliane Ferreira Sampaio  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, cuja presença e graça tornaram possível a realização desta conquista. Em segundo lugar, aos meus pais, que me proporcionaram oportunidades que não tiveram e que um dia sonharam em oferecer a uma filha. Por fim, dedicado aos meus amigos, que tornaram essa jornada mais leve e especial.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Nossa Senhora das Graças, cuja presença em minha vida foi determinante para que eu alcançasse esta etapa.

Aos meus pais, que sempre se dedicaram incansavelmente à minha educação, e que estiveram ao meu lado em todas as etapas dessa trajetória, sempre acreditando em mim.

Aos meus amigos que tornaram essa jornada mais leve e suportável.

Aos meus professores, e, em especial, ao meu orientador, que sempre se mostrou disponível, profissional e, acima de tudo, humano. O apoio de todos foi essencial.

**"Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos". Provérbios 16:3**

## RESUMO

Ceratocisto Odontogênico (CO) ou Queratocisto Odontogênico consiste em um cisto benigno, mas localmente agressivo. Estudos apontam que a sua origem está associada a restos celulares da lâmina dentária, o qual afeta localmente em região posterior da mandíbula. Os queratocistos podem ser encontrados em pacientes com idade variável, mais diagnosticados em pessoas entre 10 e 40 anos, apresentando predileção pelo sexo masculino. O tratamento conservador consiste na enucleação e curetagem ou descompressão. O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de CO em região de corpo mandibular abordando características clínico-patológicas e o tratamento ideal para esta patologia, conforme a sua particularidade. Paciente AFO, 76 anos, sexo masculino recebido pelo setor de Odontologia do Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes com a queixa de incômodo ao sentir um “caroço na boca”, o qual observou, se observou ao exame clínico, nódulo levemente esbranquiçado e endurecido à palpação; em seguida, solicitaram-se exames imaginológicos para um melhor diagnóstico, o qual apresentou alteração em região posterior de mandíbula de área radiolúcida. Foi realizada punção aspirativa sendo excretado do interior da lesão um líquido esbranquiçado com caráter leitoso. Realizou-se a biópsia incisiva da qual concluiu-se o diagnóstico de CO. Em seguida realizou-se a descompressão utilizando dispositivo plástico, com a finalidade da descompressão da lesão. Solicitou-se o retorno do paciente a cada 14 dias, inicialmente no primeiro mês, no mês seguinte solicitou-se única visita mensal durante o período de seis meses, o que se observou uma regressão gradativamente da lesão, contudo houve evolução e sucesso no tratamento. Dessa forma, conclui-se que a descompressão, junto ao dispositivo de drenagem mostrou-se eficaz, devolvendo qualidade de vida, estética e saúde do paciente.

**Palavras-chave:** ceratocisto odontogênico; mandíbula; descompressão.

## ABSTRACT

Odontogenic Keratocyst (OK) or Odontogenic Keratocyst is a benign but locally aggressive cyst. Studies indicate that its origin is associated with cellular remains of the dental lamina, which locally affects the posterior region of the mandible. Keratocysts can be found in patients of varying ages, most diagnosed in people between 10 and 40 years old, with a predilection for males. Conservative treatment consists of enucleation and curettage or decompression. The objective of the present study was to report a case of Odontogenic Keratocyst (OK) in the posterior region of the mandible, addressing clinical-pathological characteristics and the ideal treatment for this pathology, according to its particularity. Patient A.F.O., 76 years old, male, received by the Dentistry sector of the Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes with the complaint of discomfort due to feeling a “lump in the mouth”, which was observed during clinical examination, a slightly whitish nodule, and hardened upon palpation. Subsequently, imaging tests were requested for a better diagnosis, which showed alteration in the posterior region of the mandible in a radiolucent area. Aspiration puncture was performed and a whitish liquid with a milky character was excreted from the interior of the lesion. An incisional biopsy was performed, which concluded the diagnosis of Odontogenic Keratocyst (OC). Then, decompression was performed using a plastic device, in order to decompress the lesion. The patient was asked to return every 14 days, initially in the first month, and in the following month a single monthly visit was requested for a period of 6 months, during which a gradual regression of the lesion was observed, however, the evolution and success of the treatment. Thus, it is concluded that decompression, together with the decompression device, proved to be effective, restoring the patient's quality of life, aesthetics and health.

**Keyword:** odontogenic keratocyst; mandible; decompression.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1- Distribuição relativa do OKC nos ossos gnáticos.....                                                                         | 16 |
| Figura 2 – RP de lesão multilocular no ramo de mandíbula direito.....                                                                  | 17 |
| Figura 3 - RP de lesão multilocular em ramo de mandíbula esquerdo .....                                                                | 17 |
| Figura 4 - Foto extraoral pré-operatória frontal.....                                                                                  | 20 |
| Figura 5 - Foto extraoral pré-operatória frontal ângulo baixo.....                                                                     | 20 |
| Figura 6 - RP, imagem radiolúcida multilocular do lado direito.....                                                                    | 20 |
| Figura 7- Imagem extraoral. Aumento de volume e edema em região posterior direito de face.....                                         | 21 |
| Figura 8 - Punção aspirativa, com líquido de caráter leitoso esbranquiçado, retirado.....                                              | 21 |
| Figura 9 - Resultado do laudo histopatológico.....                                                                                     | 22 |
| Figura 10,11 e 12 - Registro de procedimento cirúrgico de descompressão, seguido por colocação de dispositivo de plástico (dreno)..... | 23 |
| Figura 13 - RP com 1 mês de pós-operatório do paciente.....                                                                            | 23 |
| Figura 14 - RP com 2 meses de pós-operatório do paciente.....                                                                          | 24 |
| Figura 15 - RP com 6 meses de pós-operatório do paciente.....                                                                          | 24 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|             |                                            |
|-------------|--------------------------------------------|
| TCLE        | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| CD          | Cirurgião-dentista                         |
| TC          | Tomografia Computadorizada                 |
| Unichristus | Centro Universitário Christus              |
| CO          | Ceratocisto Odontogênico                   |
| OMS         | Organização Mundial da Saúde               |
| RP          | Radiografia Panorâmica                     |

## SUMÁRIO

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>           | <b>13</b> |
| <b>2 - OBJETIVOS.....</b>            | <b>15</b> |
| 2.1 Objetivo geral.....              | 15        |
| 2.2 Objetivos específicos.....       | 15        |
| <b>3- REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>4 - MATERIAIS E MÉTODOS .....</b> | <b>19</b> |
| <b>5 - RELATO DE CASO .....</b>      | <b>20</b> |
| <b>6. DISCUSSÃO .....</b>            | <b>25</b> |
| <b>7- CONCLUSÃO.....</b>             | <b>27</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>              | <b>28</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                | <b>30</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                   | <b>31</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

O queratocisto odontogênico constitui-se em um cisto odontogênico de desenvolvimento relativamente comum o qual apresenta cerca de 10% de todos os cistos presentes na região de mandíbula, apresenta um alto índice de agressividade destrutivo podendo comprometer estruturas nobres da cavidade oral. (Neville et al., 2021).

Sua etiologia não é bem determinada, porém há teorias o que apresentam indícios de sua origem por meio da multiplicação celular da camada basal do epitélio oral, como também de remanescentes da lâmina dentária, geralmente ocasionados por dentes não erupcionados (impactados). (Moura BS et al., 2016).

Observa-se uma predileção pelo sexo masculino, podendo afetar grupos de diferentes faixas etárias, observando um maior predomínio em pacientes de 20 a 40 anos de idade. A mandíbula segue como a região mais afetada, como também apresentando uma marcante tendência ao envolvimento do corpo posterior e do ramo da mandíbula. (Freitas et al., 2015).

A respeito de sua sintomatologia, em alguns casos, podem apresentar-se como assintomáticos, por vezes descobertos por alteração na assimetria facial. Quando sintomáticos, podem provocar tumefação, dor, trismo, podendo causar até parestesia, em que a sintomatologia irá depender das características clínicas da lesão (volume, dimensão). Queratocistos de grandes dimensões podem estar associados à dor, contudo alguns cistos extremamente grandes podem ser assintomáticos. (Oliveira et al., 2014).

Os queratocistos exibem uma área radiolúcida, com margens radiopacas regulares bem definidas, podendo apresentar-se em uniloculares ou multiloculares (Hupp et al., 2021).

O exame histopatológico continua sendo a investigação padrão-ouro, visto que é necessário um diagnóstico diferencial, pois o ceratocisto odontogênico pode ser confundido com outros tumores benignos radiograficamente, tais como: ameloblastoma, mixoma. (Neville et al., 2016).

O diagnóstico precoce e o encaminhamento para a descompressão podem minimizar o grau da destruição óssea mandibular, dessa forma podendo contribuir para a preservação da estrutura anatômica e fonética (Figueiredo et al.,2020).

Sob essa perspectiva, o presente estudo busca apresentar um caso clínico de ceratocisto odontogênico em região posterior direito de mandíbula, o qual se utilizou de tratamento conservador de descompressão associado a um dispositivo plástico buscando ressaltar a importância de um diagnóstico preciso, associado a um plano de tratamento de natureza conservadora. Tal abordagem visa restabelecer a saúde, a estética e a função do paciente, reintegrando-o à sociedade.

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objetivo deste trabalho foi descrever um relato de caso sobre o tratamento conservador de um paciente com ceratocisto odontogênico mandibular, localizado em corpo posterior mandibular, o qual foi realizado em ambiente hospitalar.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Relatar a eficácia do tratamento conservador, evidenciando suas vantagens para a saúde do paciente, contribuir para a reintegração social e a melhoria da qualidade de vida.

### 3 - REFERENCIAL TEÓRICO

Até 2016, o ceratocisto odontogênico (OKC) era classificado pela OMS como neoplasia benigna, devido a seu comportamento agressivo e às altas taxas de recidiva. No entanto, em 2017, houve uma reclassificação em que foi designado Cisto Odontogênico de Desenvolvimento. (Nath et al.,2020).

O ceratocisto odontogênico ou queratocisto trata de um cisto de desenvolvimento raro e benigno, porém localmente agressivo, não se sabe ao certo a etiologia da lesão, porém estudos apontam que a sua origem está associada a restos celulares da lâmina dentária. (Neville et al.,2016).

O queratocisto odontogênico ocorre em uma ampla faixa etária, com pico de prevalência da segunda a quarta décadas de vida. A lesão apresenta-se comumente em sexo masculino, podendo atingir mulheres também, mas em uma pequena proporção. A lesão é mais comum na região dos molares podendo estender-se até o ramo da mandíbula. (Neville et al.,2021).

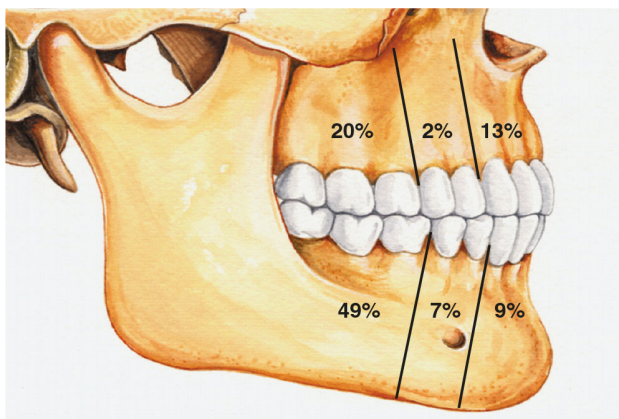


Figura 1 - Distribuição relativa do OKC nos ossos gnáticos.  
Fonte: Neville, et al.2016.

Grande parte dos casos de queratocisto odontogênico ocorrem na região posterior da mandíbula, o que pode ser atribuído a diversos fatores, como o fato de essa área apresentar um maior número de dentes impactados e uma maior concentração de restos celulares da lâmina dentária estruturas embrionárias que podem dar origem à lesão.(Rezende,2016)

Segundo Neville et al.,2016, essas lesões são importantes por razões de o OKC possuir grande potencial de crescimento comparado à maioria dos cistos odontogênicos, alto índice de recidiva, como também possível associação com a síndrome do carcinoma nevoide basocelular.

As lesões podem ser identificadas por meio de radiografias periapicais, panorâmicas e, como padrão-ouro, tomografia computadorizada, visto que ela mostra dimensão da lesão e proximidade com estruturas relevantes, contudo as características radiográficas do OKC assemelham-se com outras lesões como ameloblastoma, mixoma, assim como também eles podem apresentar-se de forma unilocular ou multilocular. Por isso, faz-se necessário, para diagnóstico, a realização do exame histopatológico. (Balmick et al.,2011).



Figura 2 - RP de lesão multilocular em ramo de mandíbula direito  
Fonte: Hupp, et al.2021.



Figura 3 - RP de lesão multilocular em corpo posterior esquerdo e ramo da mandíbula.  
Fonte: Neville, et al.2016.

Do ponto de vista histológico, o ceratocisto odontogênico apresenta-se como uma cavidade cística delimitada por um epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado, geralmente delgado. A camada basal é composta por células cuboidais ou colunares, dispostas de forma paliçada e com núcleos hipercromáticos.

A superfície epitelial apresenta queratina com aspecto corrugado característico. A sintomatologia do ceratocisto, quando em dimensões maiores, podem apresentar tumefação, dor, aumento de volume, porém em demasiadas dimensões podem apresentar-se como assintomáticos. A sintomatologia dependerá, entre os fatores, da dimensão clínica da lesão. (Barros et al., 2020).

Há diversas modalidades de tratamento para o OKC como ressecção segmentar ou parcial, enucleação, marsupialização e descompressão. O tratamento deve ser estabelecido de acordo com as características da lesão, dimensão de tamanho, sintomas, apresentação clínica, idade, condição de saúde e disponibilidade para o acompanhamento; dessa forma, sendo uma melhor escolha da técnica cirúrgica. (Irani et al., 2020).

Entre os diversos tratamentos, os tratamentos mais comuns atualmente é a enucleação e marsupialização pelo menor índice de recidivas, e, como tratamento alternativo conservador, a descompressão cirúrgica, a qual consiste em criar uma cavidade cística que se conecta com a oral e é capaz de o fluido cístico sair. Se a lesão aumentar e aproximar-se de uma estrutura vital, a descompressão é mais recomendada. (Chrysomali et al., 2013).

O objetivo do tratamento conservador de descompressão do ceratocisto odontogênico é devolver ao paciente estética, fonética e função. Com o intuito de utilização técnica que minimize intercorrências como fraturas ósseas, injúrias às estruturas nobres, como lesões vasculares ou nervosas, podem apresentar bons resultados clínicos ao paciente, à resolutividade da lesão. (Johnson et al., 2013).

#### **4 - MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo observacional do tipo relato de caso, selecionado devido a um ceratocisto odontogênico, em região de mandíbula posterior direita, sendo tratado de forma conservadora, por meio de punção aspirativa e dispositivo decompressor.

Para a revisão bibliográfica, foram utilizados os descritores “Ceratocisto Odontogênico”; “Mandíbula”; “Descompressão”, utilizando livros e bases de dados, como PUBMED e SCIELO, visto que ambas possuem uma grande amplitude de materiais. Ao serem selecionados os artigos publicados entre 2010 e 2025, foram incluídos artigos em português e inglês. Após leitura criteriosa de títulos e resumos, foram selecionados 16 artigos científicos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo paciente.

Submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Christus, sob o número de aprovação 6.738.447

## 6- RELATO DE CASO

Paciente AFO, 76 anos, sexo masculino, encaminhado por um cirurgião-dentista para Hospital do Coração Dr. Carlos Alberto Studart, o qual, ao CD observar a radiografia panorâmica, observou determinada alteração ao lado direito em região de mandíbula posterior.



Figura 4. Foto extraoral pré-operatória frontal

Figura 5. Foto extraoral pré-operatória frontal ângulo baixo

Fonte: Arquivo pessoal.

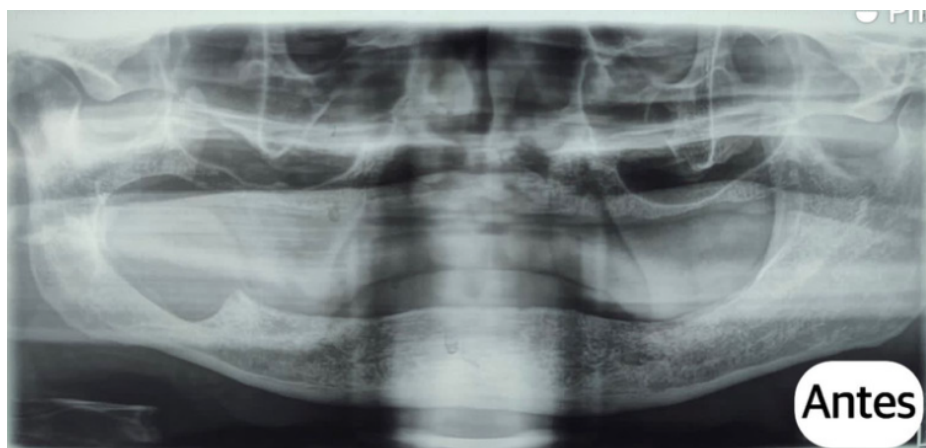


Figura 6. Radiografia Panorâmica, observada pelo CD imagem radiolúcida multilocular do lado direito que estende-se de forma ântero-posterior até o côndilo da mandíbula.

Fonte: Arquivo pessoal.

Paciente foi atendido pelo setor de Odontologia do Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, queixando-se de “caroço em boca”. Ao ser avaliado clinicamente e por meio dos exames imaginológicos (panorâmica),

observou-se uma área radiolúcida, circundada por halo radiopaco em região posterior de mandíbula.

Ao exame clínico, paciente apresentava-se desdentado total, e, na região da respectiva lesão, observou-se um nódulo levemente esbranquiçado, que, segundo o paciente, não apresentava dor e era levemente endurecido à palpação.



Figura 7. Imagem extra-oral. Aumento de volume e edema em região posterior direita de face.

Fonte: Arquivo pessoal.

Realizou-se punção aspirativa, com anestesia local, com a finalidade de retirar o líquido esbranquiçado com caráter leitoso que a região de mandíbula posterior apresentava.



Figura 8. Punção aspirativa, de líquido com caráter leitoso esbranquiçado, retirado.

Fonte: Arquivo pessoal.

Diante das hipóteses de ameloblastoma unicístico, ceratocisto odontogênico e mixoma, foi realizada uma biópsia incisional para estudo histopatológico.

Em seguida, enviou-se para análise histopatológica, na qual se confirmou o diagnóstico de ceratocisto odontogênico.

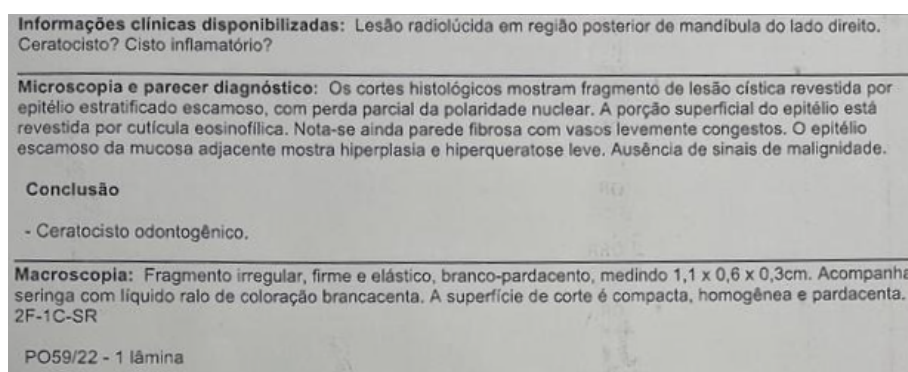


Figura 9. Resultado do laudo histopatológico, em que se confirmou o diagnóstico de lesão Ceratocisto Odontogênico.

Fonte: Arquivo pessoal.

Sendo, portanto, indicado a descompressão cirúrgica, por tratar-se de um paciente jovem na reabilitação, o aparelho protético preferível mediante ao caso, seria a prótese total inferior.

Assim, foi realizada a descompressão, utilizando um dispositivo de plástico visando à regressão da lesão.



Figura 10,11 e 12 - Registro de procedimento cirúrgico de descompressão, seguido por colocação de dispositivo de plástico (dreno).

Fonte: Arquivo pessoal.

Após a colocação desta intervenção conservadora do dispositivo plástico no primeiro mês, o paciente passou a retornar quinzenalmente. Logo a partir do segundo mês, retornava mensalmente até os primeiros seis meses. Com a evolução do paciente, observou-se uma regressão gradativa da lesão.

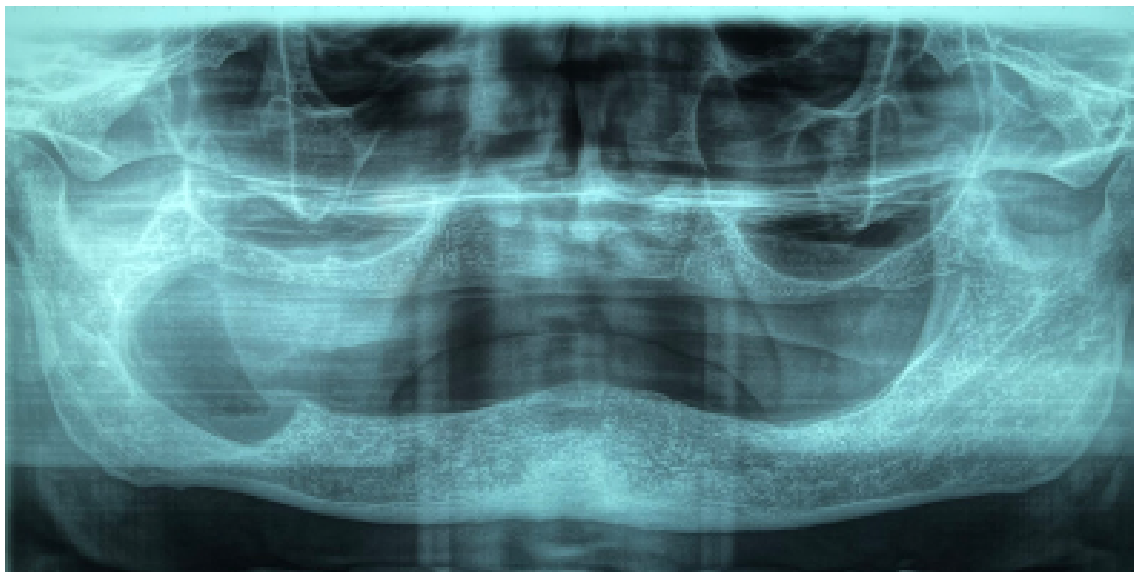


Figura 13. RP com 1 mês de pós-operatório do paciente  
Fonte: Arquivo pessoal.

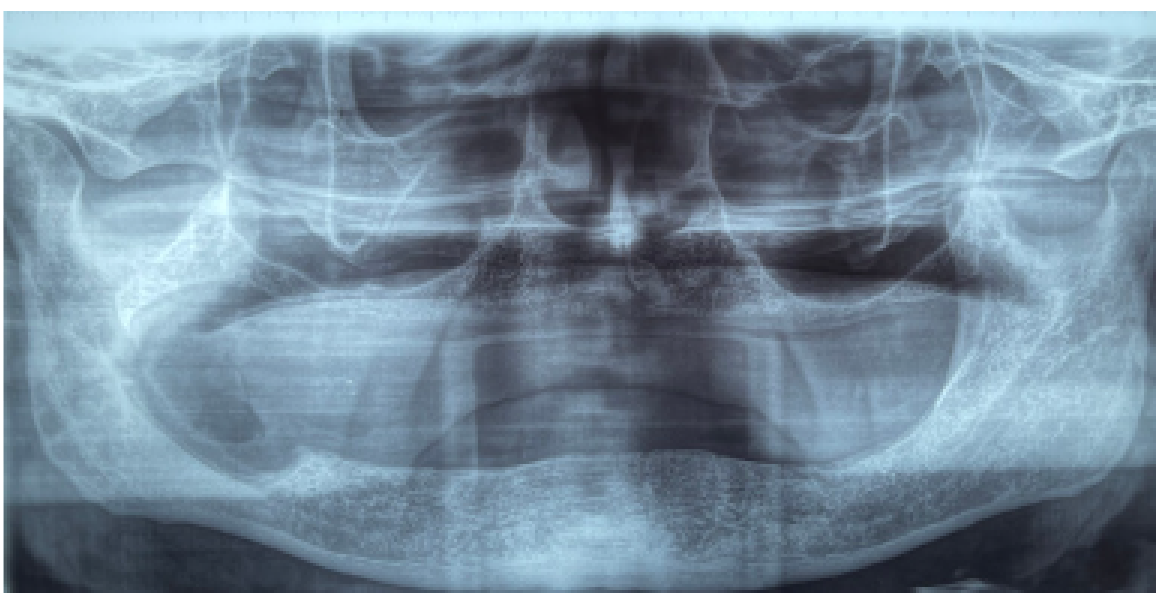


Figura 14. RP com 2 meses de pós-operatório do paciente  
Fonte: Arquivo pessoal.

Após dois meses de acompanhamento, o dispositivo caiu da região lesional. Porém, observou-se uma epitелização completa da loja cirúrgica, não sendo necessária uma nova intervenção. A cada avaliação clínica, reforçava-se a importância da manutenção da higiene oral e irrigação da área lesional utilizando digliconato de clorexidina 0,12% e soro fisiológico 0,9% após a alimentação do paciente.



Figura 15. RP com 6 meses de pós-operatório do paciente  
Fonte: Arquivo pessoal.

O paciente foi submetido a acompanhamento clínico odontológico por um período de um ano, apresentando regressão significativa da lesão cística, sem relato de queixas funcionais ou dolorosas durante o período de observação.

Sendo assim, através deste relato de caso pode-se inferir a importância do diagnóstico correto e aplicação de um correto plano de cuidados. Observa-se também que mesmo a idade avançada do paciente, consequentemente uma resposta fisiológica mais lenta, como também a literatura científica demonstrando um caráter relativamente agressivo da lesão, optar por um tratamento conservador ainda é o ideal, pois promove-se a cura do paciente com menor morbidade.

## 6 - DISCUSSÃO

A etiologia do ceratocisto odontogênico está associada à proliferação de remanescentes epiteliais da lâmina dentária, sendo classificado como um cisto benigno. Esse tipo de cisto é caracterizado por sua natureza extremamente agressiva e destrutiva, o que justifica a necessidade de iniciar o tratamento o mais rapidamente possível (NEVILLE et al.,2016).

Existem diversas modalidades de tratamento, tais como descompressão cirúrgica, marsupialização, enucleação e ressecção cirúrgica. A escolha do tratamento proposto será determinada com base na idade do paciente, nas características clínicas e localização da lesão, como também na disponibilidade de acompanhamento do paciente. (HUPP et al.,2021).

No presente relato, em virtude da localização da lesão, situada no ramo posterior da mandíbula, com proximidade a estruturas anatômicas de relevância, como inervações, proximidade da lesão com o feixe neurovascular alveolar inferior, e a tábua óssea, além de o paciente ser edêntulo, o que já comprometeria sua estética e função fonética, recomenda-se a adoção da técnica de descompressão, levando-se em consideração, ainda, a imprescindível preservação de quaisquer outras estruturas vitais da cavidade oral, conforme relata Castro et al., 2016.

Segundo (HUPP et al.,2021), para o tratamento de ceratocistos odontogênicos, é recomendada uma abordagem mais invasiva, como a curetagem associada à enucleação. Isso se deve ao fato de que, nesse tipo de cisto odontogênico, observa-se uma taxa de recidiva consideravelmente alta. Além disso, cistos satélites ou filhotes, frequentemente localizados na periferia da cavidade cística principalmente em tratamentos mais conservadores podem não ser removidos de maneira completa, o que contribui para a elevada taxa de recidiva.

(Fonseca et al.,2010) Também afirma que a utilização da solução de Carnoy uma solução química que pode ser utilizada como tratamento complementar na odontologia (composta por álcool absoluto, clorofórmio, ácido acético glacial e cloreto férrico) após a enucleação cística, com a finalidade de destruir os remanescentes epiteliais e da lâmina dentária nas margens ósseas, pode ser uma opção terapêutica mais eficaz, uma vez que está associada a menores taxas de recorrência da lesão.

(Aciole et al.,2010) Afirma que, a ressecção segmentar cirúrgica é considerado o modelo de tratamento com a menor taxa de recidivas, entretanto, caracteriza-se por um alto grau de agressividade e invasividade, com potencial para causar danos estéticos e funcionais. Em razão de seus riscos, é a abordagem menos indicada, sendo reservada apenas para tumores de grandes dimensões, ou para lesões que apresentam múltiplas recidivas e não obtêm sucesso a tratamentos mais conservadores.

(Castro et al., 2016) Visando evitar intercorrências, especialmente no período trans-operatório, como fraturas e lesões irreversíveis em estruturas nobres, como o comprometimento do nervo alveolar inferior, recomenda-se, como primeira opção de tratamento, a descompressão cirúrgica ou marsupialização, o que possibilita como sua maior vantagem de tratamento, a preservação das estruturas ósseas e dos tecidos moles. Além disso, a odontologia atual conservadora, consiste em aplicar métodos terapêuticos minimamente invasivos, a depender da resposta fisiológica dos pacientes, aborda-se tratamento mais cruentos de forma gradativa.

Por fim, vale ressaltar segundo (Jung et al.,2014), a descompressão cirúrgica consiste em criar uma janela na cavidade do cística, por meio do auxílio de um dispositivo (dreno), suturando a cavidade adjunto a mucosa,com a finalidade de redução da pressão cística e do conteúdo intralesional, o qual, consequentemente evita o crescimento da área lesionada e a sua diminuição devido à neoformação óssea; Além disso mantém a preservação da natureza de estruturas vitais de possíveis danos como fraturas mandibulares, lesões nervosas, minimizando a necessidade de reabilitação protética bucomaxilofacial, como ocorreu no presente relato.

## **7 - CONCLUSÃO**

A avaliação clínica, imaginológica e histopatológica é imprescindível para o correto diagnóstico do ceratocisto odontogênico (OKC). O presente relato demonstrou sucesso no tratamento conservador por meio da descompressão cirúrgica de um ceratocisto odontogênico localizado na mandíbula, proporcionando ao paciente a recuperação da estética, função, fonética e sua reintegração ao convívio social. Além de reduzir a morbidade, a abordagem conservadora contribui significativamente para a preservação de importantes estruturas anatômicas. É fundamental conscientizar o paciente sobre a importância do acompanhamento periódico e das visitas regulares ao cirurgião-dentista, uma vez que, mesmo com o êxito do tratamento, o ceratocisto odontogênico apresenta alto potencial de recidiva.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. T. dos S. *et al.* Tumor odontogênico queratocisto recidivante: tratamento cirúrgico conservador ou radical? Relato de caso clínico. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, Camaragibe, v. 10, n. 1, p. 43-48, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-550977>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- BALMICK, S. *et al.* Recidiva do Tumor Odontogênico Ceratocístico: Análise retrospectiva de 10 anos. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, Camaragibe, v. 1, n. 1, p. 85-91, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-792181>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- BARROS, M. A. N. *et al.* Queratocisto odontogênico: relato de caso. **Archives of Health investigation**, [s. l.], v. 8, n. 11, 2020. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/4636>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- CASTRO-NÚÑEZ, J. Descompression of odontogenic cystic lesions: past, present, and future. **J Oral Maxillofac Surg.**, [s. l.], v. 74, n. 1, p. 104, 2016. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391%2815%2901272-0/abstract?utm\\_source=](https://www.joms.org/article/S0278-2391%2815%2901272-0/abstract?utm_source=). Acesso em: 24 abr. 2025.
- CHRYSOMALI, E. *et al.* Odontogenic tumors. **J Craniofac Surg.**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 1521-1525, 2013. Disponível em: [https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2013/09000/Odontogenic\\_Tumors.4.aspx](https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2013/09000/Odontogenic_Tumors.4.aspx). Acesso em: 24 abr. 2025.
- FIGUEIREDO, F. T. *et al.* Queratocisto odontogênico: uma abordagem cirúrgica. **Archives of Health Investigation**, [s. l.], v. 8, n. 11, 2020. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/4798>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- FONSECA, E. V. *et al.* Fatores clínicos, histopatológicos e tratamento do tumor queratocisto odontogênico. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 57-61, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-570072>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- FREITAS, D. A. *et al.* Ceratocistoodontogênico maxilar: relato de caso clínico. **RGO Rev Gauch odontol.**, Porto Alegre, v. 63, n. 4, p. 484-488, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/m87tzPq3jQJLvCkJK8DFNDH/?lang=en>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- HUPP, J.R.; ELIS III, E. E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. E-book. 475 p. ISBN 9788595157910. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595157910/>. Acesso em: 23 abr. 2025.
- IRANI, S.; FOROUGHI, F. Histologic variants of calcifying odontogenic cyst: a study of 52 cases. **J Contemp Dent Pract.**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 688-694, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5509777/>. Acesso em: 24 abr. 2025.

em: [https://www.mendeley.com/catalogue/e1819288-1540-343a-89bf-e60824232c48\\_](https://www.mendeley.com/catalogue/e1819288-1540-343a-89bf-e60824232c48_)  
Acesso em: 24 abr. 2025.

JOHNSON, N. R. *et al.* A prospective epidemiological study for odontogenic and non-odontogenic lesions of the maxilla and mandible in Queensland. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.**, [s. l.], v. 115, n. 4, p. 515-522. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23522645/>. Acesso em: 24 abr. 2025.

JUNG, E.-J.; BAEK, J.-A.; & LEEM, D.-H. Decompression device using a stainless steel tube and wire for treatment of odontogenic cystic lesions: A technical report. **Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. 308–310. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4283540>. Acesso em: 24 abr. 2025.

MOURA, B. S.; CAVALCANTE, M. A.; HESPANHOL, W. Tumor odontogênico ceratocístico. **Rev Col Bras Cir.**, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 466-471, 2016. Disponível em: <https://academicoo.com/artigo/tumor-odontogenico-ceratocistico>. Acesso em: 24 abr. 2025.

NATH, P. *et al.* Conservative management of odontogenic keratocyst in a tertiary hospital. **Annals of Maxillofacial Surgery**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7433952>

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. E-book. p. 632. ISBN 9788595151390. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595151390/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

NEVILLE, Brad W. **Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. 409. ISBN 9788595157835. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595157835/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

OLIVEIRA JÚNIOR H. C. C. *et al.* Descompressão cirúrgica no tratamento de lesões císticas da cavidade oral. **Rev cir traumatol buco-maxilo-fac.**, Camaragibe, v. 14, n. 1, p. 15-20, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-792308>. Acesso em: 24 abr. 2025.

REZENDE, F. C. B.; DIAS, M. A. Tumor Odontogênico Queratocisto: relato de caso. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 938-941, 2016. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article>. Acesso em: 24 abr. 2025.

## APÊNDICES - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar do estudo "TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE ACOMETIDO POR CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: UM RELATO DE CASO." Sua participação é importante, mas você não deve participar contra a sua vontade. Leia com atenção as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os passos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Queremos com este trabalho avaliar a eficácia do procedimento cirúrgico conservador de lesão em mandíbula no que diz respeito às alterações e queixas clínicas, seguindo as queixas e ansias do paciente.

O procedimento cirúrgico que será realizado em você, tem como riscos o de poder causar, de forma incomum e como complicação inerente a esse tipo de procedimento, desconfortos e algumas complicações, tais como: inflamação, edema (inchaço), parestesia, hemorragia (sangramento), úlceras (aftas), hematoma e equimose (manchas vermelhas em região de bochecha). Além disso, também poderá desenvolver infecção pós-operatória, mas caso alguma dessas situações venha a ocorrer, o Cirurgião Bucomaxilofacial responsável por este estudo prontamente avaliará seu caso e realizará o tratamento indicado. Sua participação não será paga, não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua negativa não trará nenhuma penalidade ou prejuízo em sua relação com o profissional, aos serviços ou com as instituições.

As informações obtidas através desta avaliação serão confidenciais e não haverá identificação de sua pessoa, exceto pelos profissionais dos serviços e asseguramos que ninguém será informado da sua participação e nem conhecerá os resultados dos exames feitos.

Você receberá uma cópia deste termo em que está anotado o telefone e o endereço do profissional responsável pela avaliação, podendo tirar suas dúvidas sobre a avaliação e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### RESPONSÁVEL

Edson Luiz Cetina Filho

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) – Faculdade de Odontologia

R. João Adolfo Gargel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180

Telefones para contato: (85) 3265-8100 997219653

#### DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em

participar e para isso DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

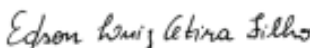
Fortaleza, 02 de janeiro de 2023.



Assinatura do Participante (Antônio Farias de Oliveira)

Assinatura da Testemunha (se o voluntário não souber ler)

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_



Assinatura do Profissional Responsável

## ANEXOS - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
CHRISTUS - UNICHRISTUS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TRATAMENTO CONSERVADOR EM PACIENTE ACOMETIDO POR CERATOCISTO ODONTOGÊNICO: UM RELATO DE CASO

**Pesquisador:** EDSON LUIZ CETIRA FILHO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 77976924.9.0000.5049

**Instituição Proponente:** Unichristus

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.738.447

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um relato de caso do tipo retrospectivo com finalidade de descrever abordagem cirúrgica para cisto odontogênico.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do presente trabalho é relatar o tratamento cirúrgico conservador de decompressão de um paciente acometido por Ceratocisto Odontogênico.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e inerentes à identificação do paciente, cujo sigilo foi garantido pelos pesquisadores omitindo informações e imagens do paciente sem tarjas pretas, e os benefícios estão relacionados à descrição do caso clínico de um ponto de vista acadêmico

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados e assinados.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa de relato de caso sem pendências éticas ou documentais.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

**Endereço:** Rua João Adolfo Gargal, nº 133, Mirim, salas T11 e T12 - Prédio Central

**Bairro:** Cocó

**CEP:** 60.160-000

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85) 3265-0100

**E-mail:** cep@unichristus.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
CHRISTUS - UNICHRISTUS**



Continuação do Parecer: 6.738.447

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                      | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2286386.pdf | 16/02/2024<br>19:10:05 |                            | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | BROCHURA.pdf                                  | 16/02/2024<br>19:09:47 | EDSON LUIZ<br>CETIRA FILHO | Aceito   |
| Outros                                                    | Termo_anuencia.pdf                            | 16/02/2024<br>19:09:05 | EDSON LUIZ<br>CETIRA FILHO | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | FOLHA_ROSTO_EDSON_CETIRA.pdf                  | 16/02/2024<br>07:22:10 | EDSON LUIZ<br>CETIRA FILHO | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                      | 10/02/2024<br>18:34:30 | EDSON LUIZ<br>CETIRA FILHO | Aceito   |
| Orçamento                                                 | ORCAMENTO.pdf                                 | 10/02/2024<br>18:34:19 | EDSON LUIZ<br>CETIRA FILHO | Aceito   |
| Cronograma                                                | CRONOGRAMA.pdf                                | 10/02/2024<br>18:34:08 | EDSON LUIZ<br>CETIRA FILHO | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 02 de Abril de 2024

---

**Assinado por:**  
**OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO**  
(Coordenador(a))