



UNICAMP

ANDRÉA DE CASTRO DOMINGOS

CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR: *UMA*
REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção do título de Especialista em Radiologia Odontológica.

PIRACICABA
2001



UNICAMP



1290004732

TCE/UNICAMP
D713c
FOP

ANDRÉA DE CASTRO DOMINGOS

**CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR: *UMA*
*REVISÃO DA LITERATURA***

Monografia apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, como requisito para
obtenção do título de Especialista em
Radiologia Odontológica

Odontológica

Orientadora: Prof. Dr^a. Solange Maria de
Almeida

080

**PIRACICABA
2001**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA**

L.º Classif. _____
L.º autor D713c
L.º _____
Tombo 050

Inidade - FOP/UNICAMP
CE/UNICAMP
D713c Ed. _____
ol. _____ Ex. _____
Tombo 4732
C D
oc. 16P.134/2010
eço R\$33,00
ata 13/04/2010
registro 767798

Ficha Catalográfica

D713c Domingos, Andréa de Castro.
Cisto odontogênico glandular: uma revisão da literatura. /
Andréa de Castro Domingos. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2001.
23f.

Orientadora : Profª Drª Solange Maria de Almeida.
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Patologia bucal. I. Almeida, Solange Maria de. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de
Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Dedico este trabalho a Deus por mais esta oportunidade, ao meu pai Antonio pela motivação e pelo incentivo, a minha mãe Adelaide pela força, a minha irmã Fernanda pelo companherismo, aos meus amigos e ao Ricardo por sempre ter acreditado em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof. Dr^a Solange Maria de Almeida pela orientação, disponibilidade, compreensão, pelo carinho e companheirismo.

Agradeço ao Prof. Dr^o Frab Norberto Boscolo pela oportunidade e por me dar lições maravilhosas de integridade e honestidade.

Ao Prof. Dr^o Francisco Haiter Neto meus sinceros agradecimentos por sua disponibilidade e exigência, estimulando-nos sempre a buscar o conhecimento.

Ao Prof. Dr^o Agenor Montebello Filho pela dedicação e atenção prestadas a cada aluno.

Aos amigos do Curso de Especialização: Ana Paula, Daniela, Denilton, Dora, Eurico, Gustavo, Júlio, Levi, Nádia, Paulo e Thalía pela amizade, pelo companheirismo e pelos bons momentos vividos juntos.

Aos meus pais, a minha irmã e ao meu querido Ricardo por alcançarem comigo mais esta vitória.

Ao meus amigos de Goiânia e Piracicaba por me apoiarem em mais esta etapa da minha vida.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RADIOGRÁFICAS	10
2.2 CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS	12
2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	15
2.4 TRATAMENTO	17
3. DISCUSSÃO	17
4. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

RESUMO

Esta revisão da literatura sobre o cisto odontogênico glandular justifica-se pelo fato de esta ser uma lesão extremamente rara e cujas características ainda geram dúvidas. Os diversos autores concordam que este cisto tem uma forte predileção pela mandíbula, especialmente pela região anterior, atinge pessoas com uma idade média de 50 anos e radiograficamente pode ter aspecto unilocular ou multilocular, com limites definidos.

ABSTRACT

This review of the literature on the glandular odontogenic cyst is justified by the fact that this lesion is extremely rare and its characteristics are still doubtful. The authors agree that this cyst has a strong predilection for the mandible, especially for the anterior region, affect people with a mean age of 50 years old and it can have a well-defined unilocular or multilocular radiographic aspect.

1. INTRODUÇÃO

O cisto é definido como uma cavidade patológica revestida por epitélio contendo, usualmente, material líquido ou semi-sólido no seu interior. Quando são derivados do epitélio associado ao desenvolvimento do órgão dentário, recebem a denominação de cistos odontogênicos, podendo ser subclassificados em de desenvolvimento ou inflamatórios. Os primeiros têm origem desconhecida, contudo não parecem ser resultantes de uma inflamação.

Em raras ocasiões, são encontradas nos maxilares lesões que microscopicamente não se ajustam às classificações já estabelecidas, sendo o cisto odontogênico glandular um bom exemplo. Embora pareça ser de origem odontogênica, sua patogênese ainda é desconhecida.

A evidência de que estes cistos sejam odontogênicos baseia-se parcialmente na presença de esferas epiteliais. Estas estruturas são também comumente encontradas nos cistos periodontais laterais e nos tumores odontogênicos adenomatóides e, mais raramente, nos cistos dentígeros e ameloblastomas. Além disto, as calcificações encontradas nos tecidos conjuntivos destas lesões são vistas

freqüentemente, contudo não exclusivamente, em cistos odontogênicos (GARDNER *et al.*, 1988).

A entidade patológica em questão já foi denominada de cisto odontogênico produtor de muco e de cisto sialo-odontogênico. PADAYACHEE & VAN WICK, em 1987, usaram este último termo para nomear dois casos de lesões císticas que, segundo seus relatos, possuíam ao mesmo tempo características do cisto botrióide e do carcinoma mucoepidermóide central. Eles discutiram a possibilidade de estas lesões se originarem de tecido formador de glândulas salivares, o que justifica o termo adotado por eles.

GARDNER *et al.* (1988), por sua vez, propuseram o nome cisto odontogênico glandular, uma vez que a denominação cisto odontogênico produtor de muco enfatizava somente uma característica desta lesão. A designação cisto sialo-odontogênico, por outro lado, foi considerada imprópria por basear-se na presença de células mucosas e acúmulos de mucina. Contudo, células mucosas podem ser encontradas em vários outros cistos odontogênicos e não representam indícios de uma possível origem a partir de glândulas salivares.

SADEGHI *et al.*, em 1991, sugeriram o nome cisto odontogênico mucoepidermóide por considerá-lo mais descritivo e apropriado, uma vez que esta lesão é constituída por células epidermóides e produtoras de muco. Acreditavam que o termo cisto odontogênico glandular, assim como a denominação cisto sialo-odontogênico, sugeria uma relação incorreta com saliva ou glândula salivar.

Em 1992, a Organização Mundial de Saúde considerou esse cisto uma entidade patológica independente, o nomeou de cisto odontogênico glandular e o classificou como um cisto epitelial odontogênico de desenvolvimento.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E RADIOGRÁFICAS

Após avaliarem oito casos de cistos odontogênicos glândulares, GARDNER *et al.*, em 1988, afirmaram que estas lesões podem envolver ambos os maxilares, afetam pessoas de faixas etárias distintas, apresentam tendência à recidiva e podem atingir grandes dimensões, embora algumas cesçam lentamente e outras permaneçam pequenas.

FICARRA *et al.*, em 1990, relataram um caso de cisto odontogênico glandular em uma mulher edêntula de 64 anos, que apresentava um aumento de volume doloroso na região anterior da mandíbula. Apesar da presença de sintomatologia dolorosa, esta não costuma ser uma característica marcante desse tipo de cisto, conforme foi afirmado por HUSSAIN *et al.*, em 1995.

SADEGHI *et al.*, em 1991, realizaram uma revisão dos casos relatados na literatura e concluíram que o cisto odontogênico glandular não apresenta predileção por sexo, atinge pacientes com uma idade média de 54 anos (dentro de uma faixa

etária que varia de 19 a 85 anos), geralmente está associado a um aumento de volume dos maxilares e envolve com mais frequência a região anterior da mandíbula. Radiograficamente, esta lesão apresenta-se como uma imagem radiolúcida unilocular ou multilocular que, de acordo com ECONOMOULOU & PATRIOKIOU (1985), pode ter bordas festonadas.

Em 1994, TOIDA *et al.* afirmaram que esta lesão pode ter o aspecto radiográfico de favo de mel e geralmente apresenta-se como uma área radiolúcida bem delimitada. SHEAR (1994), por sua vez, declarou que quando a imagem radiográfica desse cisto é unilocular, pode ser observada a presença de cortical óssea envolvendo a lesão.

SEMBA *et al.*, também em 1994, foram responsáveis pela descrição do primeiro caso de cisto odontogênico glandular observado no Japão. Um paciente do sexo masculino apresentava um aumento de volume que se estendia da região anterior da mandíbula à região de pré-molares inferiores esquerdos com duração de dois anos. O exame radiográfico revelou uma área radiolúcida multilocular bem delimitada, juntamente com a reabsorção radicular do elemento dentário 34. PATRON *et al.*, em 1991, já haviam relatado dois casos de reabsorções radiculares causadas por cistos odontogênicos glandulares. No entanto, frequentemente é observado somente o deslocamento das raízes dos dentes envolvidos.

Uma lesão cística com aspecto radiográfico radiolúcido, ovóide, unilocular, localizada na superfície lateral da raiz distal de um terceiro molar inferior foi descrita

por TAKEDA, em 1994. Tratava-se de um cisto odontogênico glandular com características semelhantes às encontradas em um cisto periodontal lateral.

A imagenologia desempenhou seu papel com a utilização da ressonância magnética por HISATOMI *et al.*, em 2000. Foi realizado o diagnóstico de um caso de cisto odontogênico glandular associado a um ameloblastoma. Os autores relataram que esse exame foi útil na diferenciação das porções císticas e sólidas da lesão.

2.2. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

GARDNER *et al*, em 1988, relataram oito casos de cistos odontogênicos glandulares e descreveram as seguintes características histopatológicas desta lesão incomum:

- É delimitado por epitélio escamoso estratificado de espessura variável que exibe uma interface plana com o tecido conjuntivo sem infiltrado inflamatório.
- A camada superficial do epitélio é constituída por células cúbicas eosinofílicas que tornam a superfície irregular e às vezes papilosa, sendo esta uma característica muito significativa. Pode haver a presença de cílios.
- Os acúmulos de material positivo à mucicarmina estão presentes no epitélio e também representam uma característica importante. São freqüentemente

delimitados por células cúbicas eosinofílicas semelhantes às aquelas encontradas na superfície epitelial.

- As células mucosas são geralmente encontradas na superfície e, quando presentes, substituem as células cúbicas eosinofílicas.

- As células basais são algumas vezes hiper cromáticas e podem estar vacuolizadas. Em alguns casos, as células da camada espinhosa também apresentam esta característica.

- As células epiteliais podem formar estruturas esféricas. Esta característica não é constante mas, quando presente, é significativa. Ocasionalmente, calcificações de formato irregular podem ser encontradas no tecido conjuntivo.

VAN HEERDEN *et al.*, em 1992, declararam que a microscopia eletrônica, realizada em um caso de cisto odontogênico glandular, revelou a presença de espaços intercelulares aumentados e com numerosas protrusões em forma de dedos, que se aderiam às células epiteliais adjacentes através de desmossomos.

Em 1994, TOIDA *et al.* descreveram um caso no qual esse cisto apresentava características incomuns que indicavam sua natureza agressiva e, de certo modo, neoplásica. Foi observada, através da microscopia óptica, a presença de proliferação de ilhas epiteliais dentro do tecido conjuntivo fibroso e erosão do osso circunjacente.

Recentemente, os estudos imunohistoquímicos da expressão de citoqueratina têm fornecido informações importantes sobre a diferenciação epitelial e a atividade proliferativa de muitas lesões orais, incluindo os cistos odontogênicos. Estudos realizados por SEMBA *et al.* (1994) demonstraram que a expressão da citoqueratina nº 10/11 (KLI) foi observada heterogeneamente nas camadas suprabasal e superficial das áreas de espessamento epitelial. A reação negativa para o antígeno da membrana epitelial na região das estruturas glandulares e células produtoras de muco sugerem que estas não são realmente de origem glandular.

ECONOMOPOULOU & PATRIKIOU (1995) declararam que os microcistos intra-epiteliais encontrados no exame histopatológico do cisto odontogênico glandular não são estruturas císticas verdadeiras, mas resultado do dobramento do epitélio cístico.

IDE *et al.*, em 1996, constataram a presença de corpos hialinos na região mais espessa do epitélio e no lúmen de cistos odontogênicos glandulares, confirmando a hipótese de que eles sejam verdadeiramente odontogênicos, uma vez que corpos hialinos são vistos exclusivamente neste tipo de cisto. RAMER *et al.* (1997), por sua vez, encontraram células fantasmas na parede de um cisto odontogênico glandular, juntamente com a presença incomum de calcificações, corpos estranhos multinucleados do tipo células gigantes e um infiltrado inflamatório crônico em áreas exibindo queratinização das células fantasmas. Estas células também confirmam a natureza odontogênica destes cistos.

2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De acordo com PADAYACHEE & VAN WYK (1987), o cisto odontogênico glandular tem as seguintes características em comum com o cisto botrióide: ocorre entre a quinta e a sétima décadas de vida, pode recidivar, tem localização intra-óssea e seu aspecto radiográfico é multiloculado. Quanto às características histopatológicas, ambos os cistos possuem espaços císticos delimitados por placas de células epiteliais e por uma fina camada de epitélio, semelhante ao epitélio reduzido do esmalte. Além disto, apresentam proliferações epiteliais e microcistos. Por outro lado, o cisto botrióide, ao contrário do cisto odontogênico glandular, não possui células epiteliais ciliadas, mucosas e acúmulos de mucina nos espaços císticos.

Os mesmos autores citados acima afirmaram que o cisto odontogênico glandular se assemelha ao carcinoma mucoepidermóide central. Esta semelhança deve-se à ausência de lesões primárias em outras regiões, ao aspecto radiográfico multiloculado, à presença de corticais ósseas intactas e por possuírem uma mistura de células epidermóides, mucosas e acúmulos de mucina. A tendência à recidiva também é uma característica que essas lesões têm em comum. Contudo, espessamentos epiteliais em forma de placa não condizem com o diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide central.

GARDNER *et al.*, em 1988, afirmaram que as esferas epiteliais vistas no exame histopatológico do cisto odontogênico glandular são semelhantes às

encontradas no cisto periodontal lateral e no cisto botrióide. Contudo, os cistos periodontais laterais raramente recidivam, ao contrário dos cistos odontogênicos glandulares, enquanto os cistos botrióides apresentam um comportamento biológico distinto.

FICARRA *et al.*, em 1990, concluíram que o cisto odontogênico glandular deveria ser diferenciado do carcinoma mucoepidermóide central, especialmente o de baixo grau. Este é constituído por uma mistura de células epidermóides, mucosas e espaços císticos delimitados por uma camada única de células produtoras de mucina. Por outro lado, WALDRON & KOH, no mesmo ano, afirmaram acreditar que a distinção entre essas duas entidades patológicas é feita baseando-se no seu grau de proliferação epitelial. A partir dos casos avaliados por eles, puderam concluir que os cistos apresentam um contorno epitelial uniformemente fino e sem evidência das proliferações epiteliais microcísticas, ou mais sólidas, vistas nos carcinomas.

Segundo GARDNER & MORENCY (1993) o cisto odontogênico glandular deveria ser considerado uma rara possibilidade no diagnóstico diferencial de lesões radiolúcidas que atingem os maxilares. Há muitas outras condições que podem apresentar este mesmo aspecto, tais como o ameloblastoma, o carcinoma mucoepidermóide intra-ósseo, o cisto odontogênico botrióide, certos tumores odontogênicos raros e o granuloma central de células gigantes. Portanto, a realização de uma anamnese criteriosa e de uma biópsia indicada corretamente é fundamental na escolha do tratamento a ser adotado.

2.5. TRATAMENTO

SADEGHI *et al.*, em 1991, após relatarem um caso de cisto odontogênico glandular e revisarem a literatura, afirmaram que o tratamento de escolha para esta lesão é a enucleação completa. Por outro lado, esta não seria indicada se a lesão estivesse presente na região posterior da maxila, devido às dificuldades em se controlar possíveis recidivas neste local.

O mecanismo das recidivas, por sua vez, pode estar parcialmente relacionado à fina espessura da parede cística e à presença de microcistos que dificultam a remoção completa da lesão. HUSSAIN *et al.* (1995) sugeriram uma excisão em bloco com reconstrução primária para garantir a cura definitiva e evitar a necessidade de futuros procedimentos cirúrgicos.

É importante salientar que o acompanhamento pós-cirúrgico do paciente deve ser realizado durante três anos para que qualquer possibilidade de recidiva seja descartada (HIGH *et al.* 1996).

3. DISCUSSÃO

PADAYACHEE & VAN WYK, em 1987, afirmaram que o cisto odontogênico glandular, ao contrário do cisto botrióide, apresenta células mucosas na sua constituição. HEIKINHEIMO *et al.* (1988), por outro lado, encontraram a presença destas células na biópsia da quarta recidiva de um caso de cisto botrióide com múltiplas

recorrências, o que enfatiza a hipótese de que o primeiro seja uma variante histológica do segundo.

SOUSA *et al.* (1990), SADEGHI *et al.* (1991), TOIDA *et al.* (1994), TAKEDA (1994), HUSSAIN *et al.* (1995) e IDE *et al.* (1996) afirmaram que o cisto odontogênico glandular não apresenta predileção por sexo. Contudo, PATRON *et al.* (1991), CARVALHO *et al.* (1994), ECONOMOPOULOU & PATRIKIOU (1995) e RAMER *et al.* (1997) declararam que este cisto tem preferência por pacientes do sexo masculino. Por outro lado, estes autores, juntamente com GARDNER & MORENCY (1993), concordam que a mandíbula é mais envolvida que a maxila, que a idade média dos indivíduos atingidos é de aproximadamente 50 anos e que radiograficamente estas lesões são uniloculares ou multiloculares e com limites bem definidos.

LINDH & LARSSON, em 1990, relataram um caso de cisto odontogênico glandular que exibia a formação de criptas epiteliais similares às encontradas por GARDNER *et al.*, em 1988. Estas formações semelhantes a ductos também foram observadas por PADAYACHEE & VAN WIK (1987) e constituem uma característica desses cistos. Contudo, elas também já foram vistas em cistos gengivais e foliculares, o que indica que podem ocorrer como um fenômeno colateral em cistos odontogênicos.

O deslocamento dentário e a perda da lâmina dura são características marcantes dos cistos odontogênicos glandulares, enquanto a reabsorção radicular é considerada rara. No entanto, PATRON *et al.* (1991), SEMBA *et al.* (1994), MAGNUSSON *et al.* (1997) e HISATOMI *et al.* (2000) relataram casos nos quais esses cistos tinham caráter mais agressivo e reabsorveram as raízes dos dentes envolvidos.

GARDNER & MORENCY (1993) e HUSSAIN *et al.* (1995) estão de acordo que o diagnóstico diferencial do cisto odontogênico glandular deva incluir lesões radiolúcidas dos maxilares como o ameloblastoma, o granuloma central de células gigantes, o carcinoma mucoepidermóide central e outros cistos. A biópsia, segundo esses autores, é fundamental para se alcançar um diagnóstico definitivo.

Foram citados na literatura dois casos de cistos odontogênicos glandulares associados ao ameloblastoma, sendo um relatado em 1988, por GADNER *et al.*, e o outro em 2000, por HISATOMI *et al.*. Um caso também incomum foi descrito por IDE *et al.*, em 1996, e tratava-se de um cisto odontogênico glandular envolvendo a coroa de um dente impactado, assemelhando-se a um cisto dentífero.

4. CONCLUSÃO

Acredita-se que a baixa prevalência do cisto odontogênico glandular na literatura deva-se não somente à sua raridade, mas especialmente à dificuldade que profissionais menos experientes têm em diagnosticá-lo, uma vez que suas características também podem ser encontradas em outras lesões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, Y.R. *et al.* The glandular odontogenic cyst: a case report. **Quintessence Int**, v. 25, n. 5, p. 351-354, 1994.

ECONOMOPOULOU, P.; PATRIKIOU, A. Glandular odontogenic cyst of the maxilla: report of case. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 53, n.7, p. 834-837, July 1995.

CARVALHO, Y.R. *et al.* The glandular odontogenic cyst: a case report. **Quintessence Int**, Berlin, v. 25, n. 5, p. 351-354, May 1994.

FICARRA, G. *et al.* Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst). A case report. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 19, n.6, p. 331-333, Dec. 1990.

GARDNER, D.G. *et al.* The glandular odontogenic cyst: an apparent entity. **J Oral Pathol**, Copenhagen, v. 17, n. 8, p. 359-366, Sept. 1988.

GARDNER, D.G.; MORENCY, R. The glandular odontogenic cyst: a rare lesion that tends to recur. **J Can Dent Assoc**, Ottawa, v. 59, n. 11, p. 929-930, Nov. 1993.

HEIKINHEIMO, K. *et al.* A botryoid odontogenic cyst with multiple recurrences. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 18, n. 1, p. 10-13, Feb. 1989.

HIGH, A.S. *et al.* The polymorphous odontogenic cyst. **J Oral Pathol Med**, Copenhagen, v. 25, n. 1, p. 25-31, Jan. 1996.

HISATOMI, M *et al.* A case of glandular odontogenic cyst associated with ameloblastoma: correlation of diagnostic imaging with histopathological features. **Dentomaxillofac Radiol**, Houndsmills, v. 29, n. 4, p. 249-253, July 2000.

HUSSAIN, K. *et al.* Glandular odontogenic cysts: diagnosis and treatment. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, Saint Louis, v. 79, n. 5, p. 593-602, May 1995.

IDE, F. *et al.* Glandular odontogenic cyst with hyaline bodies: an unusual dentigerous presentation. **J Oral Pathol Med**, Copenhagen, v. 25, n. 7, p. 401-404, Aug. 1992.

LINDH, C. *et al.* Unusual jaw-bone cysts. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 48, n. 3, p. 258-263, Mar. 1990.

MAGNUSSON, B. *et al.* Glandular odontogenic cyst. Report of seven cases. **Dentomaxillofac Radiol**, Houndsmills, v. 26, n. 1, p. 26-31, Jan. 1997.

PADAYACHEE, A.; VAN WYK, C.W. Two cystic lesions with features of both the botryoid cyst and the central mucoepidermoid tumor: sialo-odontogenic cyst ? **J Oral Pathol**, Copenhagen, v. 16, n. 10, p. 499-504, Nov. 1987.

PATRON, M. *et al.* Glandular odontogenic cyst: Clinicopathologic analysis of three cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Saint Louis, v. 72, n. 1, p. 71-74, July 1991.

RAMER, M. *et al.* Glandular odontogenic cyst: report of a case and review of literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, Saint Louis, v. 84, n. 1, p. 54-57, July 1997.

SADEGHI, E.M. *et al.* Mucoepidermoid odontogenic cyst. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 20, n. 3, p. 142-143, 1991.

SEMBA, I. *et al.* Glandular odontogenic cyst: analysis of cytokeratin expression and clinicopathological features. **J Oral Pathol Med**, Copenhagen, v. 23, n. 8, p. 377-382, Sept. 1994.

SHEAR, M. Developmental odontogenic cysts. An update. **J Oral Pathol Med**, Copenhagen, v. 23, n.1, p. 1-11, Jan. 1994.

SOUSA, S.O.M. *et al.* Cisto odontogênico glandular. Relato de um caso e revisão da literatura. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 27-28, Jan./Fev., 1990.

TAKEDA, Y. Glandular odontogenic cyst mimicking a lateral periodontal cyst: a case report. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 23, n. 2, p. 96-97, Apr. 1994.

TOIDA, M. *et al.* Glandular Odontogenic Cyst: a case report and literature review. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 52, n. 12, p. 1312-1316, Dec. 1994.

WALDRON, C.A.; KOH, M.L. Central Mucoepidermoid Carcinoma of the Jaws: report of four cases with discussion of the relationship to mucoepidermoid, sialodontogenic and glandular odontogenic cysts. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 48, n. 8, p. 871-877, Aug. 1990.