



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

**RAÍSSA LORENN ARAÚJO REBOUÇAS**

**O USO DA MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO CONSERVADOR DE UM  
CERATOCISTO ODONTOGÊNICO – RELATO DE CASO**

**FORTALEZA  
2026**

RAÍSSA LORENNA ARAÚJO REBOUÇAS

O USO DA MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO CONSERVADOR DE UM  
CERATOCISTO ODONTOGÊNICO – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Odontologia da  
Universidade Christus, como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel  
em Odontologia.

Orientador: Prof. João Paulo Veloso Perdigão.

FORTALEZA

2026

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)

R292u    Rebouças, Raissa Lorena Araújo.  
          O uso da marsupialização como tratamento conservador de um  
          ceratocisto odontogênico- Relato de caso / Raissa Lorena Araújo  
          Rebouças. - 2026.  
          35 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro  
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Administração,  
Fortaleza, 2026.

Orientação: Prof. Me. João Paulo Veloso Perdigão .

1. Odontogenic Keratocyst . 2. OKS. 3. Marsupialização . I.  
Título.

CDD 658

RAÍSSA LORENN ARAÚJO REBOUÇAS

O USO DA MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO CONSERVADOR DE UM  
CERATOCISTO ODONTOGÊNICO – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Odontologia da  
Universidade Christus, como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel  
em Odontologia.

Orientador: Prof. João Paulo Veloso Perdigão.

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

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Ms. João Paulo Veloso Perdigão (Orientador)  
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

---

Profª. Dra. Karine Cestaro Mesquita (Examinador)  
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

---

Prof. Ms. Tibério Gomes Magalhães (Examinador)  
Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Aos meus pais, Márcio e Ângela, que escolheram lutar as minhas lutas e tornaram possível a realização deste sonho.

Obrigada, mãe. Sob muito sol, você fez com que eu chegasse até aqui na sombra. Obrigada, pai, que, atrás de um volante, sempre me guiou por uma estrada calma e segura.

Dedico a vocês este trabalho e todo o meu amor.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, fonte de toda força, por conduzir meus passos ao longo desta caminhada. Foi Ele quem sustentou minha fé nos momentos de incerteza, me fortaleceu diante dos desafios e tornou possível a realização de sonhos que, um dia, pareceram distantes demais. Agradeço também à Nossa Senhora de Fátima, que me aproximou novamente da fé e me ensinou a confiar nos planos divinos, e ao meu anjo da guarda, companheiro silencioso de todos os dias, por sua constante proteção e cuidado.

Aos meus pais, Márcio e Ângela, por serem meu porto seguro e o maior exemplo de amor, dedicação e coragem. Obrigada por cada esforço, cada renúncia e cada incentivo ao longo da minha trajetória. Vocês acreditaram em mim quando nem eu mesma acreditava e fizeram dos meus sonhos uma missão compartilhada. Esta conquista é tão minha quanto de vocês.

À minha irmã, Lohana, por todo amor, carinho e cumplicidade. Obrigada por ser parte essencial da minha vida e por me presentear com minhas amadas sobrinhas.

Ao meu namorado, Maicon, que esteve ao meu lado antes mesmo de este sonho nascer. Obrigada por escolher caminhar comigo, compartilhar minhas lutas, celebrar minhas conquistas e tornar os momentos difíceis mais leves.

À minha amada família em Altamira, no Pará, por todo o carinho, incentivo e pelos ensinamentos que até hoje levo comigo. Muito do que sou hoje foi construído pelos valores que aprendi com vocês.

À minha família do Ceará, que me acolheu com tanto afeto e fez com que eu me sentisse em casa mesmo longe das minhas origens. Carrego cada um de vocês com muito carinho em meu coração.

À minha dupla de faculdade, Sabrina, por dividir comigo não apenas a vida acadêmica, mas também os desafios, as conquistas, as inseguranças e os momentos inesquecíveis desta jornada. Sua amizade e parceria tornaram este percurso muito mais especial.

Ao meu orientador, professor João Paulo, pela confiança, dedicação e ensinamentos ao longo desta trajetória. Obrigada por acreditar em meu potencial, por me orientar e por contribuir de forma decisiva para a realização deste trabalho e para a apresentação deste caso tão singular.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada e contribuíram para a minha formação profissional e pessoal. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada demonstração de carinho tiveram um papel importante nesta conquista.

A todos vocês, minha eterna gratidão.

## RESUMO

O ceratocisto odontogênico é uma lesão de natureza cística, derivada dos remanescentes da lâmina dentária, que se caracteriza por seu comportamento clínico agressivo e elevada taxa de recorrência. A importância clínica está relacionada à dificuldade diagnóstica e à variedade de apresentações radiográficas. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de ceratocisto odontogênico localizado em corpo mandibular, tratado por meio de marsupialização, destacando o manejo conservador e o acompanhamento clínico e radiográfico prolongado. O estudo foi desenvolvido no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da Messejana, em Fortaleza – CE, com base em revisão de literatura e observação clínica de 19 meses de acompanhamento. O caso apresentado evidencia a eficácia da marsupialização como abordagem terapêutica inicial, promovendo a redução gradual da cavidade cística e a preservação das estruturas anatômicas adjacentes. Este relato reforça a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento periódico para o sucesso do tratamento e prevenção de recidivas após o tratamento definitivo.

**Palavras-chave:** ceratocisto odontogênico; oks; marsupialização; tratamento; ceratocisto.

## ABSTRACT

The odontogenic keratocyst is a cystic lesion derived from remnants of the dental lamina, characterized by its aggressive clinical behavior and high recurrence rate. Its clinical relevance lies in the diagnostic challenges and variability in radiographic and histological presentations. This study aims to report a clinical case of an odontogenic keratocyst located in the mandibular body, treated by marsupialization, emphasizing the conservative management and long-term clinical and radiographic follow-up. The study was conducted at the Dental Specialty Center (CEO) of Messejana, in Fortaleza, Brazil, based on a literature review and a 12-month clinical follow-up. The presented case demonstrates the effectiveness of marsupialization as an initial conservative therapeutic approach, promoting gradual reduction of the cystic cavity and preservation of adjacent anatomical structures. This case report reinforces the importance of early diagnosis and regular monitoring to ensure treatment success and prevent recurrences after the final surgical treatment.

**Keywords:** odontogenic keratocyst; oks ; marsupialização; tratamento; ceratocisto.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Epidemiologia.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Características Clínicas e Comportamento Biológico.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Aspectos Histopatológicos.....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 Aspectos Radiográficos e Tomográficos.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5 Tratamento e Prognóstico.....</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>5 RELATO DE CASO.....</b>	<b>19</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ceratocisto odontogênico (CO) é uma lesão de origem odontogênica que apresenta características histopatológicas singulares e um comportamento clínico considerado mais agressivo em comparação aos demais cistos dos maxilares. Essa lesão se desenvolve a partir dos restos celulares da lâmina dentária e possui um padrão de crescimento peculiar, o que a diferencia de outras entidades císticas, como o cisto dentífero e o cisto radicular. (Neville *et al.*, 2025).

O Ceratocisto Odontogênico, figura entre os cistos odontogênicos mais frequentes, geralmente ocupando a terceira posição, sendo superado apenas pelo cisto radicular e o cisto dentífero, com frequências em torno de 6% a 15% dos casos em diferentes populações (Prockt *et al.*, 2008)

Em virtude de seu comportamento clínico agressivo e elevada taxa de recorrência, o ceratocisto odontogênico tem sido objeto de diversas discussões quanto à sua natureza biológica. Alguns autores sugerem que seu crescimento pode estar associado a fatores intrínsecos ao epitélio de revestimento, o que motivou, em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a classificá-lo como tumor odontogênico ceratocístico. Contudo, em uma revisão publicada em 2017, a OMS retomou a designação de lesão cística odontogênica, visto que ainda não existem evidências científicas suficientes que sustentem sua permanência como entidade tumoral.

Estudos epidemiológicos demonstram ampla variação na prevalência do CO em diferentes populações e regiões geográficas dentre os tumores odontogênicos. Pesquisas internacionais relatam índices variando entre 19,5% e 74,2%, dependendo dos critérios diagnósticos e da classificação adotada para a lesão. No Brasil, também são observadas diferenças significativas entre os estudos, sendo relatada prevalência de 32,3% entre os tumores odontogênicos em pesquisas realizadas no Rio de Janeiro e de 7,2% entre os cistos odontogênicos em Minas Gerais. Além disso, a literatura aponta maior acometimento da mandíbula, especialmente nas regiões de corpo, ângulo e ramo mandibular, com predominância entre a terceira e quarta décadas de vida. Em relação às manifestações clínicas, parte significativa dos casos pode apresentar-se de forma assintomática, sendo frequentemente diagnosticada em exames radiográficos de rotina. (YAMASHITA *et al.*, 2019).

Em cerca de 43,5% dos casos, o ceratocisto foi identificado de forma acidental em exames radiográficos de rotina, enquanto 56,5% apresentaram sintomas clínicos, principalmente aumento de volume (46,1%) e dor associada (15,3%). Histologicamente, as lesões apresentaram parede cística delgada e revestimento epitelial de espessura uniforme, características compatíveis com o diagnóstico de ceratocisto odontogênico (Mello *et al.*, 2011).

O ceratocisto odontogênico apresenta um comportamento biológico singular, caracterizado por um padrão de crescimento predominantemente infiltrativo, que frequentemente ocorre no sentido ântero-posterior, sem provocar expansão significativa das corticais ósseas. Essa característica favorece o diagnóstico tardio. Tal comportamento explica sua natureza localmente agressiva e a elevada taxa de recorrência observada em diversos estudos populacionais (MELLO *et al.*, 2011).

Os CO apresentam predileção pela mandíbula, sendo aproximadamente duas vezes mais frequentes nesse osso do que na maxila. As regiões mais acometidas são o corpo posterior, o ângulo e o ramo mandibular. Essas lesões tendem a se expandir ao longo do comprimento do osso, com pouca ou mínima expansão no sentido bucolingual. (YAMASHITA *et al.*, 2019).

Em relação à sintomatologia, o ceratocisto odontogênico pode, em determinados casos, apresentar-se de forma assintomática, sendo frequentemente identificado de maneira incidental, a partir de alterações na simetria facial. Quando sintomáticos, esses cistos podem ocasionar aumento de volume, dor, trismo e, em alguns casos, parestesia, dependendo das características clínicas da lesão, como sua extensão e dimensões. Lesões de maiores proporções podem estar associadas à dor, entretanto, observa-se que alguns queratocistos de grandes dimensões podem permanecer assintomáticos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Radiograficamente, os ceratocistos odontogênicos se apresentam, na maioria dos casos, como lesões radiolúcidas bem delimitadas, podendo ser uniloculares ou multiloculares. A presença de septos incompletos pode conferir um aspecto multilocular, embora a lesão seja, em essência, um único espaço cístico. Geralmente, não causam reabsorção radicular e tendem a expandir-se no sentido ântero-posterior, predominando a expansão cortical. Quando localizados na maxila, podem estender-se ao seio maxilar. (ELSHAFEI, Marwa M. *et al.*, 2013).

A radiografia panorâmica é frequentemente utilizada para a detecção inicial devido seu caráter silencioso, porém apresenta limitações por ser uma imagem bidimensional e pela

sobreposição de estruturas anatômicas. A tomografia computadorizada (TC), especialmente a TC de feixe cônico (CBCT), é o exame de escolha para avaliação detalhada, pois possui imagem tridimensional. A CBCT oferece excelente resolução espacial para análise das estruturas ósseas, enquanto a TC helicoidal (MDCT) permite melhor contraste de tecidos moles. Na TC, os ceratocistos odontogênicos geralmente mostram crescimento ao longo do osso, margens bem definidas, erosão cortical leve ou ausente e, ocasionalmente, áreas de maior densidade interna relacionadas à presença de queratina. Pequenas calcificações intralesionais podem ser observadas, embora sejam incomuns. (SISMAN *et al.*, 2023).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Relatar e analisar um caso clínico de ceratocisto odontogênico em região de corpo mandibular, abordando seus aspectos clínicos, radiográficos, histopatológicos e terapêuticos, bem como o acompanhamento evolutivo após o tratamento por marsupialização realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da Messejana, em Fortaleza – CE.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as manifestações clínicas e os achados de imagem característicos do ceratocisto odontogênico;
- Apresentar o processo diagnóstico e os critérios utilizados para diferenciação do ceratocisto odontogênico em relação a outras lesões císticas e tumorais dos maxilares;
- Discutir os resultados obtidos à luz da literatura científica recente, enfatizando a efetividade da abordagem conservadora.
- Apresentar a evolução da regressão do defeito ósseo após a realização da marsupialização.
- Evidenciar o padrão histológico após 1 ano da marsupialização.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O ceratocisto odontogênico (CO) é uma lesão cística de origem odontogênica que se desenvolve a partir dos remanescentes da lâmina dentária. Apresenta características histopatológicas peculiares e comportamento biológico diferenciado quando comparado aos demais cistos odontogênicos, destacando-se pelo potencial de crescimento infiltrativo e elevada taxa de recorrência (Neville *et al.*, 2025).

Historicamente, a natureza biológica do ceratocisto odontogênico tem sido alvo de discussões. Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a lesão como Tumor Odontogênico Ceratocístico devido ao seu comportamento agressivo e à presença de alterações moleculares associadas ao crescimento epitelial. Entretanto, em 2017, após revisão dos critérios diagnósticos, a OMS restabeleceu sua classificação como cisto odontogênico, considerando insuficientes as evidências para sua manutenção como neoplasia.

#### 3.1 Epidemiologia

O ceratocisto odontogênico figura entre os cistos odontogênicos mais frequentes, ocupando geralmente a terceira posição em prevalência, atrás apenas do cisto radicular e do cisto dentígero. Sua frequência varia entre 6% e 15% dos casos, dependendo da população estudada (Prockt *et al.*, 2008).

Estudos epidemiológicos demonstram ampla variação na prevalência da lesão. Pesquisas internacionais relatam índices entre 19,5% e 74,2% dos tumores odontogênicos, enquanto estudos brasileiros identificaram prevalências de 32,3% entre os tumores odontogênicos no Rio de Janeiro e de 7,2% entre os cistos odontogênicos em Minas Gerais (Yamashita *et al.*, 2019).

A lesão acomete principalmente indivíduos entre a terceira e a quarta décadas de vida, apresentando predileção pela mandíbula, especialmente nas regiões de corpo, ângulo e ramo mandibular.

### **3.2 Características Clínicas e Comportamento Biológico**

O comportamento biológico do ceratocisto odontogênico é considerado singular devido ao seu crescimento predominantemente no sentido ântero-posterior, frequentemente sem expansão significativa das corticais ósseas. Essa característica favorece o diagnóstico tardio e contribui para sua reconhecida agressividade local (Mello *et al.*, 2011).

Em muitos casos, a lesão permanece assintomática e é diagnosticada incidentalmente durante exames radiográficos de rotina. Entretanto, quando sintomática, pode manifestar-se por aumento de volume, dor, trismo, drenagem de conteúdo cístico e parestesia, dependendo da localização e extensão da lesão (Oliveira *et al.*, 2014).

Mello *et al.* (2011) observaram que aproximadamente 43,5% dos casos foram diagnosticados incidentalmente em exames radiográficos, enquanto 56,5% apresentaram sinais clínicos, sendo o aumento de volume a manifestação mais frequente.

### **3.3 Aspectos Histopatológicos**

Histologicamente, o ceratocisto odontogênico apresenta revestimento epitelial estratificado pavimentoso paraqueratinizado, geralmente com espessura uniforme de seis a dez camadas celulares. A camada basal é composta por células cúbicas ou colunares dispostas em paliçada, frequentemente exibindo núcleos hipercromáticos e polarização reversa.

A interface entre o epitélio e o tecido conjuntivo costuma ser plana, sem projeções epiteliais significativas. A cápsula fibrosa é geralmente delgada e pode apresentar cistos satélites ou microcistos, características frequentemente associadas à elevada taxa de recidiva da lesão (Neville *et al.*, 2025).

### **3.4 Aspectos Radiográficos e Tomográficos**

Radiograficamente, os ceratocistos odontogênicos apresentam-se como áreas radiolúcidas bem delimitadas, circundadas por halo corticalizado. Podem assumir padrão unilocular ou multilocular, sendo a forma unilocular a mais frequente. Em geral, não promovem reabsorção radicular significativa, embora possam deslocar dentes adjacentes (Elshafei *et al.*, 2013).

A radiografia panorâmica constitui importante exame de triagem para identificação inicial da lesão. Entretanto, devido às limitações inerentes à imagem bidimensional, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) é considerada o exame de escolha para avaliação detalhada da extensão da lesão e do comprometimento das estruturas ósseas adjacentes (Sisman *et al.*, 2023).

A TCFC permite avaliação tridimensional da lesão, possibilitando a análise de perfuração cortical, proximidade com estruturas anatômicas nobres e planejamento cirúrgico mais preciso.

### **3.5 Tratamento e Prognóstico**

Diversas modalidades terapêuticas têm sido descritas para o tratamento do ceratocisto odontogênico, incluindo enucleação simples, enucleação associada à osteotomia periférica, aplicação da solução de Carnoy, marsupialização, descompressão e ressecção em casos extensos ou recorrentes.

A marsupialização tem se destacado como uma alternativa conservadora, principalmente em lesões de grandes dimensões ou localizadas próximas a estruturas anatômicas importantes. Essa técnica promove redução gradual da pressão intracística, favorecendo a neoformação óssea e diminuindo o tamanho da cavidade cística, permitindo posterior enucleação com menor morbidade cirúrgica.

Estudos demonstram que a marsupialização pode induzir modificações no revestimento epitelial do ceratocisto odontogênico, reduzindo sua atividade proliferativa e contribuindo para resultados clínicos favoráveis. Contudo, devido ao potencial de recorrência

da lesão, o acompanhamento clínico e radiográfico prolongado é indispensável para o monitoramento dos pacientes tratados.

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, do tipo relato de caso clínico, desenvolvido com o objetivo de descrever o diagnóstico, manejo e evolução de um paciente portador de ceratocisto odontogênico em mandíbula. O atendimento foi realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da Messejana, localizado em Fortaleza – CE.

O estudo seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a confidencialidade dos dados e a integridade do paciente. O participante foi informado sobre os procedimentos e autorizou o uso de seus dados clínicos e radiográficos para fins acadêmicos e científicos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para embasar a discussão do caso, foi conduzida uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados BVS, PubMed, SciELO, MEDLINE e LILACS, utilizando os seguintes descritores em português e inglês: keratocyst , odontogenic keratocyst, Gorlin-Goltz syndrome, marsupialization.

Foram incluídos artigos publicados nos últimos 18 anos (entre 2008 e 2026), nos idiomas português e inglês, que abordavam aspectos clínicos, radiográficos, histopatológicos e terapêuticos relacionados ao ceratocisto odontogênico. Foram excluídos estudos duplicados, publicações anteriores a 2008, relatos incompletos, artigos que não apresentavam relação direta com o tema pesquisado e tratamentos mais radicais.

Os dados clínicos e de imagem foram obtidos a partir do prontuário odontológico e registros fotográficos realizados durante o acompanhamento do paciente. O relato foi estruturado de forma descritiva e cronológica, contemplando o exame clínico inicial, exames de imagem, diagnóstico histopatológico, conduta cirúrgica adotada (marsupialização) e evolução pós-operatória.

## 5 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 62 anos, compareceu ao serviço estomatologia do Centro de Especialidade Odontológicas de Messejana em Fortaleza-CE, relatando aumento de volume em região de corpo da mandibular direito, assintomático e com tempo de evolução de aproximadamente dois meses. O histórico médico revelou diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, ambos sob controle medicamentoso.

Ao exame clínico intraoral, observou-se aumento de volume normocrômico, séssil, de superfície lisa, consistência flutuante à palpação e limites bem definidos, localizado na região de corpo mandibular com aumento de volume lingual, próximo à região dos dentes 43 ao 45, medindo aproximadamente 2 cm em seu maior diâmetro.

Figura 1 – Imagem intraoral da consulta inicial.



Acervo pessoal, 2026.

O exame da radiografia panorâmica evidenciou imagem radiolúcida unilocular, bem delimitada, estendendo-se da região do dente 43 ao 46. Em virtude da extensão da lesão, foi solicitada tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), a qual demonstrou reabsorção da cortical lingual mandibular, ausência de reabsorção radicular e presença de lesão unilocular medindo aproximadamente 2,77 cm em seu maior diâmetro.

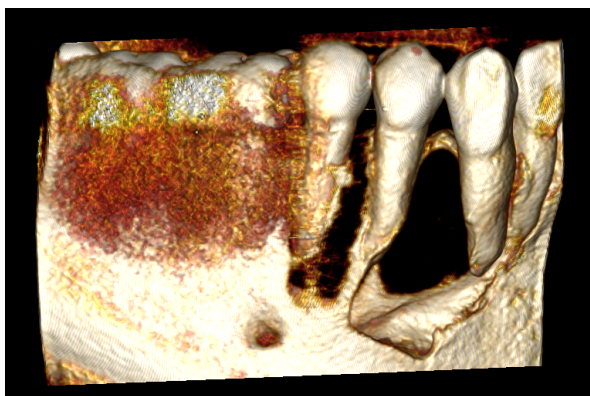
Figura 2 – Imagem da radiografia panorâmica inicial.



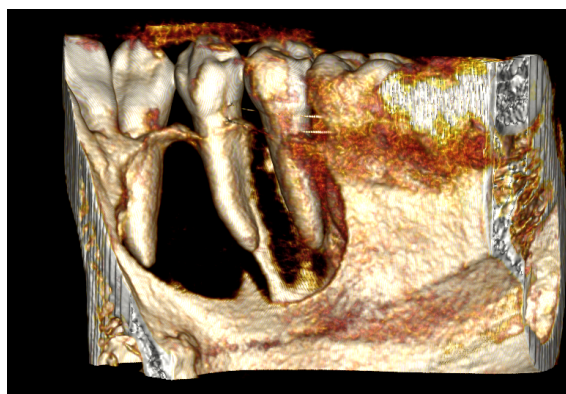
Acervo pessoal, 2026.

Figura 3 – Imagens de reconstruções tomográficas.

Vista vestibular.



Vista lingual.



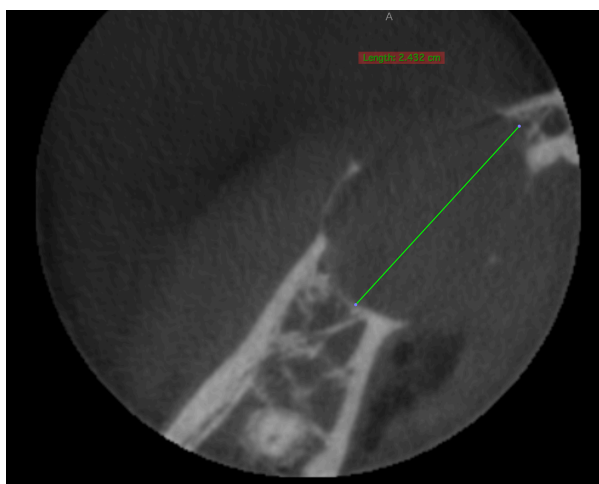
Acervo pessoal, 2026.

Vista anterior.



Acervo pessoal, 2026.

Figura 4 - Imagens dos cortes axiais.



Acervo pessoal, 2026.

Figura 5 - Imagem do corte sagital.



Acervo pessoal, 2026.

Com base nos achados clínicos e imaginológicos, estabeleceram-se como principais hipóteses diagnósticas o ceratocisto odontogênico e o ameloblastoma, considerando especialmente o aspecto flutuante da lesão à palpação. Sob anestesia local, realizou-se punção

aspirativa, obtendo-se líquido seroso de coloração esverdeada. Em seguida, procedeu-se à biópsia incisional associada à marsupialização da lesão e usado um curativo com gaze apenas na primeira semana de pós-operatório.

Figura 6 – Líquido aspirado com aspecto seroso de cor esverdeada.



Acervo pessoal, 2026.

Figura 7 – Pós-operatório imediato após a biópsia incisional e marsupialização. ( Acervo da autora 2026.)



Acervo pessoal, 2026.

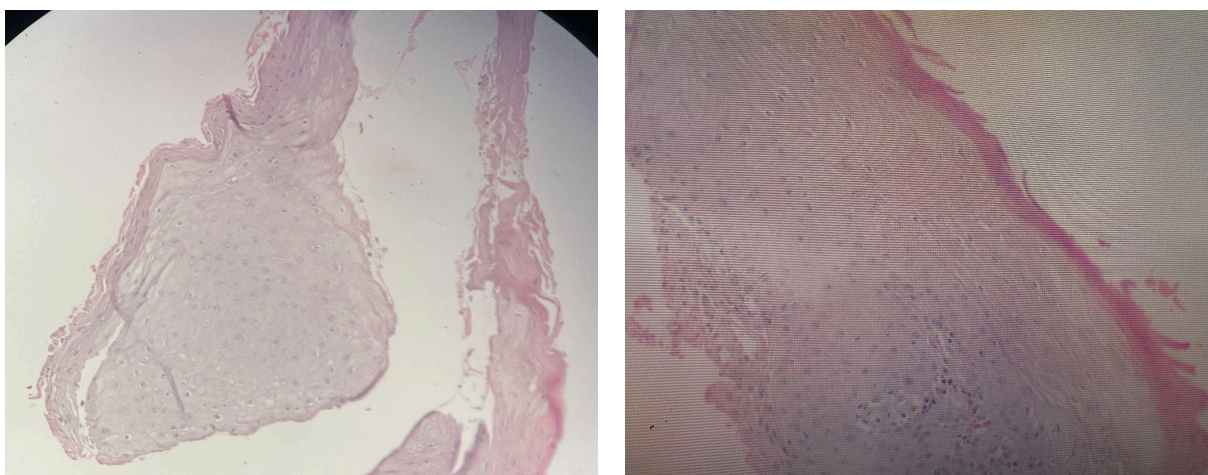
Figura 8 – Pós-operatório imediato após inserção de gaze para evitar entrada de alimento na primeira semana de cicatrização.



Acervo pessoal, 2026.

O exame histopatológico revelou fragmento de lesão cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso, apresentando camada de queratina na superfície luminal e discreta perda de polaridade nuclear nas células da camada basal. A parede fibrosa mostrou leve infiltrado inflamatório leucocitário misto, além de focos hemorrágicos e vasos sanguíneos congestionados. Os achados histopatológicos foram compatíveis com a hipótese clínica de ceratocisto odontogênico.

Figura 9 – Fotografias das lâminas do histopatológico.( Acervo da autora 2026.)



Acervo pessoal, 2026.

Após orientação do paciente sobre o diagnóstico histopatológico, a proposta terapêutica foi de seguir com a marsupialização para acompanhar a regressão das dimensões da lesão, para poder realizar a enucleação futuramente sob anestesia local. O paciente apresentou evolução clínica favorável, sem queixas clínicas, com adequado processo cicatricial e manutenção da higiene local por meio de irrigação com soro fisiológico utilizando seringa, sem necessidade de utilização de gases. O acompanhamento clínico foi realizado quinzenalmente durante o primeiro mês, posteriormente mensal e, após estabilização do quadro, a cada três meses. Entre as visitas odontológicas, o paciente conseguia realizar a higienização com soro fisiológico 0,9% e seringa em casa com ajuda de um familiar.

Figura 10 – Pós-operatório de 30 dias. ( Acervo da autora 2026.)



Acervo pessoal, 2026.

Figura 11 – Pós-operatório de 12 meses.



Acervo pessoal, 2026.

Figura 12 – Pós-operatório de 17 meses.

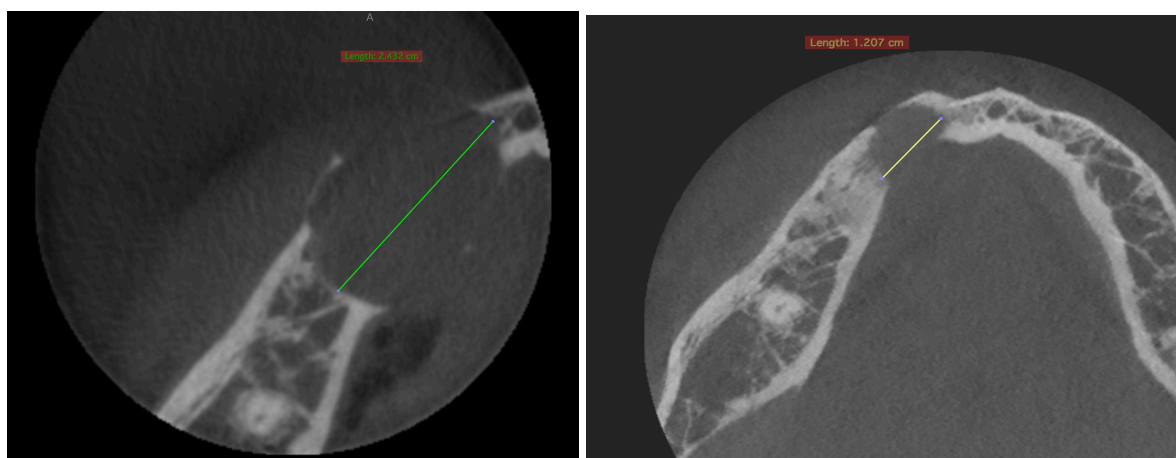


Acervo pessoal, 2026.

Após 12 meses de acompanhamento clínico e radiográfico, observou-se redução significativa das dimensões do defeito ósseo mandibular. A TCFC de controle, realizada ao final desse período, demonstrou redução da maior dimensão da lesão para aproximadamente 1,207 cm, evidenciando resposta satisfatória ao tratamento conservador instituído.

Imagens dos cortes tomográficos pré-cirúrgico do lado direito e após 12 meses de marsupialização.

### 13. Imagens do plano axial.



Pré-operatória.

12 meses de marsupialização.

Acervo pessoal, 2026.



Pré-operatória.



12 meses de marsupialização.

Acervo pessoal, 2026.

14. Imagens no plano sagital.



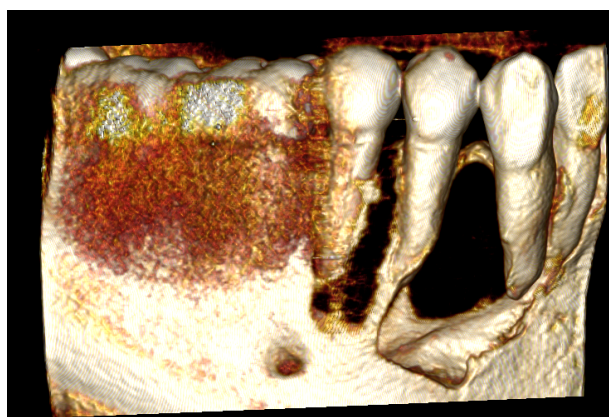
Pré-operatória.



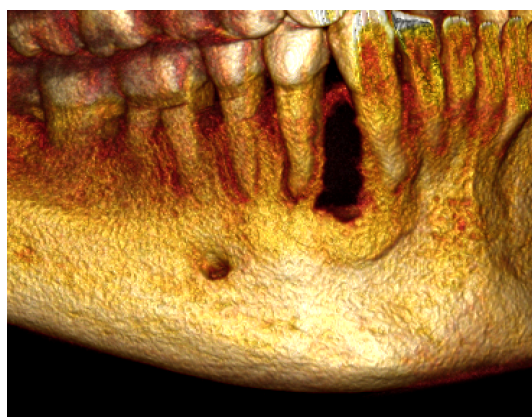
12 meses de marsupialização.

Acervo pessoal, 2026.

15. Reconstrução tridimensional.

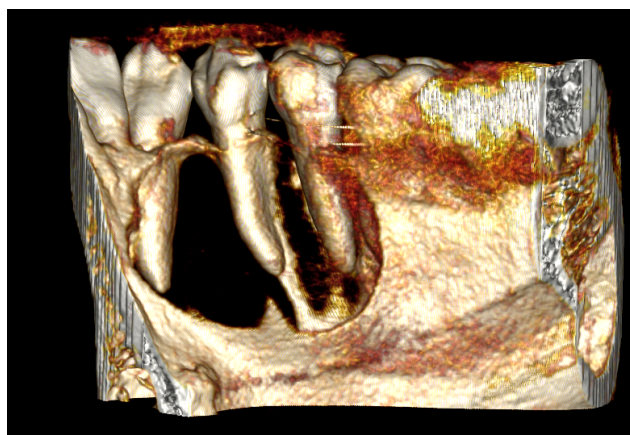


Pré-operatória.

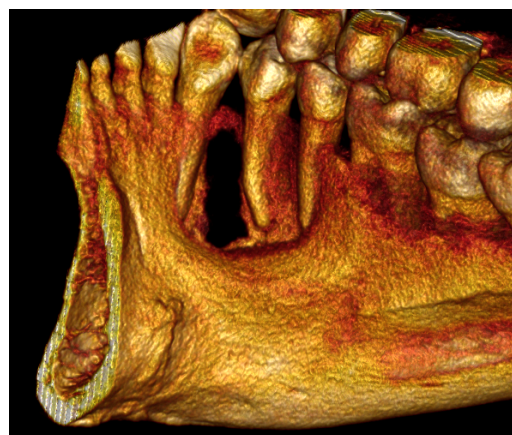


12 meses de marsupialização.

Acervo pessoal, 2026.



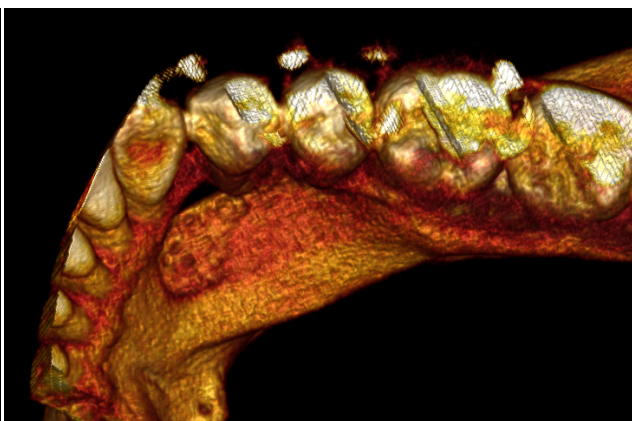
Pré-operatória.



12 meses de marsupialização.



Pré-operatória.



12 meses de marsupialização.

Acervo pessoal, 2026.

Durante o período de acompanhamento, o paciente recebeu diagnóstico de câncer de próstata, iniciando tratamento oncológico com cirurgia e hormonioterapia. Essa condição clínica, favoreceu a decisão de manter o acompanhamento da marsupialização por mais tempo, postergando a realização de uma intervenção cirúrgica definitiva.

Uma segunda biópsia incisional foi realizada no centro da lesão marsupializada. Com laudo histopatológico semelhante ao da biópsia incisional inicial. Reforçando que a marsupialização não muda o tecido no interior da cavidade cística e que há necessidade da segunda intervenção.

Ao longo dos 12 meses de acompanhamento, a lesão continua a regredir de dimensões, porém que nos últimos meses tem apresentado uma velocidade menor de regressão. O caso permanece sob acompanhamento clínico e o paciente está satisfeito com a conduta, em que observa uma regressão contínua das dimensões da lesão. A tomografia de feixe cônico anual será realizada para avaliar a velocidade de regressão e neoformação óssea, para que o tratamento cirúrgico definitivo seja realizado com menor morbidade para o paciente.

## 6 DISCUSSÃO

O ceratocisto odontogênico (CO) é uma lesão odontogênica de comportamento biológico peculiar, caracterizada por crescimento infiltrativo, elevada taxa de recorrência e potencial destrutivo local (NEVILLE *et al.*, 2025). No presente relato, a lesão acometeu a mandíbula, resultado compatível com a literatura, que demonstra predileção mandibular em aproximadamente duas vezes maior quando comparada à maxila, especialmente nas regiões de corpo posterior, ângulo e ramo mandibular (YAMASHITA *et al.*, 2019; MOTTA *et al.*, 2019).

O paciente deste caso era do sexo masculino, com 62 anos de idade. Estudos epidemiológicos demonstram discreta predominância do sexo masculino nos casos de ceratocisto odontogênico, embora alguns autores relatem distribuição semelhante entre os sexos (MELLO *et al.*, 2011). Em relação à idade, a maioria dos estudos aponta maior incidência entre a segunda e terceira décadas de vida (YAMASHITA *et al.*, 2019), diferindo parcialmente do presente caso, no qual a lesão foi diagnosticada em paciente idoso. Entretanto, Neville *et al.* (2025) ressalta que o CO pode ocorrer em qualquer faixa etária.

Clinicamente, o paciente apresentava aumento de volume assintomático em região lingual da mandíbula, corroborando os achados de Oliveira *et al.* (2014), que descrevem que muitos ceratocistos odontogênicos permanecem assintomáticos durante grande parte de sua evolução, sendo frequentemente diagnosticados em exames radiográficos de rotina ou após discreta alteração volumétrica facial. Segundo Mello *et al.* (2011), cerca de 43,5% dos casos são identificados incidentalmente em exames de imagem.

Radiograficamente, observou-se lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, sem reabsorção radicular, estendendo-se da região dos dentes 43 ao 46. Esses achados são compatíveis com as características clássicas descritas por Elshafei *et al.* (2013), que relatam predomínio de imagens radiolúcidas uniloculares com margens definidas e crescimento no sentido ântero-posterior. Além disso, a tomografia computadorizada de feixe cônico evidenciou reabsorção da cortical lingual mandibular, reforçando a importância da TCFC na avaliação da extensão da lesão e no planejamento terapêutico. Segundo Sisman *et al.* (2023), a TCFC permite análise detalhada das corticais ósseas e apresenta elevada sensibilidade na avaliação de lesões odontogênicas extensas.

A punção aspirativa revelou líquido seroso de coloração esverdeada. Embora o conteúdo intracístico possa variar, Almeida, Ribeiro e Souza (2015) relatam que os ceratocistos frequentemente apresentam conteúdo líquido ou material queratinizado de aspecto espesso, auxiliando no diagnóstico diferencial com outras lesões odontogênicas.

O diagnóstico definitivo foi estabelecido por meio do exame histopatológico, que evidenciou epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado, camada basal hiper cromática e superfície luminal queratinizada, características consideradas típicas do ceratocisto odontogênico (NEVILLE *et al.*, 2025). Gomes, Gomes e Gomez (2010) destacam que o comportamento agressivo dessa lesão pode estar relacionado a alterações moleculares e proliferativas presentes no epitélio cístico, justificando seu elevado potencial de recorrência.

A abordagem terapêutica escolhida foi a marsupialização associada à biópsia incisional. Essa modalidade conservadora tem sido amplamente indicada em lesões extensas, principalmente quando há risco de dano a estruturas anatômicas adjacentes ou comprometimento sistêmico do paciente (ANAVI *et al.*, 2013). No presente caso, a opção pela marsupialização permitiu redução progressiva da cavidade cística e neoformação óssea gradual, sem intercorrências clínicas relevantes.

Após 12 meses de acompanhamento, observou-se regressão significativa das dimensões da lesão, corroborando os achados de Khan *et al.* (2019), que relataram sucesso terapêutico da marsupialização em ceratocistos extensos acompanhados por longo período. Segundo os autores, a descompressão contínua reduz a pressão intracística e favorece a remodelação óssea progressiva.

Durante o acompanhamento, realizou-se uma segunda biópsia incisional, cujo resultado permaneceu compatível com ceratocisto odontogênico. Esse achado reforça que a marsupialização não promove necessariamente alteração completa do revestimento epitelial da lesão, sendo frequentemente necessária uma segunda intervenção cirúrgica definitiva, geralmente por meio de enucleação, conforme relatado por Anavi *et al.* (2013).

Outro aspecto importante neste caso foi o diagnóstico concomitante de câncer de próstata durante o acompanhamento do paciente, fator que influenciou diretamente na decisão de manutenção da abordagem conservadora por período prolongado. Essa conduta evidencia a

importância da individualização terapêutica, considerando não apenas as características da lesão, mas também as condições sistêmicas e a qualidade de vida do paciente.

Dessa forma, o presente caso demonstra que a marsupialização representa uma alternativa terapêutica conservadora eficaz para o manejo inicial de ceratocistos odontogênicos extensos, proporcionando redução significativa da lesão e menor morbidade cirúrgica. Além disso, reforça a necessidade de acompanhamento clínico, radiográfico e histopatológico prolongado, além de uma intervenção cirúrgica definitiva para remoção completa da lesão.

## 7 CONCLUSÃO

O presente relato de caso demonstrou que o ceratocisto odontogênico pode apresentar comportamento clínico silencioso e potencial destrutivo, reforçando a importância do diagnóstico precoce por meio da associação entre exame clínico, exames de imagem e análise histopatológica.

A abordagem conservadora por meio da marsupialização mostrou-se eficaz neste caso, promovendo redução significativa das dimensões da lesão, neoformação óssea progressiva e preservação das estruturas anatômicas adjacentes, sem intercorrências clínicas relevantes durante o período de acompanhamento. Além disso, a técnica possibilitou melhor condição para uma futura enucleação, reduzindo a morbidade cirúrgica.

Os resultados observados corroboram a literatura atual, que aponta a marsupialização como uma alternativa terapêutica viável para lesões extensas, especialmente em pacientes com condições sistêmicas associadas ou quando se busca uma abordagem menos invasiva. Entretanto, devido ao potencial de recorrência do ceratocisto odontogênico, ressalta-se a necessidade de acompanhamento clínico e imaginológico prolongado, mesmo diante de evolução favorável.

Dessa forma, conclui-se que a marsupialização constituiu uma estratégia eficaz e segura para o manejo inicial da lesão, proporcionando regressão significativa do ceratocisto odontogênico e melhora da qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A.; RIBEIRO, R. A.; SOUZA, L. B. Ceratocisto odontogênico: revisão de literatura e relato de caso. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 3, p. 220-226, 2015. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br>. Acesso em: 26 nov. 2025.

ANAVI, Y. *et al.* Surgical treatment of odontogenic keratocysts: recurrence rate and follow-up. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*, [s.l.], v. 116, n. 3, p. 37–43, 2013. Disponível em: <https://www.oooojournal.net>. Acesso em: 26 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**, [s.l.]. Disponível em: [gov.br/saude](http://gov.br/saude) - Brasil Sorridente CEO. Acesso em: 13 maio 2026.

GOMES, C. C.; GOMES, I. S.; GOMEZ, R. S. Molecular aspects of the odontogenic keratocyst: a review. *Oral Oncology*, [s.l.], v. 45, n. 11, p. 1011–1014, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/oral-oncology>. Acesso em: 26 jun. 2026.

KHAN, A. A.; QAHTANI, S. A.; DAWASAZ, A. A.; SAQUIB, S. A.; ASIF, S. M.; ISHFAQ, M.; KOTA, M. Z.; IBRAHIM, M. Management of an extensive odontogenic keratocyst: a rare case report with 10-year follow-up. *Medicine (Baltimore)*, [s.l.], 2019. Disponível em: <https://journals.lww.com/md-journal>. Acesso em: 02 fev. 2026.

MELLO, L. F. A. de *et al.* Ceratocisto odontogênico: estudo retrospectivo de 64 casos. **RGO (Revista Gaúcha de Odontologia)**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 389-395, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo>. Acesso em: 9 nov. 2025.

MOTTA, A. T. *et al.* Características clínicas, radiográficas e histológicas do ceratocisto odontogênico: revisão de literatura. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 73–80, 2019. Disponível em: <https://revodonto.bvsalud.org>. Acesso em: 01 fev. 2026.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2025.

OLIVEIRA, L. R. *et al.* Ceratocisto odontogênico: aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 43, n. 5, p. 332-338, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp>. Acesso em: 9 nov. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp>. Acesso em: 9 nov. 2025.

PROCKT, A. P. *et al.* Odontogenic cysts: demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, [s.l], v. 13, n. 8, p. E491–E494, 2008. Disponível em: <https://www.medicinaoral.com>. Acesso em: 26 jun. 2026.

SISMAN, Y. *et al.* Odontogenic keratocysts: imaging features of a series of 120 cases. **Dentomaxillofacial Radiology**, [s.l], v. 52, n. 6, 2023. Disponível em: <https://www.birpublications.org/journal/dmfr>. Acesso em: 26 jun. 2026.

YAMASHITA, Fernanda Chiguti *et al.* Odontogenic keratocysts: a 22-year epidemiological study and case report. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 60, n. 2, p. 43-50, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia>. Acesso em: 26 jun. 2026.

## ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Relato de Caso Clínico em Odontologia)

Dados de Identificação

Título \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_

Professor Responsável: \_\_\_\_\_

Instituição: Centro Universitário Christus – Unichristus

Telefone de contato: (85) 3265-6668

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos RG: \_\_\_\_\_

Responsável legal \_\_\_\_\_ (se \_\_\_\_\_ menor \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ idade): \_\_\_\_\_

RG do responsável legal: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado(a) a autorizar a utilização de dados referentes ao seu atendimento odontológico (histórico clínico, exames, imagens e informações sobre o tratamento realizado) para fins de publicação científica na forma de relato de caso clínico no contexto da graduação em Odontologia.

Compreende-se “relato de caso” como uma modalidade de estudo na área odontológica com delineamento descritivo, sem grupo controle, de caráter narrativo e reflexivo, cujos dados são provenientes da prática clínica cotidiana.

Na Odontologia, essa abordagem tem como objetivo documentar e compartilhar situações clínicas relevantes ou incomuns, contribuindo para o ensino e a geração de novas hipóteses para pesquisas futuras. Ao ser elaborado, o relato de caso se refere a eventos já concluídos, não havendo realização de experimentos ou intervenções adicionais.

Embora esse tipo de estudo não envolva riscos físicos, existe o risco potencial de quebra de confidencialidade. Por isso, a autorização do(a) paciente ou de seu responsável legal é

essencial e obrigatória antes da publicação ou apresentação pública do caso, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), podendo ser acompanhado do termo de assentimento, quando necessário. As informações utilizadas incluirão:

- Descrição clínica do caso, incluindo diagnóstico, planejamento, tratamento e resultados obtidos;
- Imagens clínicas e/ou radiográficas, devidamente tratadas para garantir o anonimato.

Importante:

- Os dados apresentados serão anonimizados, sem identificação nominal ou visual do paciente;
- A participação é voluntária, e a recusa não trará qualquer prejuízo ao seu atendimento clínico;
- O paciente ou responsável poderá revogar este consentimento a qualquer momento, sem justificativa;
- Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com o professor responsável antes da autorização.

Declaração de Consentimento:

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) e autorizo a utilização das informações referentes ao meu atendimento odontológico para fins de ensino e divulgação científica, na forma de relato de caso clínico, com garantia de preservação da minha identidade. Ou (caso menor de idade):

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, responsável legal por \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, autorizo a utilização das informações do tratamento odontológico do(a) paciente acima citado(a) para fins acadêmicos e científicos, conforme descrito.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome e assinatura do paciente ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha