

JOSÉ LUIZ RANGEL DE OLIVEIRA



1290005226

TCE/UNICAMP
OL4v
FOP

VARIAÇÕES CÍSTICAS DA CAVIDADE BUCAL

**Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Cirurgia Buco-Maxilo-
Facial da Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do Título de
Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Fa-
cial**

PIRACICABA - SP

1997

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

135

JOSÉ LUIZ RANGEL DE OLIVEIRA

VARIAÇÕES CÍSTICAS DA CAVIDADE BUCAL

**Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Cirurgia Buco-Maxilo-
Facial da Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do Título de
Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Fa-
cial**

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Albergaria-Barbosa

PIRACICABA - SP

1997

N.º Classif. _____
 N.º autor 0621
 v. _____
 Tombe _____

idade - FOP/UNICAMP
 CE/UNICAMP
 OL4V Ed _____
 l. _____ Ex _____
 mbo 5226
 C D
 no 16P 134 / 2010
 preço R\$ 11,00
 data 15/12/10
 registro 777610

Ficha Catalográfica Elaborada pela Biblioteca da FOP/UNICAMP

Ol4v	<p>Oliveira, José Luiz Rangel. Variações císticas da cavidade bucal / José Luiz Rangel Oliveira. - Piracicaba : [s.n.], 1997. 122f. Orientador : José Ricardo Albergaria-Barbosa. Monografia (especialização) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. I. Cistos. 2. Tumor. 3. Tratamento. I. Albergaria-Barbosa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">19.CDD - 617.63</p>
------	---

Índices para o Catálogo Sistemático

1. Doenças dentárias 617.63

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus a possibilidade que me concedeu em fazer o curso e aos catedráticos em desenvolvê-lo.
- aos meus pais que sempre se mantiveram ao meu lado dando-me apoio e incentivo.
- a minha esposa pela força e incentivo ao longo dos anos e por Ter sido exemplar mãe e pai durante minha ausência;
- a meus filhos pela compreensão de minha ausência e pela alegria que me dão;
- aos mestres Prof. Dr. Luís Augusto Passeri, Renato Mazzonetto, Márcio de Moraes e Roger William Fernandes Moreira por sua capacidade, dedicação e compreensão;
- ao meu orientador Prof. Dr. José Ricardo de Albergaria Barbosa que sempre esteve presente transmitindo conhecimentos com dedicação e desprendimento;
- aos demais professores que ministraram aulas nos dando conhecimento para podermos exercer nossa profissão;
- aos colegas Rubens e Elísio que me acolheram e me incentivaram;
- ao colega Fábio que sempre esteve ao meu lado desde o curso de atualização;
- aos demais colegas que sempre estiveram unidos para a efetivação dos nossos ideais;
- as funcionárias Sueli Cristina S. Teixeira e Alda Maria R. Trigo que sempre nos trataram com muito respeito;

- aos demais funcionários que mesmo sem nos percebermos estiveram presentes durante todo este período;
- ao Prof. Dr. Ronaldo Célio Mariano que apesar da breve passagem do curso de especialização nos transmitiu tantos conhecimentos.

SUMÁRIO

1 - Resumo.....	01
2 - Introdução.....	02
3 - Revisão de literatura.....	06
3.1 - Classificação.....	06
3.2 - Cistos dos Maxilares.....	18
4 - Discussão.....	79
4.1 - Tratamento.....	83
5 - Conclusões.....	108
6 - Summary.....	109
7 - Referencias Bibliográficas.....	110

RESUMO

1 - RESUMO

Por cistos se entende formações cavitárias uni ou multiloculares, circundadas por uma membrana de origem epitelial ou endotelial, que pode ocorrer em todas as regiões do corpo e, que possui um conteúdo líquido ou pastoso em seu interior (HARNISCH, 1973).

Neste trabalho fizemos uma revisão da literatura sobre as classificações dos cistos do complexo maxilo-mandibular, quanto as suas características clínicas, radiográficas e histológicas.

Também realizamos uma discussão quanto as suas incidências e tratamentos propostos na literatura.

INTRODUÇÃO

2 - INTRODUÇÃO

Os cistos não são exclusividade do homem moderno. RUFFER (1921) descreveu lesões nos maxilares de três espécimes mumificadas (4.500a.c) as quais pareciam ser cistos radiculares.

A primeira descrição de um cisto dos maxilares foi feita por **SKULTETUS** em 1654. **FAUCHARD** (1728) descreveu a correlação existente entre os cistos e o sistema dentário.

HUNTER (1780), escrevendo sobre as doenças ósseas nos maxilares, descreveu um tipo de lesão que parece ser um cisto: A segunda dessas doenças no osso é um acúmulo de substâncias coaguladas; provavelmente linfocoagulável, que pode ser considerado entre os tumores encistados. A inflamação óssea frequentemente atua sobre o osso, até que ele adquira um grande tamanho, mas existe aumento para o exterior e o acúmulo não é proporcional à reabsorção óssea, ficando assim apenas uma fina camada óssea que se expande e abre caminho.

Em 1864, **VIRCHOW** mencionou outros cistos em seu tratado sobre tumores, que se originavam a partir de dentes retidos.

BROCA (1869) fez um relato, onde descreveu que alguns cistos se originavam a partir de alterações no desenvolvimento dos dentes.

O conceito de cisto dentífero foi criado por **PAGET**, em 1870, e é uma denominação ainda utilizada nos dias atuais.

MAGITOT (1872) foi o primeiro a fazer distinção entre cistos odontogênicos e cistos foliculares.

Em 1887, **PARREIDT** escreveu um tratado sobre cistos dentários e maxilares, onde destacou o desenvolvimento de cistos autônomos nos maxilares.

PARTSCH (1892) descreveu que os cistos se originavam a partir de estados inflamatórios crônicos dos ápices radiculares e reconhecia como condição prévia para a formação destes cistos, que a polpa deveria estar necrosada.

Os primeiros trabalhos sobre tratamento dos cistos dos maxilares foram realizados por **SPENCER** (1853 e 1854) , **HARVEY** (1855), **MOON** (1877 e 1878), **HEATH** (1880 e 1887), **PEDLEY** (1886) e **PARTSCH** (1892 e 1910).

Um cisto pode ser definido como uma cavidade patológica com conteúdo líquido, semifluido ou gasoso, frequentemente, mas não sempre, revestido por epitélio (**SHEAR**, 1989). Alguns deles são de origem dental, enquanto outros são não odontogênicos.

Frequentemente, o cisto pode ser completamente assintomático e o paciente não tem consciência da lesão até que sua existência seja definida através de exames clínicos e radiográficos de rotina. Em outros casos, a presença da inflamação ou da drenagem, fazem com que o paciente procure auxílio profissional.

Embora alguns cistos pequenos não apresentem qualquer sinal clínico e possam ser apenas detectados por meio de radiografias, a grande maioria deles é caracterizada por inflamação (**HOWE**, 1992).

Enquanto os cistos não rompem o tecido ósseo, os tecidos moles que os recobrem, geralmente, apresentam aspecto normal. Quando ocorre o rompimento, os tecidos moles geralmente tem coloração azulada se a lesão não estiver inflamada e são vermelho escuro se

houver infecção aguda.

Muitos cistos permanecem pequenos e produzem nenhuma ou mínima expansão das corticais. Quando o cisto cresce no seu interior ocorre reabsorção, enquanto o periósteo estimula a neoformação óssea. Isto torna-se evidente clinicamente como uma saliência dura, lisa e indolor. Com expansão ainda maior, o osso de cobertura torna-se fino e pode ser afundado sob pressão do dedo, frequentemente produzindo a sensação de casca de ovo quebrada (**GORLIN & DAMANTE, 1993**) ou bola de tênis-de-mesa.

Sintomatologia dolorosa, não é frequentemente associada com cistos, a não ser que se tornem infectados. Embora os cistos mandibulares volumosos quase sempre envolvam o feixe vascular, na ausência de infecção não é usual a sensibilidade ou até mesmo a sensação de anestesia (parestesia). A vitalidade dos dentes próximos a um cisto não infectado não é alterada, mesmo que este seja muito grande e que tenha havido enorme perda do suporte ósseo. Entretanto, pode haver perda temporária da resposta vital em dentes adjacentes a cistos infectados (**MAIN, 1985**).

A descrição clássica da aparência radiográfica de um cisto intra-ósseo é uma área de radiolucência circundada por uma linha radiopaca de osso condensado. A margem característica pode não estar presente quando o cisto é muito grande ou quando está infectado, ou ainda, quando o conteúdo é drenado através de uma fistula (**WAEHRMANN & MANSON - HING, 1977; KILLEY et al., 1979, HOWE, 1989**).

O diagnóstico de um cisto nem sempre apresenta muita dificuldade. No entanto, a diferenciação radiográfica pode em certos casos, ser difícil. A radiolucência unilocular produzido por um tumor central e,

uma formação multilocular produzidas por um ameloblastoma, podem ser diagnosticadas radiograficamente como lojas císticas. O seio maxilar pode ser, certas vezes, confundido com um cisto, principalmente quando o seio sofreu processo de pneumatização (KILLEY et al., 1979).

De acordo com **STRUTHERS & SHEAR** (1976) os cistos tem potencial para causar reabsorção radicular em dentes adjacentes, sendo este fato mais comumente associado aos cistos dentígeros. Isto pode levar o dentista a pensar tratar-se de uma neoplasia benigna de crescimento por infiltração, como por exemplo os ameloblastomas.

Assim sendo, várias projeções radiográficas são necessárias para o diagnóstico diferencial. No mínimo duas projeções radiográficas intrabuciais, em ângulos retos uma com a outra, deveriam ser feitas. O ideal seria que fossem executadas, tomadas oclusais e laterais, bem como uma vista oblíqua lateral. As vezes, outras vistas, tais como lateral do crânio ou occiptomental podem ser necessárias, e um contraste radiopaco pode ser usado especialmente no caso do cisto nasolabial.

Ocasionalmente a tomografia pode ser usada com vantagem (**GORLIN & DAMANTE**, 1993).

Em relação a classificação clínica e os tratamentos que podem ser empregados para os cistos, faremos uma descrição mais detalhada na revisão de literatura.

Não pretendemos entrar no âmbito das controversias que existem quanto a patogenias destas lesões, pois são muitos e diferentes pontos de vista que, no entanto, já foram amplamente descritos por outros autores.

É objetivo deste trabalho realizar uma revisão da literatura quanto ao diagnóstico clínico e tipos de tratamentos dos cistos.

REVISÃO DE LITERATURA

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1 - Classificação

Várias classificações tem sido elaboradas para os cistos dos maxilares, sendo que a maioria delas é plenamente satisfatória. As classificações são realizadas a partir do agrupamento de características que são comuns a um número de lesões císticas. Assim sendo, uma variedade de classificações foram criadas, baseando-se por exemplo: nas características clínicas, no aspecto histológico, sobre o tecido de origem e outros. Entre estas classificações temos:

Classificação de Robinson (1945)

Cistos de desenvolvimento:

A) do tecido odontogênico

1) Cisto periodontal

a) tipo radicular ou de ápice dentário

b) tipo lateral

c) tipo residual

2) Cisto dentífero

3) Cisto primordial

B) de tecidos não odontogênicos

1) cisto médio (cisto médio - palatino - médio)

2) cisto do canal incisivo

3) cisto globulomaxilar

Classificação de Thoma-Robinson-Bernier (1960)

Cistos odontogênicos ectodérmicos epiteliais

- (A) cistos foliculares**
 - (1) cistos primordiais**
 - (2) cistos dentíferos**
 - (i) lateral**
 - (ii) central**
- (B) cistos periodontais (radiculares)**
 - (i) apical**
 - (ii) lateral**
- (C) cistos residuais**
 - (1) folicular**
 - (2) periodontal**
- (D) cistos múltiplos**
- (E) cistos multiloculados**
- (F) cistos policistomas**
- (G) colesteatoma**

Cistos não odontogênicos ectodérmicos epiteliais

- (A) cistos intraósseos**
 - (1) médio**
 - (2) intermaxilar**
 - (3) nasoalveolar**
- (B) cistos nasopalatinos**
 - (1) cistos do canal incisivo**
 - (2) cistos da papila palatina**

Classificação de Kruger (1964)

(A) cistos congênitos

- (1) tireoglosso**
- (2) branquiogênico**
- (3) dermoídeo**

(B) cistos de desenvolvimento

(1) origem não odontogênico

(a) tipos fissurais

- (i) nasoalveolar**
- (ii) médio**
- (iii) canal incisivo (nasopalatino)**
- (iv) globulomaxilar**

(b) tipos retentivos

- (i) mucocele**
- (ii) rânula**

(2) origem odontogênico

(a) periodontal

- (i) periapical**
- (ii) lateral**
- (iii) residual**

(b) primordial

(c) dentífero

Classificação de Seward (1964)

(A) de epitélio não odontogênico

- (1) maxilar**

- (a) nasopalatino
 - (i) cisto do canal incisivo
 - (ii) cisto da papila incisiva
 - (b) cisto globulomaxilar
 - (c) cisto palatino mediano
 - (d) cisto nasolabial
- (2) mandibular
- (a) cisto mandibular médio
- (B) de epitélio odontogênico
- (1) associado com a coroa do dente
- (a) cisto de erupção
 - (b) cisto dentífero
 - (i) pericoronário
 - (ii) lateral
 - (iii) residual
 - (c) cisto dentífero extrafolicular
- (2) associado com a raiz dentária
- (a) cisto periodontal inflamatório ou cisto radicular
 - (i) apical
 - (ii) lateral
 - (iii) residual
 - (b) cisto periodontal de desenvolvimento
- (3) no assoalho com o dente
- (a) primordial
 - (b) entidades raras
 - (i) cisto da papila interdentária

- (ii) alguns cistos gengivais
- (4) neoplasmas císticos (se podem apresentar em forma sólida ou cística).
 - (a) ameloblastoma
 - (b) adeno-ameloblastoma
 - (c) odontoma ameloblástico
- (C) cistos sem cobertura epitelial
 - (1) cistos ósseos
 - (2) cistos de estroma em neoplasmas

Classificação de Lucas (1964)

Cistos intraósseos

- (A) cistos fissurais
 - (1) mandibular médio
 - (2) palatino médio
 - (3) nasopalatino
 - (4) globulomaxilar
 - (5) nasolabial
- (B) cistos odontogênicos
 - (1) de desenvolvimento
 - (a) primordial
 - (b) dentífero
 - (2) inflamatório
 - (3) radicular
- (C) cistos ósseos não epiteliais

- (1) ósseo solitário
- (2) ósseo aneurismático

Classificação de Gorlin (1970)

Cistos odontogênicos

- (1) dentífero
- (2) de erupção
- (3) gengival do recém nascido
- (4) periodontal lateral e cisto gengival
- (5) queratinizante e cisto odontogênico calcificante (tumor cístico queratinizante)
- (6) radicular (periapical)
- (7) queratocistos odontogênicos
 - (a) cisto primordial
 - (b) múltiplos queratocistos dos maxilares e síndrome dos carcinomas basocelulares nevóides (Síndrome de Gorlin).

Cistos não odontogênicos e fissurais

- (1) globulomaxilar
- (2) nasoalveolar (nasolabial; cisto de Klestadt)
- (3) nasopalatino
- (4) mandibular médio
- (5) lingual anterior
- (6) dermóide e epidermóide
- (7) palatino do recém nascido

Cistos do pescoço, assoalho da boca e Glândulas salivares

- (1) Cisto do ducto tireoglosso
- (2) cisto linfoepitelial
- (3) cistos bucais com epitélio gástrico ou intestinal
- (4) cisto da glândula salivar
- (5) mucocele ou rânula

Pseudos cistos dos maxilares

- (1) cisto ósseo aneurismático
- (2) cisto ósseo estático (do desenvolvimento, Stafne)
- (3) cisto ósseo traumático (hemorrágico; solitário)

Classificação de Main (1970)

Cisto primordial

- de desenvolvimento
- envolvente
- externo
- colateral

Não odontogênico

- palatino médio
- interposto (globulolmaxilar)
- nasopalatino

Dental coronário

- subfolicular
- inflamatório
- radicular
- residual

inflamatório colateral

Classificação da OMS (1971)

Cistos epiteliais

(A) de desenvolvimento

(1) odontogênicos

(a) cisto primordial (queratocisto)

(b) cisto gengival

(c) cisto de erupção

(d) cisto dentífero (folicular)

(2) Não odontogênicos

(a) nasopalatino (cisto do canal incisivo)

(b) cisto globulomaxilar

(c) cisto nasolabial (nasoalveolar)

(B) Inflamatórios

(1) radicular

Classificação de Killey, Kay & Seward (1979)

(A) de epitélio odontogênico

(1) queratocistos

(a) cistos primordiais

(b) cistos dentíferos extrafoliulares

(2) não queratinizantes

(a) cisto de erupção

(b) dentífero

- (i) pericoronário
 - (ii) lateral
 - (iii) residual
- (c) radicular
 - (i) apical
 - (ii) lateral
 - (iii) residual
- (B) de epitélio não odontogênico
 - (1) nasopalatino
 - (2) nasoalveolar
- (C) cistos ósseos
 - (1) cisto ósseo solitário
 - (2) cisto ósseo aneurismático

Classificação de Shear (1989)

I - Cistos dos maxilares

A - Epitelial

1 - Odontogênicos

a - do desenvolvimento

a.1 - cisto primordial (queratocisto)

a.2 - cisto gengival do recém nascido

a.3 - cisto gengival do adulto

a.4 - cisto periodontal lateral

a.5 - cisto dentífero (folicular)

a.6 - cisto de erupção

a.7 - cisto odontogênico calcificante

b - inflamatório

b.1 - cisto radicular

b.2 - cisto residual

b.3 - cisto inflamatório colateral

b.4 - cisto paradental

2 - Não odontogênico

2.1 - cisto do ducto nasopalatino (canal incisivo)

2.2 -cistos medianos palatino, alveolar e mandibular

2.3 - cisto globulomaxilar

2.4 - cisto nasolabial (nasoalveolar)

B - Não epitelial

1- cisto ósseo simples (cisto ósseo traumático, hemorrágico, solitário)

2 - cisto ósseo aneurismático

II - Cistos associados com o seio maxilar

1 - cisto mucoso benigno do seio maxilar

2 - cisto ciliado cirúrgico da maxila

III - Cistos dos tecidos moles da boca, face e pescoço

1 - cistos epidermóides e dermóide

2 - cisto da fenda branquial (linfo-epitelial)

3 - cisto do ducto tireoglossos

- 4 - cisto lingual mediano anterior
- 5 - cistos bucais com epitélio gástrico ou intestinal
- 6 - higroma cístico
- 7 - cistos das glândulas salivares
- 8 - cistos parasitários: hidático e *Cysticercus cellulosae* (cisticercose)

Classificação de Gorlin & Damante (1993)

Cistos odontogênicos do desenvolvimento:

- 1 - cisto gengival do recém nascido
- 2 - cisto de erupção
- 3 - cisto dentífero (folicular)
- 4 - cisto periodontal lateral, cisto gengival do adulto e cisto
- 5 - odontogênico botrióide
- 6 - cisto odontogênico glandular (sialo-odontogênico, odontogênico mucoepidermóide)
- 7 - cisto odontogênico calcificante (cisto de Gorlin)
 - queratocistos odontogênicos
 - a - queratocisto solitário (primordial)
 - b - múltiplos queratocistos dos maxilares e síndrome dos carcinomas basocelulares nevídes (síndrome de Gorlin)

Cistos odontogênicos inflamatórios

- 1 - cisto radicular (periapical, lateral)
- 2 - cisto residual

3 - cisto paradental

Cistos odontogênicos e fissurais

1 - cisto da rafe palatina do recém-nascido

2 - cisto nasoalveolar (nasolabial cisto de Klestadt)

3 - cisto nasopalatino (canal incisivo)

4 - cisto lingual anterior

Cisto do pescoço, assoalho da boca e glândulas salivares

1 - cisto do ducto tireoglossso

2 - cisto tímico

3 - cisto da paratireóide

4 - cisto linfoepitelial (fenda braquial)

5 - cistos dermóides e epidermóides

6 - cistos bucais com epitélio gástrico ou intestinal

7 - cisto da glândula parótida

8 - cistos linfoepiteliais parotídeos relacionados a AIDS ou
infecção pelo HIV

9 - doença policística das glândulas parótidas

Cistos não epiteliais dos maxilares

1 - cisto ósseo aneurismático

2 - cisto ósseo estático (do desenvolvimento, Stafne)

3 - cisto ósseo solitário (traumático, hemorrágico,
simples)

Dentre todas estas classificações, preferimos optar pela de **SHEAR (1989)** por acreditarmos ser a mais completa

3.2 - CISTOS DOS MAXILARES

A - Epitelial

1 - Odontogênico

a - do desenvolvimento

Cisto Primordial

Aspectos clínicos

Também denominado por queratocisto, pode chegar a grandes dimensões antes de se manifestar clinicamente, e que ao contrário dos outros cistos dos maxilares, tem uma tendência em particular para recidivar após tratamento cirúrgico. O termo queratocisto odontogênico foi introduzido por PHILIPSEN (1956), sendo agora largamente utilizado. Neste artigo, como em outro subsequente (PINDBORG et al., 1962) e no de PINDBORG & HANSEN (1963) o termo queratocisto foi usado para descrever qualquer cisto dos maxilares no qual haja formação de queratina em grande quantidade. Alguns cistos dentígeros, radiculares e residuais foram assim incluídos na categoria de queratocistos odontogênicos. Ademais, os cistos primordiais podem erroneamente ser interpretados como cisto dentígero,

..
periodontal lateral, residual, ou ainda, os também chamados cistos fissurais, dando a impressão de que estas entidades são revestidas por epitélio queratinizado (FORSSEL, 1980).

LUCAS (1972) destacou que a ênfase dada à queratinização é algo muito enganoso, pois isto implicaria em recorrências viáveis na grande maioria dos cistos, já que todos eles podem se queratinizar. Existe assim, uma forte evidência de que o cisto em questão constitua uma entidade distinta de origem desenvolvimental, ou seja, a partir do epitélio odontogênico primordial; por esta razão ele prefere o termo cisto primordial ao invés de queratocisto, um termo histologicamente não específico.

O cisto primordial ocorre em uma larga faixa de idade, sendo registrados casos desde as idades mais tenras como a primeira década até as idades mais avançadas como a nona década. Em muitos casos, o pico da frequência se dá entre a segunda e terceira décadas de vida.

Alguns pesquisadores tem demonstrado uma distribuição bimodal na idade, com um segundo pico na quinta década (TOLLER, 1967; MAGNUSSON, 1978; VEDTOFTE & PRAETORIUS, 1979; FORSSELL, 1980). Estes achados indicam que, embora o número de casos

diagnosticados seja muito maior na segunda e terceira décadas, os grupos etários mais velhos são de fato um grande risco para o diagnóstico de cisto primordial. O cisto primordial é mais frequentemente observado em homens do que nas mulheres e esta predileção é mais pronunciada ainda em negros do que em brancos. A mandíbula é muito mais envolvida em relação à maxila. A frequência do envolvimento mandibular é de 77% (HANSEN, 1967); 83% (BROWNE, 1970); 65% (BRANNON, 1976) e 78% (FORSSELL, 1980). Aproximadamente metade dos cistos primordiais ocorre no ângulo da mandíbula, estendendo-se, mais ou menos, para o interior do corpo e do ramo mandibular, mas podem ocorrer em qualquer parte dos maxilares, incluindo a linha média da mandíbula e maxila e área globulomaxilar (SOSKOLNE & SHEAR, 1967; BROWNE, 1971; FORSELL, 1980).

Os pacientes relatam dor, tumefação ou drenagem. Ocasionalmente eles relatam parestesia do lábio inferior ou dos dentes. Alguns pacientes apresentavam lesões e não sabiam quando ocorreram as fraturas patológicas. Alguns cistos foram descobertos fortuitamente através de exame radiográfico de rotina. Em muitas situações, os pacientes estão completamente livres de sintomas até quando os cistos alcançam grandes volumes, envolvendo todo o ramo ascendente da mandíbula. Isto ocorre

.. porque os cistos primordiais tendem a se es-tender aos espaços medulares, e só tardiamente se dá uma expansão observável clinicamente. FORSSELL (1980) demonstrou que metade dos casos apresentava 40 mm ou mais de diâmetro, particularmente nos casos de cistos envolvendo o ramo ascendente e ângulo da mandíbula, diferente do que ocorre nos cistos da maxila e corpo da mandíbula.

Aspectos radiográficos

Os cistos primordiais podem aparecer radiograficamente como pequenas áreas radiolúcidas, esféricas ou ovóides. A maioria delas são bem delimitadas em uma distinta margem esclerosada, especialmente nas lesões de crescimento lento. Em determinadas partes porem, as margens podem ser difusas. A maioria das lesões são radiolucências uniloculares e muitas delas têm uma periferia regular. Algumas das lesões uniloculares tem suas margens recortadas e isto pode ser erroneamente interpretado como lesões multiloculares. As margens recortadas sugerem uma atividade desigual de crescimento em diferentes partes do revestimento cístico, o que pode ser também visualizado ocasionalmente na macroscopia das peças cirúrgicas removidas de forma intacta. Lesões multiloculares verdadeiras não são raras. BROWNE (1970) detectou 19 lesões multiloculares em 83 (23%) cistos, todas na mandíbula. FORSSELL (1980) observou em 25% de

uma série de 135 cistos primordiais, também só na mandíbula. Ele mostrou que os cistos uniloculares com contorno recortado ou cistos multiloculares têm tamanho significativamente maior que os uniloculares de contorno regular. A variedade multilocular está sujeita a um diagnóstico de ameloblastoma.

SMITH & SHEAR, 1978; FORSELL, 1980 relatou que ainda pode ocorrer o deslocamento do canal alveolar inferior, a reabsorção da cortical óssea basal mandibular, bem como a perfuração óssea. Uma variedade de cisto primordial foi relatada por MAIN, (1970), na qual o mesmo abraçava o dente não irrompido adjacente, envolvendo na sua porção coronária, daí o termo circundante.

O exame radiográfico pós-operatório é importante para o diagnóstico das recorrências. Elas aparecem como áreas radiolúcidas circunscritas que aumentam de tamanho à medida que as radiografias são tomadas nos vários períodos de tempo (McIVOR, 1972)

Aspectos histopatológicos

Em geral, aceita-se que o cisto primordial seja um distúrbio do desenvolvimento, originário do epitélio odontogênico. A maioria das evidências apontam para duas origens principais do epitélio do qual o cisto

primordial deriva: a lâmina dentária ou seus remanescentes (SOSKOLINE & SHEAR, 1967; TOLLER, 1967; BROWNE, 1975; HARRIS & TOLLER, 1975; BRANNON, 1977; GARDINER et al., 1978) e extensões das células basais do epitélio bucal sobrejacente (STOELINGA, 1971; 1973; 1976; STOELINGA & PETERS, 1973; STOELINGA et al., 1975; ACKERMANN, 1976). O termo primordial foi usado pela primeira vez por ROBINSON (1945) ao descrever um cisto de maxilar, o qual sugeria ser derivado do órgão do esmalte nos seus estágios mais precoces de desenvolvimento, pela degeneração do retículo estrelado antes da formação de qualquer estrutura mineralizada. Até agora nenhuma evidência exclui completamente a possibilidade de tal origem.

Tratamento

Atualmente, com o conhecimento bem determinado sobre a tendência de recorrência apresentada pelos cistos primordiais, seu tratamento tem suscitado muita discussão entre os cirurgiões buco-maxilo-faciais. Tem sido relatados os sucessos e fracassos com procedimentos de enucleação e de marsupialização.

BRAMLEY (1971 e 1974) sugeriu um tratamento para estes cistos que parece racional. Ele enfatizou que importantes tentativas tem sido aplicadas

.. para buscar um tratamento definitivo na primeira operação cirúrgica. Isto porem depende de um excelente acesso cirúrgico e quando o cirurgião subestima as dificuldades de acesso isso leva frequentemente ao insucesso. Lesões pequenas e únicas, com um contorno esférico e regular, usualmente permitem uma enucleação total em função de um bom acesso cirúrgico.

Cistos grandes ou menos acessíveis devem ser cuidadosamente enucleados pela via extrabucal, se intrabucal propiciar um procedimento cirúrgico sem visão adequada. Durante a enucleação deve-se tomar cuidados minuciosos para averiguar se todos os fragmentos do revestimento foram removidos. Para as grandes lesões multiloculares, a enucleação seguida de enxerto ósseo é o tratamento de escolha. Certamente, cada cisto e cada paciente deve ser considerado individualmente, e um planejamento cuidadoso do caso deve ser feito. Independente da forma cirúrgica escolhida, o paciente deve ser seguido regularmente.

Cisto gengival do recém-nascido

Aspectos clínicos

Estão situados sobre ou próximos à superfície gengival, e medem de 2 a 3 mm de diâmetro. Eles podem ocorrer na papila gengival, gengiva marginal livre e na gengiva inserida. Geralmente são múltiplos e mais comumente encontrados na maxila. Podem estar presentes em crianças com mais de 1 ano. Eles são brancos ou amarelados. Os cistos por sobre as cristas alveolares maxilar e mandibular originam-se de restos epiteliais de lâmina dentária.

Na maioria dos casos o cisto degenera e seus restos celulares são removidos por fagocitose. SAUNDERS (1972) relatou que quando incisionava o epitélio sobre um destes cistos seu conteúdo era expelido, sugerindo assim que estariam sobre pressão

Aspectos histopatológicos

São forrados por epitélio pavimentoso estratificado, usualmente paraqueratinizado, a cavidade cística é toda preenchida por queratina.

Tratamento

Não é necessário qualquer tipo de tratamento, pois eles desaparecem espontaneamente.

Cisto gengival do adulto

Aspectos clínicos

Como a maioria dos estudos publicados, tem associado o cisto gengival e o periodontal lateral, fica difícil obter dados clínicos significativos.

BUCCHNER & HANSEN (1979) publicaram uma série de 33 casos de cisto gengival do adulto , onde incluíram no estudo somente as lesões de tecido mole da gengiva sem nenhum envolvimento ósseo, ou apenas com erosão óssea superficial detectada durante a exploração cirúrgica. Dos 33 casos 7 eram cistos epidermóides ou cistos primordiais ao exame histopatológico e, para se fazer uma melhor avaliação crítica a respeito do cisto gengival do adulto, eles foram excluídos. WYSOCKI et al., (1980) relataram outros 10 casos da lesão. A maioria dos casos de cisto gengival do adulto ocorre na quinta e sexta década de vida (BUCHNER & HANSEN, 1979). Não há prevalência por sexo. Ocorre mais frequentemente na mandíbula do que na maxila, e particularmente na região de caninos e pré-molares inferiores. O paciente pode fornecer uma história de crescimento lento e tumefação indolor. Estes cistos são tumefações bem circunscritas, menores que 1 cm de diâmetro na gengiva inserida ou na

papila intermediária, e invariavelmente, na face vestibular. A superfície é lisa, com uma coloração igual à da gengiva normal, ou então, azulada. As lesões são moles e flutuantes e os dentes adjacentes usualmente estão com vitalidade pulpar . Durante a exploração cirúrgica pode-se observar uma leve erosão na superfície óssea sem nenhuma extensão ao periodonto.

Aspectos radiográficos

No cisto gengival do adulto, pode não haver nenhuma alteração radiográfica ou existir apenas uma leve sombra arredondada indicativa de erosão óssea superficial. Dos 46 casos diagnosticados como cistos gengivais no estudo de MOSKOW et al., (1970) 19 mostraram radioluminecências.

Aspectos histopatológicos

A teoria de origem mais aceita é a dos remanescentes epiteliais odontogênicos derivados da lâmina dentária. SHAFER et al., (1974) consideraram que estes cistos podem ocorrer a partir da implantação traumática do epitélio superficial. HODSON (1962) encontrou resíduos epiteliais nas áreas de incisivos em 58% de 26 autópsias e em 14% de 58 regiões edentadas de terceiros molares.

Tratamento

O cisto gengival deve ser removido por excisão cirúrgica local e não apresenta tendência à recorrência.

Cisto Periodontal Lateral

Aspectos clínicos

A denominação de cisto lateral está restrita aos cistos que ocorrem na posição periodontal lateral e nos quais, sob bases clínicas e histológicas, são excluídos a etiologia inflamatória e o diagnóstico de cisto primordial colateral (SHEAR & PINDBORG, 1975). Estão distribuídos entre a segunda e sétima década de vida (RUDICK, 1981). WYSOCKI et al., (1980) observaram uma predominância pelo sexo masculino. A localização mais frequente do cisto periodontal lateral é a região dos pré-molares inferiores seguida pela região anterior da maxila.

Os cistos periodontais laterais em geral são assintomáticos e descobertos fortuitamente durante um exame radiográfico de rotina dos dentes. Ocasionalmente pode ocorrer uma tumefação gengival na face vestibular, e neste caso, deve ser muito bem diferenciado do cisto gengival.

Os dentes associados usualmente estão com vitalidade pulpar, a menos que a polpa dentária tenha sido envolvida.

Aspectos radiográficos

As radiografias do cisto periodontal lateral mostram uma área radiolúcida arredondada ou ovóide, bem definida por uma margem esclerosada. O cisto normalmente se localiza entre o ápice e a margem cervical do dente. Muitos deles são menores que 1 cm de diâmetro, mas alguns são maiores e podem envolver toda a extensão vertical da raiz.

Aspectos histopatológicos

STANDISH & SHAFER (1958) afirmaram que o cisto periodontal lateral tem uma etiologia variada, mas que o termo cisto periodontal lateral deve ser usado para indicar todos os cistos que se desenvolvem na região anatômica do periodonto lateral. Entretanto SHEAR & PINDIBORG (1975) usam o termo para os cistos na posição periodontal lateral em que uma etiologia inflamatória e um diagnóstico de cisto primordial tenham sido excluídos com base clínica e histológica.

Presumindo-se que o cisto periodontal lateral seja uma entidade específica de desenvolvimento de origem odontogênica, as evidências disponíveis quanto aos etiologias sugerem três possibilidades: 1) epitélio

reduzido do esmalte, 2) remanescentes da lâmina dentária e 3) restos epiteliais de Malassez.

Tratamento

O cisto periodontal lateral é tratado por enucleação cirúrgica, e dificilmente apresenta recorrências. Deve-se tentar evitar a extração do dente associado, mas isso nem sempre é possível.

Cisto Dentígero

Aspectos clínicos

O cisto dentígero (ou folicular) envolve a coroa de um dente não irrompido, tanto na dentição normal (95%) como em dentes supranumerários, estando aderido à porção cervical da coroa. É importante que esta definição seja aplicada de forma estrita e que o diagnóstico de cisto dentígero não seja feito pela evidência radiográfica, caso contrário os cistos primordiais da variante circundante (MAIN, 1970) e os ameloblastomas uniloculares, envolvendo dentes não irrompidos adjacentes, podem ser erroneamente diagnosticados como cisto dentígero. Na rotina, uma dilatação do espaço pericoronário de 3 mm ou mais, é

considerada requisito mínimo para o diagnóstico de um provável cisto dentígero. Normalmente são de crescimento lento e indolor a menos que eles se tornem infectados. A maioria é descoberta em radiografias realizadas para detectar porque determinado dente não irrompeu, ou está ausente. Muitos pacientes detectam o cisto, inicialmente, devido a uma tumefação de crescimento lento.

Aspectos radiográficos

As radiografias mostram uma área radiolúcida unilocular, associada às coroas dos dentes não irrompidos. Os cistos tem margens esclerosadas bem definidas, a menos que se tornem infectados, quando estas margens ficam pouco definidas. Ocasionalmente, algumas trabéculas podem ser observadas, dando uma impressão errônea de imagem multilocular. Três variações radiográficas de um cisto dentígero podem ser observadas: no tipo central a coroa é envolvida simetricamente, o tipo lateral do cisto dentígero é uma aparência radiográfica resultante da dilatação do folículo pericoronário em uma das faces da coroa e o tipo chamado de circunferencial, no qual o dente todo parece estar envolvido pelo cisto.

Aspectos histopatológicos

O exame histológico usualmente mostra uma parede fibrosa cística fina, na qual, sendo derivada do folículo pericoronário, está constituída por fibroblastos jovens amplamente distribuídos pelo estroma e embebidos em uma substância fundamental rica em ácido mucopolissacarídeo. O revestimento epitelial é na realidade um epitélio reduzido do esmalte formado por 2/3 camadas de células achatadas e planas ou cuboidais.

Tratamento

Enucleação cuidadosa junto com o dente envolvido. Em casos onde o dente apresenta perspectiva de assumir sua posição no arco a marsupialização é recomendável.

Cisto de Erupção

Aspectos clínicos

O cisto de erupção é um raro tipo de cisto dentífero, localizado no tecido gengival, e associado com a erupção dos decíduos ou raramente com a dos permanentes (dentes). O cisto de erupção produz uma pequena tumefação sobre o dente em erupção, cuja coloração é a de uma gengiva normal ou azulada. Usualmente é indolor, quando não está

.. infectado, apresentando-se mole e flutuante à palpação. Este cisto pode conter fluido ou sangue, e pode estar presente tanto na maxila quanto na mandíbula, podendo ser uni ou bilateral, único ou múltiplo. Seu tamanho varia entre 1 a 1,5 cm aproximadamente. Comumente são expostos aos traumas mastigatórios.

Aspectos radiográficos

O cisto pode dar ao tecido mole um aspecto escuro, mas usualmente ele não afeta o tecido ósseo, exceto quando sofre uma dilatação, abrindo uma cripta que pode ser vista radiograficamente.

Aspectos histopatológicos

A superfície gengival é constituída por um epitélio estratificado pavimentoso queratinizado. Nas áreas livres de inflamação o revestimento epitelial do cisto é caracteristicamente originário do epitélio reduzido do esmalte, constituído em média de 2 a 3 camadas celulares de epitélio estratificado escamoso.

Tratamento

São tratados por marsupialização, onde a parede bucal do cisto é excisada, exposto a coroa do dente, o que permite assim sua erupção.

Cisto Odontogênico Calcificante

Aspectos clínicos

O cisto odontogênico calcificante (tumor odontogênico calcificante de células fantasmas) é uma lesão peculiar, que ocupa uma posição anômala entre cisto e neoplasia. Um exemplo foi relatado envolvendo glândula parótida (GORLIN et al., 1964). Podem aparecer como 4 entidades: a) cisto unilocular simples com proliferação epitelial mural moderada; b) cisto unilocular, o qual produz um odontoma complexo ou composto ou ainda um fibroma ameloblástico intramural; c) cisto unilocular, com proliferações ameloblastico-luminais ou murais e d) tumor dentinogênico de células fantasmas. Para o tipo cístico unilocular simples, não existe predileção para idade, raça, sexo e ambos os maxilares são igualmente afetados. Em cerca de 75% dos casos o cisto é intra-ósseo. Cerca de 25% tem sido associados com dentes não irrompidos e 10% com odontomas. A queixa presente é de tumefação indolor. Existe uma pequena tendência à recorrência. Pode haver expansão óssea consistente e perfurações ocasionais da cortical estendendo-se para os tecidos moles. Em alguns casos têm sido

.. completamente assintomáticos e descoberto fortuitamente durante um exame.

Aspectos radiográficos

Radiograficamente, as lesões radiolúcidas são comumente uniloculares e bem circunscritas. As margens são normalmente, mas nem sempre, bem definidas. Na área radiolúcida, tem sido observados corpúsculos calcificados e irregulares, de tamanho e opacidade variáveis, e em alguns casos, estas calcificações são substanciais, chegando a ocupar a maior parte da lesão. Quando o cisto estiver associado a um odontoma complexo, estarão presentes opacidades densas. Em cerca de 55% dos casos o cisto ocorre anteriormente ao primeiro molar. Frequentemente os dentes adjacentes são deslocados e suas raízes reabsorvidas. Sendo que o quadro radiográfico não é suficiente para a realização do diagnóstico.

Aspectos histopatológicos

Apresentam pouco problema para o diagnóstico, sendo sua camada basal de células cubóides ou colunares dispostas em paliçada, e coradas mais intensamente que o normal. Entretanto a elucidação da patogênese é consideravelmente complicada, pelo fato de que o revestimento epitelial de um cisto odontogênico calcificante parece ter a capacidade de induzir à

..
formação de tecidos dentários no tecido conjuntivo da parede adjacente; além de que, outros tumores odontogênicos tais como ameloblastoma, odontoameloblastoma, fibroma ameloblástico e o fibroodontoma ameloblástico podem estar associado a ele. PRAETORIUS (1975) realçou que as células fantasmas que dão um aspecto tão característico a ele, também ocorrem em outros cistos odontogênicos sendo que o tumor se desenvolve na parede do cisto.

Tratamento

O tratamento é a enucleação cirúrgica, a menos que esteja associado com um outro tumor odontogênico.

A. Epitelial

1.Odontogênicos

b. Inflamatório

Cisto Radicular

Aspectos clínicos

Origina-se pela morte pulpar, em decorrência de uma inflamação, a partir de restos epiteliais do ligamento periodontal. São encontrados envolvendo o ápice dentário ou a parte lateral das raízes devido aos canais acessórios do dente afetado; muito raramente são encontrados em raízes dos dentes decíduos. Com a extensão do processo inflamatório da polpa para a região periapical do dente, uma massa de tecido inflamatório crônico é formada e denominada granuloma apical. Dentro ou ao redor desta massa, restos epiteliais de Malasses, normalmente presentes no ligamento periodontal, proliferam intensivamente e coalescem, isolando os irritantes pulpare dos tecidos circundantes. Uma cavidade cística se forma dentro do epitélio, dando origem ao cisto radicular.

Os cistos radiculares são as lesões mais comumente encontradas nos maxilares. São mais encontrados na segunda à quinta década de vida, sendo seu pico na terceira década de vida. Há uma pequena predominância para o sexo masculino provavelmente relacionada a trauma em dentes anteriores. Os pacientes brancos são mais afetados que os negros.

Os cistos normalmente são assintomáticos sendo diagnosticados nos exames de rotina através de tomadas radiográficas. O dente não em vitalidade, geralmente apresentando cáries, embora alguns não apresentem cáries mas foram afetados por trauma na região anterior. O cisto radicular tende a permanecer pequeno não produzindo expansão maxilar. Em alguns casos o paciente relata uma discreta tumefação de crescimento lento, inicialmente o crescimento ósseo é duro (abaulamento) mas na medida que o cisto vai crescendo o osso adjacente vai ficando muito fino e a tumefação exibe uma crepitação, somente havendo flutuação quando o osso que o recobre é rompido.

Na maxila a tumefação pode ser tanto por vestibular como por palatina, mas na mandíbula normalmente é por vestibular e raramente por lingual. Quando os cistos são infectados o paciente relata dor em alguns casos. São mais frequentes no maxilar que na mandíbula.

Se o dente afetado for extraído e permanecer o cisto então este cisto se denominará de cisto residual.

Aspectos radiográficos

É muito difícil se diferenciar um cisto de um granuloma, normalmente se esta lesão for maior de 20mm normalmente é um cisto. O cisto radicular caracteriza-se como uma lesão radiolúcida redonda ou oval, circunscrita por uma linha radiopaca bem definida e que se estende pela lâmina dura que envolve o dente. Esta linha radiopaca pode estar ausente (difusa) se o cisto apresentar-se infectado ou expandir-se rapidamente.

Aspectos histopatológicos

A macroscopia dos espécimes revela uma massa cística intacta, esférica ou ovóide. A parede varia desde que extremamente fina a mais espessa com cerca de 5mm. A superfície interna pode ser lisa ou irregular. Nódulos murais amarelados de colesterol podem proliferar-se para dentro da cavidade. O conteúdo cístico usualmente é marrom pela degradação de sangue. Quando os cristais de colesterol estão presentes, eles emitem reflexos dourados ou coloração tipo palha. Quase todos os cistos radiculares são revestidos total ou parcialmente por epitélio estratificado pavimentoso. O infiltrado de células inflamatórias no revestimento epitelial é

predominantemente constituído por leucócitos polimorfonucleares, porém, na cápsula fibrosa adjacente, este infiltrado é predominantemente de células inflamatórias crônicas. Geralmente aceita-se que o epitélio de revestimento deste cisto é derivado dos restos epiteliais de Malassez no ligamento periodontal.

Tratamento

Os cistos radiculares podem ser tratados por marsupialização, por descompressão ou por enucleação. Os procedimentos de marsupialização e enucleação foram descritos em detalhes por FICKLIN (1965), por KILLEY et al., (1977) , VAN DOORN (1972) descreveu sobre enucleação e fechamento primário mostrando que resultados favoráveis são obtidos por esta técnica independente do tamanho do cisto.

A técnica de descompressão é enfatizada por NEAVERTH & BURG (1982) quando deram uma descrição detalhada da técnica, sendo esta técnica um alívio da pressão intracística a partir de uma abertura, ou janela, para dentro do cisto. A abertura normalmente se faz para dentro da boca, mas também pode ser feita para dentro do nariz ou mesmo no seio maxilar. EGYEDI & BEYAZIT (1973) relataram uma série de 63 casos de grandes cistos tratados por esta técnica e analisados por estudo radiográfico

..
planimétrico em 32 pacientes mostrando redução significativa em 27 deles. A marsupialização pode ser feita com uma remoção completa ou incompleta do revestimento cístico. A abertura da cavidade cística deve permanecer constantemente desimpedida e no mesmo padrão inicial, até que seja totalmente preenchida pela base e pelas margens da lesão. Seja como for, nos dentes sem vitalidade responsáveis pelo cisto, deve-se proceder à extração ou a obturação do canal radicular seguida de apicectomia.

Cisto Paradental

Aspectos clínicos

O cisto paradental (inflamatório periodontal ou colateral) é definido como um cisto oriundo da porção lateral de um dente, secundário à inflamação resultante de uma bolsa periodontal. GRAIG (1976) usou o termo para referir-se aos cistos originados nas raízes de terceiros molares vitais, parcialmente irrompidos e que sofriam de pericoronarite. Desde então, exemplos envolvendo outros dentes em sido relatados. O cisto

..
paradentário difere dos cistos associados a canais radiculares acessórios pois no cisto paradentário o dente se encontra com vitalidade pulpar. O cisto paradentário é relativamente raro. Em vista de pericoronarite crônica, sua ocorrência é muito menor. A explicação para isto pode ser a ocorrência muito mais rápida de uma drenagem para o sulco gengival, do que o isolamento do cisto no periodonto lateral e seu crescimento em direção apical.

Aspectos radiográficos

Caracteriza-se por uma área radiolúcida bem definida na região distal do dente parcialmente irrompido, mas muitas vezes se encontra em uma posição vestibular. A radioluminescencia , algumas vezes, se estende apicalmente, mas o espaço do ligamento periodontal se mantém intacto, em uma evidência de que a lesão não se origina do ápice radicular.

Aspectos histopatológicos

Microscopicamente, os cistos são revestidos por um epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado hiperplásico. Um intenso infiltrado de células inflamatórias estava presente, associado ao epitélio hiperplásico e na cápsula fibrosa subjacente a este epitélio. Isto mostra que o cisto paradentário tem uma origem inflamatória e origina-se do epitélio

odontogênico. GRAIG (1976) sugeriu que os restos celulares de Malassez ou o epitélio reduzido do esmalte possa prover os elementos celulares para tal.

2 - Não Odontogênicos

Cisto do Ducto Nasopalatino

Aspectos clínicos

A descoberta e cistos do canal incisivo em fetos de 100 a 200 mm foram feitas por SCOTT(1955) e ABRAMS (1963).

STAFNE (1948) considerou o cisto nasopalatino o mais comum dos cistos de desenvolvimento sendo encontrado 1 em cada 100 pacientes. Várias teorias foram propostas para explicar a formação cística nos ductos nasopalatinos, incluindo trauma, infecções bacterianas, bloqueio do ducto por inflamação ou por muco, etc. O cisto do canal incisivo é um saco fechado intraósseo, revestido por epitélio. Quando se localiza fora do forame

incisivo é chamado de *cisto da papila palatina*. O sintoma mais comum é a tumefação, em geral na região anterior da linha média do palato. A tumefação também ocorre na linha média da face vestibular da crista alveolar e em alguns casos há uma completa flutuação, de parte a parte, entre as tumefações vestibular e palatina.

Quando a tumefação na linha média do palato ocorre mais posteriormente, o diagnóstico de cisto palatino mediano tende a ser estabelecido. Em vários casos a tumefação está associada a dor e drenagem.

A drenagem pode ser mucóide e nestes casos, os pacientes relatam um sabor salgado na boca; ela pode ser ainda purulenta e os pacientes se queixam, então, de um sabor pútrido. O deslocamento de dentes geralmente é frequente. De um modo geral, os sintomas não são severos e os pacientes, às vezes, não os consideram por vários anos. Os cistos podem ser completamente assintomáticos sendo descobertos em exames radiográficos de rotina, e ocasionalmente, a presença de um cisto pode ser tornar aparente após a colocação de próteses totais.

Há uma predileção por homens de 3:1 (KILLEY et alli,1977), sendo que os cistos evidenciados clinicamente estavam entre a quarta e sexta década de vida.

Aspectos radiográficos

O diagnóstico radiográfico dos cistos pode ser dificultado e não ser realizado com exatidão se o diâmetro do cisto for menor que 10 mm, visto que o forame incisivo normal pode apresentar-se nesse mesmo tamanho. BODIN et al., (1986) afirmou que as radiolucências maiores que 14 mm de diâmetro são considerados cistos. Os cistos nasopalatinos apresentam-se usualmente (cerca de 80%) na linha média e de forma circular ou oval. Na vista oclusal, os cistos aparecem acima ou entre as raízes dos incisivos centrais superiores. Reabsorções radiculares tem sido relatadas em um terço dos casos. Tomografia computadorizada também tem sido empregada. Se o cisto for grande e se estender para a região posterior, o diagnóstico errôneo de cisto palatino mediano tem sido feito.

Aspectos histopatológicos

Os cistos do ducto nasopalatino surgem diretamente do ducto nasopalatino no canal incisivo.

Microscopicamente, os cistos podem ser revestidos totalmente (cerca de 35%) ou em combinação (cerca de 65%) por epitélio escamoso estratificado, transicional, colunar ciliado pseudoestratificado, colunar ciliado pseudoestratificado, colunar ciliado ou por epitélio cuboidal (ANNEROTH G. Et al., 1986). Não se pode diferenciar os cistos do canal incisivo, dos cistos da papila palatina baseando-se nos achados histopatológicos.

Calcificações dentro de tais cistos foram relatadas por LOVESTEDT e BRUCE (1954).

Tratamento

Os cistos do ducto nasopalatino são tratados por enucleação cirúrgica. Um retalho palatino é rebatido, após incisão ao longo da margem gengival. Após a separação do feixe neurovascular, o cisto é exposto, se necessário, pela remoção de osso. O cisto é então cuidadosamente dissecado do canal e da loja óssea. O coágulo sanguíneo é, em seguida, formado na cavidade e o retalho suturado (HILLEY et al., 1977). As recorrências são muito raras.

Cistos Globulomaxilar

Aspectos clínicos

O cisto globulomaxilar tem sido descrito tradicionalmente como um cisto fissural encontrado dentro do osso, entre o incisivo lateral e canino superior, causando freqüentemente divergência das raízes dos dentes adjacentes.

Há controvérsias de sua natureza fissural. SICHER (1962) acredita que os cistos desta região são provavelmente primordiais.

Um estudo crítico completo sobre a questão dos cistos globulomaxilares foi feito por CHRIST (1970). Na revisão de literatura de um período maior que 50 anos (1920 ½ 1969) ele encontrou poucos casos que preenchiam o critério de aceitação.

ZAGARELLI & ZAGARELLI (1973) enfatizou que a região Globulomaxilar é local de grande potencial para o desenvolvimento de considerável variedades de entidades patológicas, sendo assim um diagnóstico definitivo só se consegue com exame histopatológico.

Aspectos radiográficos

..
Ele pode ocorrer como lesão radiolúcida bem delimitada na região entre incisivos laterais e caninos superiores causando divergência das raízes.

Aspectos histopatológicos

Apresentam semelhança com o epitélio respiratório. PATTE

PATTEN (1961) afirmou que os processos faciais unem-se por fusão e podem ainda aprisionar epitélio entre eles se o crescimento mesenquimal for retardado abaixo do sulco que os separa.

Cisto Nasolabial

Aspectos clínicos

Este cisto é relativamente raro, acometendo a porção externa do osso, no sulco nasolabial, sob a asa do nariz. Seu pico de frequência situa-se entre a quarta e quinta década de vida, existindo uma predominância para o sexo feminino. O sintoma clínico mais frequente é o aumento volumétrico, e na maior parte dos casos a única queixa. As vezes o paciente relata dor e dificuldade em respirar pelo nariz. Normalmente os cistos são

diagnosticados de forma casual durante exame clínico de rotina. Em muitos casos os cistos são unilaterais, mas no estudo de VAN BRUGGER et al., (1982) 16 pacientes possuíam a lesão bilateralmente (10,6%) .

Normalmente de crescimento lento, com seu aumento ocorre o levantamento da asa do nariz e a distorção da narina, produzindo assim um abaulamento no assoalho da fossa nasal. A medida que ele cresce projeta inferiormente a porção anterior do corneto inferior, provocando as vezes obstrução nasal. Na porção intrabucal, eles formam uma protuberância no fundo do sulco vestibular. O cisto é flutuante e na palpação pode ser identificado entre o assoalho da fossa nasal e o sulco labial. Os cistos infectados podem drenar para dentro do nariz, pois em dissecções tem demonstrado que estes estão ligados a mucosa nasal.

Aspectos radiográficos

Uma detalhada descrição dos aspectos radiográficos foi realizada por SEWARD (1962). Ele destacou o aumento da radioluminescencia do processo alveolar acima dos ápices dos incisivos superiores. Em uma radiografia oclusal padronizada, temos uma pronunciada convexidade posterior em um dos lados da linha radiopaca, em forma de parêntese, correspondente as margens ósseas da abertura nasal. O cisto normalmente

..
é esférico ou em forma de rim, deitado sobre a borda óssea lateral e inferior da abertura nasal, estendendo-se para a linha mediana da fossa canina.

Aspectos histológicos

A localização dos cistos nasolabiais é tal, que permite afirmar, conceitualmente, um desenvolvimento a partir de remanescentes do ducto ou do cordão nasolacrimal embrionário, a até mesmo da porção anterior e inferior do ducto nasolacrimal já estabelecido ou seja maduro. O canal nasolacrimal maduro é revestido por epitélio colunar pseudo-estratificado, o mesmo tipo epitelial comumente encontrado nos revestimentos dos cistos nasolabiais. Microscopicamente o cisto nasolabial é revestido por um epitélio respiratório ou epitélio escamoso estratificado, ou mais frequentemente por epitélio colunar pseudo estratificado não ciliado, ou ainda uma combinação desses epitélios.

Tratamento

São tratados por excisão cirúrgica através de um acesso intrabucal. Um retalho mucoperiosteal é levantado e o cisto é separado do tecido circunvizinho por dissecação com instrumento de ponta romba. Não tem tendência recidivante, mas a cirurgia pode ser complicada por perfuração da

mucosa nasal, particularmente se o cisto já drenou seu conteúdo para o interior do nariz.

B - Não Epitelial

Cisto Ósseo Simples

Aspectos clínicos

O cisto ósseo solitário não se qualifica para ser um cisto dos maxilares por não ser só limitado aos maxilares e nem possuir revestimento epitelial. Ele é conhecido por vários nomes: ósseo traumático, cisto ósseo solitário, cisto ósseo simples, cisto ósseo hemorrágico (BEASLEY, 1976). Nos ossos longos ele ocorre mais freqüentemente no úmero e fêmur de crianças e adolescentes.

O cisto é geralmente uma cavidade solitária localizada no osso. Ele é geralmente desprovido de revestimento epitelial, e frequentemente contém

algum material seroso. A pressão intracística é baixa em comparação com a maioria dos cistos. Raramente se nota recorrência.

Aproximadamente 70% ocorrem antes de 25 anos (cerca de 50% são encontrados durante a segunda década) FORSELL et al., (1988). Pode haver uma discreta predileção por homens. A lesão geralmente é descoberta em exames radiográficos de rotina, mas em torno de 25 a 50% dos pacientes exibe uma expansão vestibulolabial dos maxilares, sugerindo que às vezes houve pressão de crescimento (HUEBNE, 1971). Em 10% ocorre dor ou sensibilidade.

Segundo ANDERS (1978) o cisto ósseo solitário é relativamente raro, sendo que a mandíbula (entre canino e ramo) é a região onde há mais incidências, podendo ocorrer ocasionalmente na região anterior e raramente bilateralmente. Em estudo de HANSEN et al., (1974) relataram que a maxila pode ser envolvida em 35% dos casos, sendo que a maioria dos casos ocorrem na região anterior.

Aspectos radiográficos

Se o cisto for grande, ocorre frequentemente (cerca de 60%) um ondulamento da cavidade entre raízes dos pré-molares e molares ou nas áreas afastadas dos dentes. As margens são menos definidas que a de

cistos usuais, embora haja algum grau de condensação marginal em mais de 60%. A lesão pode ocasionalmente se estender até o processo alveolar. Em mais de 70% a lesão envolve as raízes dos dentes irrompidos. A lâmina dentária pode ser perdida. Entretanto, o diagnóstico definitivo pode ser feito somente com exploração cirúrgica.

Aspectos Histopatológicos

Microscopicamente, a parede do cisto está sem revestimento (aproximadamente 60%) ou está coberta por uma fina camada de tecido conjuntivo (FORSSELL et al., 1976). Estudos ultraestruturais tem mostrado a ausência de um revestimento epitelial. Não é comum encontrar hemorragia e/ou pigmentos sanguíneos e algumas células gigantes multinucleadas.

Tratamento

- tratamento cirúrgico é o usualmente recomendado, porque quando a cavidade é aberta e a hemorragia é promovida, resulta numa rápida obliteração da lesão. Como no entanto, o cisto ósseo simples regride espontaneamente, a necessidade de intervenção cirúrgica pode ser questionada, especialmente se for determinado um diagnóstico apurado, em bases clínica e radiográficas, e se o

paciente for capaz de atender a um seguimento radiográfico em intervalos periódicos. A regressão espontânea em 3 casos de uma variedade não expansiva foi observada por KILLEY et al., (1977). Estes autores acreditam, entretanto, que a regressão espontânea nos casos de variedades expansivas é improvável.

Cisto Ósseo Aneurismático

Aspectos clínicos

O cisto ósseo aneurismático foi primeiramente caracterizado por JAFFE & LICHTENSTEIS (1942), e ocorre mais frequentemente nos ossos longos e vértebras. BERNEIR & BHASKAR (19) foram os primeiros a notar o envolvimento dos maxilares. Menos de 1% ocorre nos maxilares e centenas de casos tem sido relatados. Não é um cisto verdadeiro, pois não é revestido por epitélio. Cerca de 65% dos casos foram encontrados em indivíduos com menos de 20 anos de idade, sendo 90% com menos de 30 anos. Cerca de 80% ocorrem na mandíbula, produzindo dor ou sensibilidade ao toque, 40% expandindo ou abaulando a cortical, fazendo o osso ter a

...
espessura de casca de ovo. Existe uma leve predileção pelas mulheres.

(DAUGHERTY

1971; GINGELL et al., 1984; GRUSKIN, 1968).

Vários autores (BIESECKER et al., 1970; BURACZEWSKI, 1971) sugerem que o cisto frequentemente origina-se secundariamente em outras lesões ósseas: mixofibroma, cisto ósseo solitário, osteoblastoma, condroblastoma, tumor de células gigantes, hemangiomas, fibroma não ossificante, lesão de células gigantes, displasia fibrosa, fibroma cementificante, fibroma ossificante e osteossarcoma. Entretanto, é possível que o cisto ósseo aneurismático possa se desenvolver como uma lesão primária. STRUCTHERS & SHEAR (1984) sugeriram que alteração primária seria um microcisto, o qual poderia desenvolver-se em muitas lesões ósseas benignas, mas sendo menos frequente em lesões malignas.

Aspecto radiográfico

Se apresenta como uma lesão radiolúcida unilocular, unilateral e menos comumente multilocular, abaulando a cortical óssea. Frequentemente os dentes próximos exibem deslocamento e reabsorção radicular.

Aspecto histopatológico

Em geral, a lesão é vermelho-acastanhado. Uma fina camada de osso recobre o cisto. Na sua remoção o sangramento pode ser de difícil controle. Microscopicamente, ele se parece um pouco com a lesão reparativa de células gigantes. Contudo, espaços vasculares são uma característica proeminente. Misturado com numerosos espaços sanguíneos intercomunicantes capilares e cavernosos de vários tamanhos, há evidências de hemorragias antigas e recentes. Células gigantes multinucleadas e hemossiderina podem ser abundantes. Degeração hialina e trombos podem obliterar os espaços vasculares.

Tratamento

O tratamento deve ser determinado pela natureza de alguma das lesões associadas. De acordo com EL DEEB et al., (1980), a forma mais frequente de tratamento, nos casos relatados de cisto ósseo aneurismático dos maxilares, tem sido a curetagem. A sua revisão indicou um índice de recorrência de 26% para os casos dos maxilares.

II - Cistos Associados com o Seio Maxilar

Cisto Mucoso Benigno do Seio Maxilar

Aspectos clínicos

KWAPIS & WHITTEN (1971) chamaram a atenção para o fato de que seu diagnóstico era feito mais adequadamente com uma maior utilização de radiografias panorâmicas da maxila. Sua análise, em uma série destas radiografia, revelou a presença de áreas radiopacas arredondadas nos seios maxilares de 22 pacientes. A exploração cirúrgica e subsequente exame histológico foram realizados em 14 desses, e os aspectos encontrados foram compatíveis com o diagnóstico de cisto mucoso do seio maxilar.

A maior frequência se localiza em pacientes entre 21 e 30 anos, sendo mais frequente nos homens.

No estudo de MYALL et al., (1974) , 43 dos 75 casos envolveram o assoalho de seio (57%) . Os cistos desenvolveram-se na parede lateral em 24 casos (32%) e as outras superfícies do seio foram ocasionalmente

envolvidas. Na grande maioria dos casos os cistos eram únicos, mas em algumas situações eles eram múltiplos e às vezes bilaterais.

O cisto mucoso do seio maxilar é caracterizado pela ausência de sintomas na maioria dos casos, sendo as lesões descobertas em um exame radiográfico de rotina. Ocasionalmente os pacientes se queixam de desconforto, tal como uma dor fraca e surda, localizada na região do seio, uma sensação de plenitude ou dormência na bochecha, obstrução nasal, corrimento nasal posterior e uma abundante drenagem de fluido amarelo pelas narinas (GOTHBERG et al.,1976). As vezes pode produzir uma tumefação.

Aspectos radiográficos

Os cistos aparecem como radiopacidades esféricas, ovóides ou em forma de cúpula e com um contorno discreto e uniforme. Eles podem ter uma base ampla e sésil ou estreita e pediculada. O tamanho do cisto varia de pequeno a muito grande, e ocasionalmente podem ocupar todo o seio maxilar. (KILLEY & KAY, 1973). As bordas das imagens são curvas e bem definidas, mas não apresentam linhas radiopacas distintas, pois não possuem cortical óssea. Não há reabsorção do osso adjacente e é muito importante a permanência da delicada linha radiopaca correspondente à

..
drenagem. Eles acreditam que os cistos maiores devam ser removidos através de um acesso tipo Caldwell-Luc.

Cisto Ciliado Cirúrgico da Maxila

Aspecto clínico

Em 1958, GREGORY & SHAFER voltaram sua atenção para o desenvolvimento de cistos na maxila de pacientes cujos seios maxilares foram abertos cirurgicamente, durante uma operação de Caldwell-Luc. Os pacientes usualmente apresentavam queixa de dor pouco localizada ou de um desconforto na maxila. Estes cistos não são comuns, provavelmente porque eles não são diagnosticados.

Aspecto radiográfico

As radiografias revelam uma área radiolúcida bem definida relacionada com o seio maxilar, com margens radiopaca.

Aspecto histopatológico

Histologicamente os cistos são revestidos por um epitélio pseudo-estratificado colunar ciliado, com metaplasia escamosa nas áreas infectadas. GREGORY & SHAFER (1958) sugeriram que estes cistos são derivados do epitélio de revestimento do seio maxilar, que fica aprisionado na ferida cirúrgica durante o fechamento da incisão de Caldwell-Luc; subsequente este epitélio começa a se proliferar.

III - Cistos dos Tecidos Moles da Boca, Face e Pescoço

Cistos Epidermóides e Dermóides

Aspectos clínicos

Os cistos epidermóides e dermóides da cabeça e do pescoço são raros, perfazendo apenas 6,9% de todos os cistos desta região. Quando localizados na boca, perfazem 0,01% de todos os cistos bucais. Estes cistos ocorrem, normalmente, como lesões isoladas e, provavelmente resultam do aprisionamento do ectoderma, durante o fechamento das fissuras embrionárias durante a terceira ou quarta semanas de vida intra-uterina. Esta teoria tem sido reforçada pela produção experimental deste cisto.

Na boca, os cistos dermóides surgem mais comumente no assoalho bucal e, são classificados em cistos dermóides medianos (linha média, cerca de 70%) e cistos dermóides laterais (cerca de 30%) . Ele provavelmente sempre se origina acima do músculo milo-hióideo, embora possa penetra-lo através de um hiato de desenvolvimento (HOWELL, 1985).

No caso do cisto dermóide mediano, o aprisionamento do epitélio na linha média, possivelmente resulta, durante a fusão do primeiro arco branquial (mandibular) e o segundo arco (hióide). O cisto dermóide lateral é encontrado entre a face lateral dos músculos genihioglosso e milo-hióideo. Clinicamente, produz menor tumefação do que o cisto dermóide mediano. Ele forma uma protuberância para dentro da boca que surge debaixo da glândula sublingual ao nível dos pré-molares e molares e para dentro do pescoço na junção das regiões submentoniana e submandibular.

Cerca de 25% dos cistos dermóides que ocorrem na cabeça e pescoço, surgem no assoalho bucal (NEW & ERICH, 1937). Não há predileção por sexo (ALLARD, 1982).

Os cistos dermóides raramente se manifestam ao nascimento, mas normalmente se tornam clinicamente evidentes entre 15 e 35 anos de idade. Quando localizado acima do músculo genihióideo (cisto dermóide sublingual ou genioglossal), causa elevação e deslocamento da língua, produzindo dificuldades na fala, alimentação e até na respiração devido a pressão exercida sobre a epiglote. Se o cisto for mais profundo (por exemplo, entre os músculos genihióideo e milo-hióideo) ele pode abaular a área submentoniana (cisto dermóide submentoniano ou genihióideo). Este último cisto manifesta-se por uma tumefação indolor na região

submentoniana, estendendo-se da mandíbula ao osso hióide, dando o aspecto de queixo duplo.

Aspectos histopatológicos

Microscopicamente o revestimento cístico é formado por um epitélio escamoso estratificado queratinizado. Um ou mais anexos cutâneos, tais como os folículos pilosos, glândulas sudoríparas ou sebáceas estão presentes. O lúmen normalmente é preenchido por queratina ou material sebáceo, entretanto, raramente são encontrados pelos (NEW & ERICH, 1937). Na ausência de anexos cutâneos, o termo cisto epidermóide é usado para descrever tais lesões. (ENGELHARDT, 1961).

Tratamento

SEWARD (1965) relatou que estes cistos mesmo quando extensos devem ser removidos pela boca. Se muito grandes, o esvaziamento parcial de seu conteúdo pode facilitar sua remoção. Ele sugeriu entretanto, que quando o cisto estiver inflamado e aparentemente aderido, ou quando grandes vasos passam perto da parede desses cistos, há necessidade de se ter acesso pelo pescoço, para evitar assim complicações.

Cisto da Fenda Branquial

Aspectos Clínicos

Ele se encontra normalmente situado superficialmente próximo ao ângulo da mandíbula, estando coberto apenas pela borda anterior do músculo esternocleidomastóide e normalmente repousado na bainha da carótida. Apenas raramente, ele está mais profundamente situado em relação à artéria carótida externa. O súbito crescimento do cisto após uma infecção do trato aéreo superior é bem conhecido.

Este cisto acomete principalmente pacientes na terceira década de vida. Parece não haver predileção por sexo e seu tamanho varia de 2 a 10 cm de diâmetro (média de 3 a 4 cm) (EARL, 1985).

Flutuação é normalmente observada e este, é frequentemente translúcido, a menos que seja volumoso. Não se encontra normalmente, fixo a estruturas subjacentes ou a pele (INGOLDBY, 1985). Em vista da espessura e a fluidez de seu conteúdo, a palpação temos uma sensação semelhante a uma bolsa de água parcialmente preenchida.

Menos comumente, são encontrados cistos da fissura branquial no assoalho de boca e na língua. BHASKAR (1966) descreveu uma série de 24

..
cistos branquiais intrabucais, 14 destes localizados no assoalho de boca e 9 na língua, sendo que muitos destes casos envolviam a borda lateral. Usualmente as lesões não se apresentam ulcerada e constituem massas que se movimentam livremente, presente por períodos que variam de um mês a muitos anos.

Aspectos histopatológicos

Microscopicamente o cisto linfoepitelial tem um forramento epitelial escamoso estratificado, normalmente não queratinizado circundado por tecido por tecido linfóide com centros germinativos (HIROTA J et al., 1989). Em mais de 85% dos espécimes examinados por BHASKAR E BERNIER, sinusóides subcapsulares ou medulares puderam ser demonstrados.

Tratamento

Remoção cirúrgica sem recidiva (GIUNTA & CATALDO, 1973)

Cisto Do Ducto Tireoglosso

Aspectos clínicos

Os primórdios da porção mediana da glândula tireóide desenvolvem-se à partir da Quarta semana de vida intra-uterina, na base da língua, em um local reconhecido mais tarde como forame cego. Uma projeção epitelial, conhecida como ducto tireoglosso, estende-se para baixo, passa na porção central do osso hióide e, à frente da cartilagem tireoideana, se adere, desenvolvendo aí os lóbulos laterais da tireóide. O ducto tireoglosso desintegra-se ao redor da décima semana, mas cistos podem se formar a partir dos resíduos deste ducto, em qualquer lugar ao longo de seu trajeto.

Muitas fístulas do ducto tireoglosso aparecem após a ruptura do cisto, mas aproximadamente 5% parecem ser de origem congênita. Foi estimado que 15 – 30% dos cistos do ducto tireoglosso desenvolvem uma fístula associada (BAUGHMAN R.A.,1972). Ocasionalmente, adenocarcinoma papilar ou carcinoma de células escamosas podem aparecer no ducto tireoglosso (LUSTMAN J. et al. 1989).

Clinicamente, o cisto se manifesta como uma massa cervical, geralmente móvel muitas vezes dolorido (aproximadamente 80%), ou lateral mais perto da linha mediana (aproximadamente 20%) variando de 1 – 10 cm de diâmetro (média de 3 cm) VAN DER WAL N et al., 1987. O cisto normalmente se eleva na deglutição ou na protusão da língua. O cisto pode ocorrer em qualquer lugar ao longo da trajetória descendente do primórdio

da tireóide (ex. do forame cego até a chanfradura supraesternal). Aproximadamente 80% ocorrem abaixo ou ao nível do ístmo da tireóide. O cisto do ducto tireoglosso ocasionalmente pode estar associado com massas ectópicas de tecido tireoideo. Cerca de 50% está presente durante as primeiras duas décadas de vida. Numa série de 42 casos de cistos do ducto tireoglosso, 31 (74%) eram de pacientes jovens, em torno de 30 anos, o paciente mais velho tinha 64 anos de idade (WAMPLER et al., 1978). Não há predileção por sexo. Mais de 50% dos pacientes tem história de infecção recorrente do cisto. Ele representa a mais comum causa de edema cervical anterior em crianças. Se localizado na porção mais alta do trajeto do tireoglosso, podem provocar disfonia ou dispnéia.

Aspectos histopatológicos

São revestidos por um epitélio colunar pseudo-estratificado ciliado ou não, ou ainda por um epitélio estratificado pavimentoso. Este último, observado particularmente em cistos fechados, sem relação com a boca. Porções de tecido tireoideano podem ser detectados na parede fibrosa, além de células e glândulas mucosas (WAMPLER et al., 1978). Alterações malignas, predominantemente adenocarcinomas, tem sido relatadas na literatura. O seu conteúdo é aquoso ou seroso, a menos que infectado.

Tratamento

O sucesso do tratamento requer uma excisão cirúrgica radical. A cirurgia de SISTRUNK envolve a remoção de um bloco de tecido com 1 cm em torno do ducto e de 1 a 2 cm da parte central do osso hióide. O trajeto do ducto tireoglosso deve ser traçado, desde o lobo piramidal da glândula tireóide até o forame cego na base da língua (WAMPLER et al., 1978).

Cisto Lingual Mediano Anterior

Aspectos clínicos

O cisto lingual mediano anterior é uma lesão rara. Um caso foi relatado por FINK (1963), em um garoto de 5 anos de idade. Tratava-se de uma tumefação flutuante na metade anterior do dorso da língua. Estava presente desde o nascimento e, dois anos depois de incisado e drenado, ele recidivou. O cisto foi então enucleado.

São considerados 2 tipos de cisto lingual mediano: a) cisto epidermóide e b) cisto revestido por epitélio colunar não ciliado ou respiratórios.

O cisto epidermóide da língua é revestido por epitélio escamoso estratificado não queratinizado. Estes cistos devem ser diferenciados dos cistos dermóides os quais são associados aos anexos de pele.

Aspectos histopatológicos.

Seu revestimento é constituído por epitélio colunar pseudo-estratificado ciliado e por epitélio cuboidal. A capsula fibrosa demonstra um moderado infiltrado de células inflamatórias crônicas.

Foi sugerido que este cisto se desenvolve a partir de epitélio aprisionado entre os tubérculos linguais laterais durante o desenvolvimento da língua. Porém é possível que alguns destes cistos originam-se como resultado de uma implantação de epitélio, tal como ocorre com os cistos epidermóide.

Cistos Bucais Com Epitélio Gástrico ou Intestinal

Aspectos clínicos

A origem do epitélio gástrico ou intestinal é desconhecida. Ele pode ser derivado de deslocamentos de restos embrionários. A língua surge do assoalho da faringe na região dos três primeiros arcos branquiais. No

embrião de três a quatro milímetros, o estômago primitivo indiferenciado repousa adjacente ao primórdio da língua.

O cisto coristomático pode estar totalmente incluído no corpo da língua (BURTON D.M. et al., 1992), assoalho bucal (BROW S. KER – WILSON R., 1978) hipofaringe (GOSSAIN ^aK. WILDES T.P.,1988) porção anterior do pescoço (HANDRASOMA P, JANSSEN M. 1982), glândula submandibular (DOUNIAU R et al., 1966), ou pode comunicar-se com a superfície. Uma lesão similar tem sido relatada no lábio (BITE U., CRAMER H.M., 1992).

GORLIN & JIRASEK em 1970 revisaram a literatura sobre o assunto. Quatorze casos, incluindo um dos próprios autores, foram incluídos em suas análises.

Muitos casos ocorreram em crianças e adultos jovens, e dois em pacientes velhos que já os tinham em suas infâncias. Todos os casos ocorreram em homens. Os cistos estavam localizados na porção anterior da língua em 7 casos, na parte posterior em 2, no assoalho da boca em 3 e 2 casos eram no pescoço.

Aspectos histopatológicos

..

A parede cística pode ser composta parcialmente por epitélio escamoso estratificado, e parcialmente por mucosa gástrica do tipo visto no corpo e fundos do estômago, ou de mucosa intestinal. Em um único paciente foi encontrado um cisto contendo epitélio ciliado pigmentado, embora este fato não tenha sido ilustrado. Entretanto, epitélio respiratório tem sido demonstrado (MIRCHANDANI R. et al., 1989). Glândulas normalmente estão presentes sendo descritas como glândulas gástricas. Tanto células parietais quanto principais podem ser encontradas. Tecido pancreático associado foi notado por DONIAU et al. () Poucos exemplos de cistos dermóides e coristomatosos, ocorrendo juntos, foram descritos. (ARCAND P. et al., 1988).

Uma mucosa muscular foi verificada ao redor dos cistos em vários casos. GORLIN E JIRASEK, relatam um caso, onde um tubo circundado por músculo conectava o cisto à mucosa bucal. Glândulas sebáceas abriam-se no interior do tubo. Vários autores relatam um tubo lingual circundado por glândulas sebáceas, sem o epitélio gástrico ou intestinal estar presente (KNAPP MJ 1971, LEIDER A. S. et al. ,1977).

Cistos das Glândulas Salivares

MUCOCELES

Aspectos clínicos

As mucocelos são muito comuns na boca. Sua verdadeira incidência é de difícil determinação, porque muitos pacientes suportam sem procurar tratamento, e um grande número delas não são retiradas cirurgicamente, além daquelas que nem são enviadas para os laboratórios de patologia, afim de serem diagnosticadas. A frequência maior se dá na terceira década. Não há predileção por sexo.

Sendo a grande maioria das mucocelos encontradas no lábio inferior . Os pacientes com mucocelo usualmente queixam-se de uma tumefação indolor, às vezes ondular, com frequentes recorrências. A mucocelo pode estar presente há poucos dias, mas alguns pacientes a toleram por meses ou anos, antes de procurar qualquer tratamento. A tumefação pode desenvolver-se repentinamente na hora das refeições e muitos drenam espontaneamente em intervalos de tempo. Cerca de 10% dos pacientes relacionam o seu desenvolvimento com trauma.

A mucocelo pode ser pequena, com somente 1 – 2 mm de diâmetro, mas geralmente são maiores, a maioria delas mede entre 5 a 10 mm de diâmetro. A rânula, invariavelmente, é maior do que a mucocelo.

A tumefação é redonda ou oval e de superfície lisa. As lesões superficiais são azuladas e flutuantes, enquanto as lesões mais profundas têm a mesma coloração da mucosa normal e são mais firmes à palpação. Uma lesão firme e bem delimitada, no lábio superior, tem uma probabilidade muito maior de ser um tumor de glândula salivar do que uma mucocele.

A patogênese da mucocele tem despertado um grande interesse. Por vários anos ela foi genericamente atribuída a uma obstrução do ducto salivar, que levaria à sua dilatação na porção proximal, com formação de um cisto de retenção, revestido por epitélio. Este conceito foi questionado por BASKAR et al. (1956) quando ele provocou obstrução experimental do ducto excretor da glândula submandibular – sublingual em camundongos por um período de 6 dias até 9 meses e meio. Eles estabeleceram que a mucocele não se desenvolvem, embora encontrassem espaços semelhantes a microcistos, que para eles representam "cortes tangenciais nos elementos ductais tortuosos dilatados". Eles concluíram que seus experimentos, quando considerados com o fato das mucocelas serem encontradas mais frequentemente nas áreas expostas ao trauma, tal como o lábio inferior indicam que a ruptura ou um defeito em função do traumatismo no ducto salivar seriam responsáveis pela produção da mucocele.

Em um trabalho posterior, STANDISH & SHAFER (1959) reforçaram sua visão de que a grande maioria dos também chamados cistos de retenção mucosa representam um fenômeno de extravasamento, no qual a ruptura do ducto permite a saída e o acúmulo do muco no tecido conjuntivo adjacente. A pequena quantidade de mucocelos revestidas por epitélio representa um fenômeno de retenção parcial, a qual é vista como uma dilatação do ducto excretor e de pequenos ductos lobulares com concomitante ruptura e extravasamento de muco para dentro dos tecidos circundantes.

PRAETORIUS & HAMMRSTROM, 1974, baseados em um estudo de 200 mucocelos opinaram que o trauma em células acinares secretoras as conduzia à ruptura, e conseqüentemente formação de uma coleção mucosa; sendo assim a ruptura do ducto excretor não é obrigatoriamente necessária.

As mucocelos humanas podem acontecer depois de um trauma no ducto, quando então é pinçado ou seccionado, ou ainda por um trauma nos ácinos secretores, levando ao extravasamento de muco. Secundariamente, a completa obstrução do ducto pode levar ao desenvolvimento de um cisto mucoso de extravasamento. Os cistos de retenção mucosa são mais raros e apresentam um revestimento epitelial. Tem-se poucas evidências para

.. uma avaliação, mas em algumas situações originam de uma obstrução parcial ou completa do ducto excretor, pela presença de cálculos salivares ou por atresia congênita da abertura do orifício do ducto submandibular (HOGGINS & HUTTON, 1974) , ou ainda por causas extraluminares. Estes fatores conduzem à dilatação ductal e também a sua ruptura.

Aspectos histopatológicos.

As mucocelas excisadas, em geral, são recebidas nos laboratórios associados às glândulas salivares e, frequentemente , a uma porção de mucosa bucal na superfície da lesão. Quando o espécime é cortado, o cisto pode ser discreto, limitado por um revestimento e preenchido por um material gelatinoso. Ele também pode ser difuso e Ter um conteúdo líquido muito mais mucinoso.

Tratamento

O tratamento mais adequado para as mucocelas é a excisão cirúrgica, incluindo os tecidos circunjacentes. Uma excisão elíptica deve ser feita na mucosa sobre e circunjacente ao cisto, da qual é dissecado em associação com as glândulas mucosas. Nas margens da ferida cirúrgica, a mucosa deve ser divulsionada e suturada em justaposição. Nas enucleações do mucocele pode haver falhas e em consequência as recorrências acontecem

.. com frequência. Nas mucocelos de tamanho pequeno, o tratamento cirúrgico nem sempre é necessário, desde que não incomode o paciente.

RÂNULA

Aspectos clínicos

O termo rânula é usado para descrever aquelas mucocelos que ocorrem no assoalho bucal. Elas são comumente unilaterais e por produzirem uma tumefação de coloração azul transluzente foram comparadas ao ventre de uma rã.

As rânulas tem sido classificadas como superficiais e profundas. A variedade superficial pode desenvolver-se como um fenômeno de retenção ou de extravasamento associado ao trauma de um ou mais ductos excretores da glândula salivar sublingual. Sua patogênese e patologia não são diferentes das mucocelos nos outros lugares da boca. Um dado significativo é que a maioria das rânulas não tem revestimento epitelial.

Tratamento

A patogênese e o tratamento das rânulas profundas tem sido muito controvertidas. RODIGER et al. (1973) descreveram algumas evidências de

que as rânulas são cistos mucosos de extravasamento, originário da glândula salivar sublingual, da qual ramificam-se difusamente pelo pescoço. Eles recomendam uma remoção cirúrgica da glândula sublingual através da boca, sem nenhum acesso cervical, como forma inicial de tratamento. Argumentam que a remoção da fonte secretora evita as recorrências, bem como o problema do acesso cirúrgico, pois evita a dissecação do cisto no pescoço, bastante difícil.

DISCUSSÃO

4 - DISCUSSÃO

HARNISCH (1959) verificou que de 1392 cistos, 1357 (97,4%) são de origem odontogênica, 16 (1,2%) estão relacionados a patologias do sistema dental, 19 (1,4%) não puderam ser classificados. Neste trabalho o autor cita também, as pesquisas de outros autores com finalidade de comparação. (Tabela 1).

Segundo HEIDEMANN (1963) a proporção dos cistos radiculares para os cistos foliculares é de 5,5:1. Para PRESTING (1967) esta proporção é de 7,3:1.

PRESTING (1967) encontrou no grupo de 30 a 50 anos de idade a maioria dos cistos radiculares e Wonneberger (1968) foi dos 20 aos 40 anos.

A incidência maior de cistos é na região anterior, e entre a região superior e inferior os superiores se evidenciam mais (HARNACH, 1973). (Tabela 2).

	Heidemann (1963)	Presting (1967)	Wonneberger (1968)
Cistos radiculares	57,3%	51,9%	66,2%
Cistos residuais	28,7%	33,2%	21,1%
Cistos radiculares / residuais	-----	3,8%	-----
Cistos foliculares	10,4%	7,1%	10,2%
Cistos de dentes temporários	-----	1,0%	-----
Cistos paradental	-----	0,4%	-----
Cistos de Kleesadt	0,7%	0,7%	-----
Cistos do conduto nasopalatino	2,9%	0,4%	0,8%
Cistos globulomaxilares	-----	0,1%	-----
Cistos gênese não acabada	-----	1,4%	0,9%

Tabela 1. - Frequência dos tipos histopatológicos de cistos no complexo maxilo-mandibular.

Região anterior superior	24,6%
Região de pré molar superior	19,1%
Região de molar superior	19,1%
Região de molar inferior	13,9%
Região de pré molar inferior	12,3%
Região de canino superior	4,9%
Região de anteriores inferiores	3,2%
Região de canino inferior	2,9%

Tabela 2. Incidência de cistos por região do complexo maxilo-mandibular

Podemos afirmar que em mulheres há prevalência de cistos pequenos e grandes na mandíbula e que em homens os cistos grandes se observam mais na maxila (HARNISCH, 1973).

.. PRESTING (1967) avaliando 1279 pacientes, verificou que havia 66 com formação de cistos múltiplos, significando 5,2%. Ele relata que os fatores etiológicos destes cistos são: cárie e hereditariedade (predisposição).

PRESTING (1967) faz um relato em seu trabalho sobre os tipos de cistos que mais frequentemente se encontram infectados: cistos foliculares (55%), cistos radiculares (46%) e cistos residuais (42,0%). Ele encontrou 49,4% dos cistos infectados numa amostragem de 1279 pacientes com infecções crônicas e agudas. Neste mesmo trabalho, o autor descreveu o "sintoma de Vincent" (parestesia do nervo mentoniano) em apenas um paciente, que após a marsupialização, desapareceu. Este sintoma é externamente raro.

4.1 - TRATAMENTO

As bases cirúrgicas para tratamento cístico foi dado por PARTSCH (1892) , sendo que através da descompressão ele fazia com que a pressão interna do cisto fosse diminuída regredindo o tamanho do cisto, sendo realizado até os dias atuais.

Segundo PARTSCH (1924) a cirurgia de marsupialização segue os seguintes passos:

1. abertura cirúrgica do cisto em uma ampla comunicação com a cavidade bucal. Sendo que o dente causador pode ser extraído cirurgicamente ou tratado o canal e feito apicectomia. O epitélio cístico da cavidade se torna epitélio da cavidade bucal. Esta ferida se cicatriza (epitelizada) nas próximas semanas e se estabelece a união do epitélio cístico com a mucosa oral (Partsch I).
2. a bolsa cística é desprendida completamente do osso e enucleada, fechando-se a ferida. O dente causador pode ser tratado canal e feito apicectomia ou extraído. O espaço cístico é preenchido por sangue proveniente de hemorragia pós-operatória. Havendo a organização do coágulo que é substituído

por osso neoformado. Esta manobra é realizada em cistos de menor tamanho. Todos os procedimentos são modificações do método básico, sempre fazendo a abertura cística para que o epitélio da mucosa bucal possa unir-se com o epitélio cístico (Partsch II).

3. *antrocistectomia* - usada somente quando o cisto se encontra unido ao seio maxilar. O espaço cístico é unido amplamente com o seio maxilar. Como na marsupialização (Partsch I, modificado) o epitélio cístico se une ao epitélio bucal, sendo que depois desta operação o epitélio cístico se forma uma única unidade com a mucosa bucal. É formada uma cavidade em que o cisto pode drenar seu conteúdo em uma cavidade fisiológica. Dado que a drenagem não está sendo realizada em seu ponto mais baixo, devendo ser esta abertura como a incisão de Caldwell-Luc para uma maior possibilidade de drenagem. A membrana cística também pode ser removida na mesma sessão por exemplo se apresentar alterações neoplásicas. Quando se encontra um pólipo também se remove a membrana cística. Sendo que após a intervenção se sutura a membrana bucal,

sendo que a drenagem vai estar segura por abertura artificial no meato nasal inferior.

Indicações para as operações Partsch I (marsupialização) e Partsch II (marsupialização seguido de enucleação).

Partsch I:

1. quando o cisto é muito grande, pois se fizermos a enucleação será difícil reter o coágulo na parede óssea, e correremos o risco de infecção do coágulo pela comunicação com a cavidade bucal.
2. cistos grandes com perda óssea acentuada faz-se uma fenestração retirando-se uma pequena quantidade de osso, após 4 a 6 semanas quando já houver nova formação óssea faz-se a enucleação sem correr o risco de exposição do nervo mandibular causando irritação.
3. quando há envolvimento de dentes vitalizados na área lesionada. A enucleação levaria a tratamento endodôntico devido a necrose pulpar posterior acarretada por lesão no feixe neurovascular desses dentes.

4. quando existe perigo de abrir a cavidade nasal com o seio maxilar acarretando grandes transtornos.
5. em casos de cistos supurados existe o perigo de infecção do coágulo ao realizar Partsch II.
6. em pacientes desdentados onde a cavidade cística pode servir provisoriamente para sustentação de prótese coloca-se um obturador na prótese, sendo desgastado conforme haja aplainamento da cavidade cística.
7. em cistos mandibulares onde corre-se o risco de lesar o nervo mandibular.
8. fístulas na região de vestíbulo onde não permite a retenção de coágulo.

Formas de incisões em cirurgias císticas na região anterior do maxilar superior

1- Incisão em Arco de Partsch:

Ao se fazer análise clínica e radiográfica e não se conseguir estar seguro do curso da cirurgia, deve-se eleger uma incisão em arco de Partsch, a qual permite o uso de ambos os métodos Partsch I e Partsch II.

2 - Incisão segundo PICLHER (1932):

Resulta fácil sutura após cistotomia. Não permite reforçar o assoalho nasal como a incisão de Partsch.

É recomendada quando a cavidade óssea deve ser recoberta com osso heteroplásico e, em cistos próximos ha apófise alveolar.

3 - Incisão em bordo gengival:

Essa incisão é usada em operações segundo Partsch I, pois nos dá um retalho mucoperiósteo mais espesso e largo, o qual serve para reforçar o assoalho nasal.

4 - Incisão dupla segundo Cserney:

A incisão dupla se desprende primeiro da mucosa devendo-se fazer a incisão em arco próxima ao bordo gengival.

Devemos eleger a abertura para que possamos realizar as manobras cirúrgicas convenientes. Deve-se procurar obter boa visibilidade do campo e bom acesso ultrapassando a extensão cística para que ao repor o retalho ele repouse em tecido ósseo são formando assim base óssea firme.

Incisões para cirurgia cística na região posterior do maxilar

superior:

Devemos estabelecer em rigoroso plano de tratamento de acordo com análise clínica e radiográfica, pois pode haver complicações com envolvimento do seio maxilar.

O tipo de incisão varia com o ato cirúrgico a ser realizado:

1. *Esvaziamento*: se deixa a bolsa cística e se rebate o retalho mucoperióstico bucal para reforçar o assoalho de seio maxilar. Nesses casos a incisão é em arco em volta do bordo gengival. Outro modo é quando se deixa a bolsa cística e rebate o retalho mucoperióstico bucal sobre as raízes apicectomizadas. A incisão se faz acima das raízes em corte reto (Parsch I).

2. *Enucleação*: se conserva o dente e se enucleia o cisto. A incisão é em arco levantando-se o retalho mucoperióstico expondo o cisto e remove-se a bolsa (Parsch II). Outro modo é quando dente e cisto são removidos cirurgicamente, nesses casos se elege uma incisão trapezoidal.

3. *Antrocistectomia*: se transforma o cisto em cavidade acessória ao seio maxilar. A incisão é feita em arco no bordo gengival abrindo-se uma ampla comunicação com o seio maxilar.

Enucleação e controle histológico da membrana cística:

A bolsa cística em sua totalidade deve submeter-se a um controle

..
histológico.

Desprendimento do retalho mucoperióstico:

Quando o osso facial se mantém íntegro sobre todo o cisto o retalho mucoperióstico pode ser desprendido cirurgicamente sem nenhum comprometimento.

Quando o osso que recobre o cisto está muito delgado, primeiro se abre com instrumento fino e consegue-se desprender a capa óssea com um instrumento rombo.

Quando não houver osso recobrindo a região torna-se difícil expor o cisto, havendo fácil rompimento da membrana cística. Deve-se buscar osso nos bordos e então desprender o retalho mucoperióstico.

Tamponamento do cisto

Ao se fazer o tamponamento o retalho é pressionado com algum instrumento na cavidade cística e coloca-se uma gaze de tal modo que o coágulo esteja aderido na parede interna do cisto. Embebemos a gaze com Furacin®, com o qual se consegue um tamponamento por seis a

...oito dias sem que haja necrose dos tecidos. O primeiro curativo deve ficar o maior tempo possível para que o retalho aderido possa manter-se. Depois se troca a cada dois dias. Ao se fazer o curativo, tem que se cuidar para que o cisto mantenha-se bem aberto na cavidade bucal. Quando os bordos da ferida estiverem epitelizados pode-se confeccionar um obturador para se manter a comunicação entre a cavidade bucal e cística. Esse obturador deve ser sucessivamente desgastado permitindo que a cavidade cística possa ir diminuindo com o passar do tempo (alguns meses).

Alargamento e fixação do retalho da mucosa:

Para obter um retalho bucal largo que possa cobrir a cavidade nasal e sinusal há duas possibilidades:

1. o retalho pode ser alargado estendendo-se a incisão até o bordo gengival.
2. incisando o periósteo obteremos um retalho de 1 a 1,5 cm mais largo.

Comumente o retalho é mantido em seu lugar por tamponamento.

Comportamento frente a bolsa cística nos distintos métodos cirúrgicos

1. epitélio e bolsa são removidos por completo e sutura-se a ferida em seguida (Partsch II);
2. epitélio e bolsa são removidos por completo quando há erosão ou suspeita de tumor, sendo todo o material examinado histologicamente;
3. epitélio e bolsa são enucleados parcialmente para obter material para exame histológico;
4. remoção de toda bolsa cística e reposição do retalho mucoperiosteico;
5. quando o cisto se encontra na região anterior do maxilar superior, o retalho mucoperiosteico é cortado na região do bordo superior do cisto, suturando a bolsa com o resto da mucosa;
6. a bolsa cística exposta recebe cortes em forma de H podendo ser suturada em todos os lados da mucosa.

Procedimentos junto aos dentes envolvidos na cirurgia de cisto

Devem ser examinados quanto a sua vitalidade. Nos dentes desvitalizados devem ser feito tratamento radicular antes ou durante a cirurgia e obturação retrógrada quando necessário. Em casos de cistos com dente drenando, deve-se fazer curativos para que no dia se faça a obturação radicular (pouco antes ou durante o ato operatório), sendo que a obturação retrógrada não é necessária onde a obturação do canal foi satisfatória. Devemos manter os dentes com vitalidade que estão na região dos cistos. Nos cistos que envolvem os dentes temporários desvitalizados sempre estes dentes são extraídos.

Tratamento pós operatório e complicações

As complicações normalmente são raras e insignificantes . O tamponamento da ferida cirúrgica é feito com gaze embebida com Aureomicina® fazendo-se trocas regulares, que impede a necrose da região. Na cirurgia de Partsch II poderá ocorrer infecção do coágulo o qual é combatido com antibióticos, as suturas são removidas e a cavidade lavada com cuidado e a cura deve-se conseguir com tamponamento.

Técnica operatória

Partsch I

Há diversas incisões, dependendo do caso, por exemplo o retalho mucoperióstico vai cobrir o seio nasal ou sinusal, deve-se cortar próximo ao bordo gengival. Se for recobrir raízes apicectomizadas a incisão é feita no sulco vestibular. Depois de preparar o retalho mucoperióstico e eliminar o osso faz-se a exposição cística. Os bordos ósseos devem ser alisados e a membrana pode ser suturada com a mucosa bucal. A comunicação entre cisto e cavidade bucal se mantém aberta durante o pós-operatório mediante tamponamento e posteriormente por um obturador. A epitelação dos bordos termina aproximadamente em 14 dias. Deve-se fazer controles periódicos.

Partsch II

Para um cisto na região anterior do maxilar superior faz-se uma incisão em arco próximo ao bordo gengival para que o retalho tenha uma base óssea para ser suturado. Se há osso em cima do cisto, esse é removido com um cinzel abrindo uma pequena janela na qual faremos um esvaziamento com uma seringa Luer . Com uma cureta se desprende a bolsa cística do osso. Quando aparece uma raiz que está envolvida

... com o cisto seu ápice deve ser removido e a obturação do canal deve-se efetuar antes ou durante o ato operatório. Depois alisaremos os bordos ósseos e suturaremos a mucosa depois de haver esborrifado Nebacetin®. A sutura deve ser bem apertada para não ocorrer deiscência da sutura originando uma infecção do coágulo.

Antrocistectomia

Grandes cistos que se encontram no seio maxilar são transformados em cavidades acessórias do seio, preparando-se uma abertura no meato nasal inferior para a saída de secreção. Quando se opera segundo Partsch I corremos o risco que a fina membrana entre a cavidade cística e o seio maxilar, resultando em uma perfuração do seio maxilar que é de difícil cura. Quando a cirurgia é em região posterior superior precisaremos de uma boa tomada radiográfica e bom planejamento cirúrgico. Se simultaneamente com a cirurgia deveremos extrair o dente causador do cisto é necessário fazer uma incisão no rebordo gengival para podermos suturar perfeitamente o alvéolo após a cirurgia. Em casos de cistos pequenos também poderemos enuclear sem que ocorra uma abertura do seio maxilar.

Cistos grandes no palato

Como é sabido, em caso de cistos grandes é empregado um retalho bucal para cobrir o assoalho nasal. Se botem um retalho especialmente largo realizando a incisão sobre o bordo gengival, podendo-se alargar mais ainda estendendo-se sobre o periósteo, sendo que este retalho ao final da cirurgia é introduzido na cavidade cística para reforçar o assoalho nasal. Em casos de cistos radiculares palatinos grandes como em incisivos laterais desvitalizados a incisão á feita próxima aos dentes, desprendendo o retalho em extensão pouco maior que o cisto. A hemorragia da artéria palatina se estanca por compressão. A bolsa cística é suturada com a mucosa palatina. Dá-se forma adequada aos bordos ósseos, o dente envolvido é tratado endodonticamente e apicectomizados quando necessário. Nos controles radiográficos observamos lenta neoformação óssea, variando de acordo com a idade do paciente. A abertura palatina, depois da epitelização dos bordos é mantida por um obturador fixado em placa palatina.

Cistos residuais

A técnica empregada é igual aos cistos radiculares usando-se Partsch I e II e suas modificações.

Cistos foliculares

Usa-se a mesma técnica empregada aos cistos radiculares. Se o dente causador estiver em posição desfavorável ou for cônico ou extranumerário deve-se extrair.

Drenagem de Redon em cistos grandes do maxilar inferior e tecidos moles

Sempre se tem procurado em cirurgias segundo Partsch II manter a menor abertura de cavidade para que haja formação de coágulo posterior. Isso se consegue mediante sutura e pontos externos na região anterior desde abóbada palatina até lábio. GABKA (1960) conseguiu o mesmo resultado no ramo ascendente eliminando a delgada parede óssea bucal ou lingual (sempre a parede mais delgada) , para que se possam introduzir tecidos moles dentro da cavidade, após a enucleação. Esse depósito de tecido pode ser reforçado por pontos externos. Um efeito similar a esse para diminuição do cisto se busca depois de sua enucleação por drenagem e sucção que foi introduzido por REDON & JOST em 1954, e recomendado por HEIDSIECK (1959) para tratamento de cistos. Importante para o sucesso da drenagem e sucção é uma sutura apertada a qual sempre é necessária em cirurgias de Partsch II em cistos do ramo ascendente. Deve-se remover suficiente osso no bordo anterior do ramo ascendente, para que possa ser bem unidos ,com

... sutura, o retalho mucoso mesial e lateral. A agulha perfuradora para guiar o tubo plástico se encaminha desde a cavidade cística ao longo do ângulo mandibular através do corte extrabucal. Se combina a drenagem Redon com a administração de antibióticos e algum antiinflamatório. A secreção cavitária cessa geralmente de 5 a 6 dias. Redon comprova que operações assépticas com tendência primária de cicatrização produzem consideráveis quantidades de secreção que atuam desfavoravelmente na cicatrização. Com um frasco aspirador, que pode ser preparado em qualquer clínica com seu correspondente recipiente coletor, podem ser sugadas as secreções mediante um tubo fino. Esse tubo é suturado com catgut a ferida. Fazendo-se isso a secreção é eliminada após a cirurgia, mesmo assim são aspirados mais de 100 centímetros cúbicos de secreção a cada 24 horas.

Particularidades de cirurgias císticas em determinados setores dos maxilares.

Região anterior do maxilar

Cistos anteriores em maxilar são relativamente fáceis de operar desde logo, quando o maxilar é desdentado. Também em região

... posterior podem ser facilmente expostos e abertos em desdentados. Problemas só podem ocorrer quando os cistos estão em contato com o seio maxilar e fossas nasais. Nos maxilares com dentes vitalizados tecnicamente a operação é mais complicada pois devemos levar em consideração os dentes. O dente causador deve ser eliminado ou feito o tratamento de canal e posterior apicectomia. A extração ou conservação dependem dos mesmos critérios como apicectomia julgando o dente por um todo: firmeza, paradentoses e ligamentos periodontais . A vitalidade dos dentes deve ser respeitada. Deve-se tomar cuidado em não lesionar dentes vitais. Isto nem sempre é possível, e tão pouco a radiografia pode nos dar uma informação segura. Se tivermos dúvida quanto sua vitalidade ou envolvimento devemos fazer controles radiográficos. Quando vamos operar cistos em região anterior devemos nos ater aos seguintes pontos:

- a. devemos extrair os dentes envolvidos? Dentes envolvidos e que estão sem suporte ósseo ou não dão para ser recuperados, devem ser extraídos.
- b. quais dentes estão envolvidos na operação? Dentes envolvidos pelo cisto, devemos controlar radiograficamente ou prepara-los (endodontia e obturação radicular)? Radiografias nos ajudam

eventualmente quais dentes estão envolvidos na operação e quais deverão ser tratados endodonticamente ou controlados radiograficamente.

c. que tamanho é o cisto? O tamanho do cisto influi muito na cirurgia. Cistos pequenos podemos enuclea-los e se for necessário apicectomia. Cistos de tamanho médio devemos tomar cuidado com regiões importantes, seio maxilar e fossa nasal as quais podem estar envolvidas. Os cistos grandes são facilmente operados, porque se emprega a cirurgia de Pertsch I.

d. que incisão é mais conveniente? A incisão vai depender do tamanho e extensão da lesão.

e. que formações vitais estão envolvidas na operação?
Normalmente na região anterior teremos o seio maxilar e fossa nasal que se houver comunicação poderemos levar a infecção por isso é conveniente procedermos com cautela.

f. em que região se estende o cisto? Região dentada posterior da maxila; região desdentada posterior da maxila; região dentada anterior da mandíbula; região dentada posterior da mandíbula; região desdentada posterior da mandíbula.

71182

Região dentada posterior da maxila

Desde a distal do canino estes cistos estão relacionados com o seio maxilar. Para determinar a extensão dos cistos dispomos dos critérios exame clínico, palpação e radiografias. Importante é também é o exame dos dentes. Dentes vitalizados devem ser conservados se possível , molares e primeiros pré-molares desvitalizados melhor extraí-los. Pequenos cistos na região dos pré-molares são operados segundo Partsch II e apicectomizados. Quando o cisto se estende pelo seio maxilar envolvendo molares, remove-se os dentes e se transforma o cisto numa cavidade acessória ao seio maxilar, fechando-se a ferida sobre o rebordo alveolar. O tamanho do cisto deve ser determinado mediante radiografia e sondagem.

Região desdentada posterior do maxilar

De fácil intervenção devido à ausência de dentes, existem 3 possibilidades:

- a. os cistos são pequenos e tem delimitação óssea frente ao seio maxilar: os cistos podem ser enucleados segundo Partsch II, em alguns casos se elimina o cistos com a própria extração do dente causador.

b. o cisto tem tamanho de cereja ou nóz (médios) e estão diretamente em contato com o seio maxilar: podemos decidir durante a cirurgia se vamos operar segundo Partsch I ou II. É decisivo a espessura do osso frente ao seio maxilar. Se ocorrerem pequenas comunicações com o seio maxilar durante a cirurgia Partsch II geralmente se faz a cicatrização. Devemos prescrever antibióticos e repouso.

c. os cistos são grandes e estão desenvolvidos parcialmente ou totalmente com o seio maxilar: são operados acima do seio maxilar. A incisão se faz sobre a crista alveolar. O procedimento varia de acordo com a situação encontrada. Em caso de cisto pequeno se enucleará a bolsa cística. Em cistos maiores se deixa a bolsa se esta se apresentar lisa e sem sinais de inflamações e se estabelece uma comunicação com o seio maxilar. Quando a membrana do seio se apresentar alterada devemos remove-la. Cistos muito grandes que tomam toda a cavidade sinusal deve-se abrir uma cavidade sinusal única e limpeza da cavidade e depois tamponamento

Região dentada anterior da mandíbula

A cirurgia é tecnicamente delicada devido a anatomia. Os dentes envolvidos muitas vezes podem ser conservados após apicectomia. Incisão em arco segundo Partsch II.

Região dentada posterior da mandíbula

Nesta região deve-se levar em consideração o trajeto do nervo mentoniano e forame mandibular. Opera-se segundo Partsch I usando-se o retalho bucal para recobrimento do nervo. Faz-se a incisão no bordo gengival, às vezes é necessária fenestração. Se opera segundo Partsch II e deve ser apicectomizados alguns dentes, então o procedimento é similar ao da apicectomia comum. A remoção da bolsa só é possível se pudermos expor com exatidão o nervo mentoniano e forame. Traumatismos no nervos podem causar parestesia. Na região de molares os cistos aparecem maiores na radiografia do que na realidade o são. Quase sempre precisaremos sacrificar o molar causador do cisto. É importante a incisão no bordo gengival, e cirurgia segundo Partsch I permite recobrir o conduto mandibular com o retalho bucal. Quando se extrai o molar podemos remover a parte lingual e o septo interdental para estabelecermos uma comunicação ampla entre cisto e cavidade

bucal. Em casos onde haja osso suficiente recobrimdo o canal mandibular poderemos fazer apicectomia do molar.

Região desdentada posterior da mandíbula

As cirurgias de cistos nestes casos são fáceis. Se existir o perigo de lesionar o conduto mandibular, operaremos segundo Partsch I. Faz-se a incisão na parte mais alta do rebordo alveolar. A parede óssea bucal muito delgada deve ser eliminada amplamente, para poder reposicionar bem o retalho. Quando o cisto está mais dentro do corpo mandibular, devemos buscar uma ampla abertura acima da cavidade bucal. No tamponamento mantêm-se aberta a comunicação entre cisto e cavidade bucal. Mais tarde podemos construir um obturador juntamente com a prótese. Os cistos que crescem acima do ramo ascendente da mandíbula são fáceis de operar. Alguns cistos grandes podem ser operados segundo Partsch II. Na cirurgia de Partsch I devemos fazes ampla comunicação acima da cavidade bucal porque existe o perigo que a comunicação cisto - cavidade bucal, se descuidarmos no tratamento pós-operatório para que esta cavidade não se feche, pois poderá haver recidiva.

Procedimentos especiais em operações de cistos

Cicatrização de cavidades císticas com retalhos

É a preocupação de muitos em estabilizar o coágulo sanguíneo dentro da cavidade cística após sua remoção segundo Partsch II. **MAYER**. (1962) sugeriu o preenchimento da cavidade com osso e iodofórmio e informou bons resultados. Partsch acha que este tipo de cirurgia só seria viável se tivéssemos uma cavidade asséptica e retalho bem posicionado para termos cicatrização por primeira intenção. **ROCCIA** (1966) na Itália propôs cauterizar a cavidade cística com ácido tricloracético e outros propuseram fazer uma pasta com glicerina, iodofórmio e parafina. Em nenhum destes métodos se encontrou bons resultados (com bases).

Método com gás de cloro segundo Weigele (1948) e Wehlan (1967)

O gás é introduzido no cisto através de uma conduto radicular, produzindo a dissolução do epitélio e faria com que o cisto se transformasse em granuloma, não precisando apicectomizar as raízes.

Fechamento da cavidade cística com pó de osso

Autores franceses propuseram este método para fechar as cavidades císticas (LEBOURG et al., 1959).

Fechamento da cavidade cística com enxerto ósseo

KALLENBERGER (1954) empregou osso homogêneo retirados assépticamente e colocados em parafina e resfriados a 15 /18 graus centígrados abaixo de 0. Meia hora antes da implantação embebeu-se este osso em penicilina usando-a de 1 a 13 semanas após e chegou a conclusão que este método não trás nenhuma vantagem ao paciente.

Fechamento da cavidade cística com osso autógeno e heterógeno

Plástico: no método autógeno deu bom resultado usando-se a crista do osso ilíaco especialmente em procedimento extrabucal, já o uso de osso heteroplástico não surtiu efeito por ser difícil o ajunte.

Fechamento da cavidade cística com próprio sangue

SCHULTE (1965) indicou o fechamento da cavidade com sangue venoso, gelatina desnaturizada , antibióticos e trombina obtendo bons resultados.

Fechamento da cavidade cística com musculatura esquelética

PRAWECNIKOW (1961) preconiza que células da musculatura esquelética servem para fechamento da cavidade cística induzindo a neoformação óssea sendo este método abandonado pela complexidade.

Fechamento da cavidade cística com tecido adiposo

GRANDIN & DEROUBAIX (1954) implantaram tecido adiposo em cisto grande do maxilar inferior. Depois da enucleação cística tomou-se tecido adiposo da camada superficial do ventre e introduziu em pequenos pedaços na cavidade óssea suturando-se e administrando penicilina. Depois de 1 ano a reparação era praticamente completa.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Frente aos dados obtidos na revisão de literatura, concluímos que:

- 1- Os cistos possuem várias e complexas classificações, sendo que as atuais são as mais completas.
- 2- Embora, a literatura apresente uma gama variada de tratamentos para os cistos, atualmente as técnicas mais aceitas e mais eficazes, são a enucleação, a descompressão e a marsupialização.
- 3- A marsupialização possui indicação restrita, sendo mais utilizada para o tratamentos de rânulas.

SUMMARY

SUMMARY

Cysts are Known as single or multi cavities formations involved by a membrane of epithelial or endoepithelial origin with liguous or pasty content in the interior, which may occur in any region of human body (MARNISH, 1973).

In this paper we made an ample critical review classifications of maxillary and mandibullary cysts as clinical, radiographic and histological characteristics are concerned.

Finally, we considered cysts incidencies and tratment proposed in the literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ACHERMANN, B. - Pathogenese odontogener. Zysten Zahn. Prax., 27:128-129, 1988.
- 2 - ANDERS H.: An unusual case of a "simple bone cyst" of the mandible. J.Oral Int. Surg 7: 32-35, 1978.
- 3 - ANNEROTH G. et al.: Nasopalatine duct cysts Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 15: 575-580, 1986.
- 4 - BEASLEY J.D.:A Traumatic Cyst of the jaws: Report of 30 cases JADA 92: 145-152, 1976.
- 5 - BIESECKER J.L. et al . : Aneurysmal bone cysts. A clinicopathological study of 66 cases. Cancer 26, 615-625, 1970
- 6 - BODINI I. et al: Cysts of the nasopalatine duct. Int. J. Oral Maxillofac Surg., 15: 696-706,1986.
- 7 - BRAMLEY P.A. - Treatment of cysts of the jaws. Proc R. Soc. Med64: 547-550, 1971.
- 8 - BRAMLEY P.O - The odontogenic Keratocyst B na approach to treatment. Int. J. Oral Surg. 3, 337-341, 1974.
- 9 - BRANNON R.B. - The odontogenic Keratocyst. A clinicopathologic study

of 312 cases Part I. Clinical features Oral Surg. 42, 54-72, 1976.

- 10- BRANNON R. B. - The odontogenic Keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases Part II. Histological features Oral Surg. 43, 233-255, 1977.
- 11- BROWNE R. M. -The odontogenic Keratocyst B clinical aspects. Br. Dent. J. 128, 225-231, 1970.
- 12- BROWNE R. M. - The odontogenic Keratocyst B histological features and their correlation With clinicalbehaviour Br. Dent. J. 131, 249-259, 1971
- 13- BROWNE R. M. - The pathogenesis of odontogenic cysts: a review. J. Oral Pathol. 4, 31-46, 1975.
- 14- BUCHNER A. and HANSEN L.S. -The histomorphologic spectrum of the gingival cyst in the adult. Oral Surg. 48, 532-539, 1979.
- 15- BURACZEWSKI J. Dabska M.: Pathogeneses of aneurysmal bone cyst. Cancer 28: 597-604, 1971.
- 16- CRAIG G.T. - The paradental cyst . A specific inflammatory odontogenic cyst. Br. Dent. J. 141, 9-14, 1976.
- 17- DAUGHERTY J.W. Eversole L.R. : Aneurysmal bone cyst of the mandible. J. Oral Surg. 29: 734-741, 1971.
- 18- EGYEDI P. and BEYAZIT E. - Marsupialisation of large cysts of the

maxilla into the maxillary sinus and / or nose. A follow-up investigation. In: KAY, L.M. -Oral surgery IV (Transactions of the Fourth International Conference on Oral Surgery) Copenhagen, Munkgaard, 81-84, 1973.

19- EL DEEB M. et al: Aneurysmal bone cyst of the jaws. Int. J. Oral Ser. 9: 301-311, 1980.

20- FICKLING B.W. (1965) Cysts of the jaw B a long term surbey of types and treatment. Proc. R. Soc. Med. 58, 847-854, 1965.

21- FORSSELL K. - The primordial Cyst. A clinical and radiographic study. Proc. Finn. Dent Soc 76, 129-174, 1980.

22- FORSSELL K. et al: Simple bone cyst: Rewiew of the literature and analysis of 23 cases Int. J. Oral Maxillofac Surg 17: 21-24, 1988.

23-GABKA J. - Zur Diagnostik der Zysten des Kiefer-Gesichtsbereichs
Zahnmedizin im Bild ,1: 126-130, 1960.

24- GARDNER et al. - Odontogenic and "fissural" cysts of the jawx.
Pathology Annual, 13, 177-200, 1978

25- GINGELL J.C.C. et al: Aneurysmal bone cyst. J. Oral Maxillofac Surg., 42: 527-534, 1984.

26- GORLIN R.J. et al: The calcifying odontogenic cyst B a possible analogue of the cutaneous calcifying epithelioma of Malherbe. Oral Surg.,

15: 1235-1243, 1962.

27-GORLIN, R.J. - Thomas Oral pathology, 6^a ed, Mosby, St. Louis, 1970.

28-GORLIN, R.J. & Damante, J.H. - Cistos dos Maxilares, Soalho Bucal e Pescoço. XIX Jornada Brasileira de Estomatologia da SOBE, Bauru, 1993. /Monografia/.

29- GOTHBERG K. A.T. et al (1976) A clinical study of cysts arising from mucosa of the maxillary sinus Oral Surg., 41, 52-58, 1976.

30-GRANDIN, DEROUBAIX - Traitement d'un volumineux kyste paradentaire du maxillaire inferieure par greffe de graisse. Fran. Odonto Stomat. 8: ,1954.

31-GREGORY G.T. and Shafer W.G. - Surgical ciliated cysts of the maxila J. Oral Surg. 16, 251-253, 1958

32-GRUSKIN S.E. Dahlin D.C. aneurysmal bone cysts of the jaws. J. Oral Surg. 26: 523-528, 1968.

33-HANSEN J. - Keratocysts in the jaws In: HUSTED, E. & HJORTING-HANSE, E. - Oral Surgery II (Transactions of the Second International Conference on Oral Surgery). Copenhagen, Munksgaard, 128-134, 1967

34- HANSEN L. et al: Traumatic bone cysts of the jaws Report of sixty- six

cases. Oral surg. 37: 899-910,1974.

35-HARNISCH H. - Berliner Kieferbruchstatistik 1952-1957. Zahnärztliche Praxis (10) 11: ,1959

36-HARNISCH, H. - Clínica Y Terapeutica de los quistes maxilares. 1^a ed., Quintessence, Berlin , 1973

37-HARRIS M. & TOLLER P. : The patogenesis of dental cysts. Br. Med. Bull. 31, 159-163, 1975.

38-HEIDEMANN U. - Über Art, Lokalisation und Häufigkeit der Zysten des Kieferbereiches anhand des Materials der Zahn-und Kieferklinik der Freien Universität Berlin. Berlin ,1963. /Diss/.

39-HEIDSIECK C. - Saugdrainage bei Unterkieferzysten im aufsteigenden. Ast. Deutsche Z.M. u.k. , 295-300, 1968.

40- HODSON J.J. - Epithelial residues of the jaw with special reference to the edentulous jaw. J. Anat. 96, 16-24, 1962.

41-HOWE, G.L. - Cirurgia Oral Menor. 3^a ed., Editora Santos, São Paulo, 1992

42-HUEBNER G.R. Turlington E.G.: So-called traumatic (hemorrhagic) bone cysts of the jaws. Oral Surg. 31: 354-365, 1971.

43-JAFFE H.L. Lichtensteis L. Solitary unicameral bone cyst With emphasis

on the roentgen picture and pathologic appearance and the pathogenesis. Arch Surg 44; 1004-1025, 1942.

44-KALLENBERGER K. - Osteoplastische Versuche bei der Behandlung von Kieferzysten. Oster. Zschr. Stomat 51: 587, 1954.

45-KILLEY & Kay L.W. Benign mucosal cysts. In: KAY L.W. Oral Surgery IV (Transactions of the Fourth International Conference on Oral Surgery) Copenhagen, Munksgaard, pp. 169-174, 1973.

46-KILLEY, H.C.; KAY, L.W. & SEWARD, G.R. - Benign Cystic Lesions of the Faws, their Diagnosis and Treatment, 3rd ed Edinburgh and London, Churchill Livingstone, 1977.

47-KRUGER, G.O. - Cirurgia Bucal e maxilo-facial, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1984.

48-KWAPIS B.W. & WHITTEN, J.B. - Mucosal cysts of the maxillary sinus. J. Oral Surg. 29, 561-566, 1971.

49-LEBOURG, BIOU & GRANDCHAMP - Inclusion de plâtre de Paris pour le comblement des cavités osseuses. Revue de Stomatologie 9: 525-532, 1959.

50-LOVESTEDT S.A. Bruce K.W. Cysts of incisive canal with concrement. J. Oral Surg. 12: 48-53, 1954.

51-LUCAS R. B. - Pathology of Tumours of the Oral Tissues.2nd ed.,

Edinburgh and London, Churchill Livingstone, 1972.

52-MAGNUSSON B.C. - Odontogenic Keratocysts: a clinical and histological study with special reference to enzyme histochemistry. J. Oral Pathol. 7, 8-18, 1978.

53-MAIN D.M.G. - Epithelial jaw. Cysts: A clinicopathological reappraisal. Br. J. Oral Surg. 8, 114-125, 1970.

54-MAIN, D.M.G. - Epithelial jaw cysts: 10 years of the WHO classification. J. Oral Pathol., 14: 1-7, 1985.

55-MAIN, D.M.G. - The enlargement of epithelial jaw cysts. Odontol. Revy., 21, 29-49, 1970.

56-MAYER R. - A propos de l'etiologie de la lacune essentielle de la mandibul. Acta stomat. Belg. 65: 83, 1968.

57-MC IVOR, J. - The radiological features of odontogenic Keratocysts Br. J. Oral Surg. 10, 116-125, 1972.

58-MYALL, R.W.T., EASTE, P.B. & SLVER, J.G. - Mucous retention cysts of the maxillary antrum J. Am. Dent. Assoc. 89, 1338-1342.

59-MOSKOW, B.S., et al., - Gingival and Lateral periodontal cysts. J. Periodontal. 41, 249-260, 1970.

60-NEAVERTH, E.J. & BURG, H.O - Decompression of large periapical

cystic lesion J. Endod. 8, 175-182.

61-PHILIPSEN, H.P. - Om Keratocyster (Kolesteatom) i Kaeberne. Tandlaegebladet 10, 963-981, 1956.

62-PICHER H. - Basalzellenkrebs in Zahnzyste des Oberkiefers. Zschr. Stomat., 14: 843, 1932.

63-PINDBORG, J.J.; PHILIPSEN, H.P. & Henriksen, J. - Studies en odontogenic cyst epithelium B Karatinization in odontogenic cysts. In: Fundamentals of Keratinization Washington D.C. American Association for the Advancement of Science, p. 151.

64-PINDGORG, J.J. & HANSEN, J. - Studies en odontogenic cyst epithelium 2. Clinical and roentgenologic aspectas of odontogenic keratocysts. Acta Pathol. Microbiol. Scand (A) 58, 283-294, 1963.

65-PRATEORIUS, F. - Calcifying odontogenic cyst: range, variations and neoplastic potential. Paper delivered at a Symposium on Maxillo-facial Bone Pathology, Brussel, 30-31 March 1974, organized by Committee on Maxillo-facial Bone Pathology. Int. J. Oral Surg. 4: 89, 1965 (Eng. Abstr.)

66-PRAWEDNIKOW, S.N. - Plastik der Restknochenhöhekn mit Muskelteilen bei Operationen von chronischer Osteomyelitis und eitrigen Zysten am Kiefer. Stomatologija Moskva, 40: 53, 1961.

- 67-PRESTING, L. - Über Pathogenese, Vorkommen und Häufigkeit von Zysten in Bereich des Kieferknochens. Untersuchungen anhand des Krankengutes des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin. Inaug.
Berlin, 1967. /Dissertation./
- 68-ROBINSON, H.B.G. - Classification of cysts of the jaws. Am. J. Orthod. Oral Surg. 31, 370-375, 1965.
- 69-ROCCIA, B. - Über die Behandlung der Zahnzysten. Ost Z. Stomat. 63: 341, 1966.
- 70-RUDICK, A. - The distribution of jaw cysts accessioned in the Department of Oral Pathology, University of the Witwatersrand, 1974-1978. University of the Witwatersrand Johannesburg, 1981. /Dissetastion/.
- 71-SAUNDERS, I.D.F. - Bohn's nodules B a case report. Br. Dent. J. 132: 457-458, 1972
- 72-SCHULTE, W. - Fragen der Knochenregeneration nach der Ausschabung grober kieferzyten. DZZ , 20 : 620, 1965.
- 73-SEWARD, G. R. - Naso-labial cysts and their radiology. Dent. Pract., 12:154-161, 1962.
- 74-SEWARD, G.R. - Radiology in Genecal Dental Practice. Beitesle Dental Association, London, 1964.

- 75-SHAFER, W. G. ; HINE, M. K. & LEVY, B. M. - A Testbook of Oral Pathology. 3rd ed., Philadelphia and London, Saunders, 1974
- 76- SHEAR, M. - Cistos da Região Bucomaxilofacial. Diagnóstico e Tratamento. 2^a ed., Editora Santos, São Paulo, 1989.
- 77-SHEAR, M. & PINDBORG, J.J. - Microscopic features of the lateral and periodontal cyst. Scand. J. Dent. Res. 83, 103-110, 1975.
- 78-SMITH, I. & SHEAR, M. - Radiological features of mandibular primordial cysts (Keratocysts) J. Max-fac. Srg 6, 147-154, 1978.
- 79-SOSKOLNE, W. A. & SHEAR, M. - Observations on the pathogenesis of primordial cysts Br. Dent. J. 123, 321-326, 1967.
- 80-STANDISH, S.M. & SHAFER, W. G. - The lateral peiodontal cyst. J. Periodontol. 29, 27-33, 1958
- 81-STOELINGA, P. J. W. - Over Kaas-System M.D., University of Nijmegen Nifmegen, Centale Drukkerij N.V., 1971. /Thesis/.
- 82-STOELINGA, P.J. W. - Recurrences and multiplicity of cysts in: KAY, L.W. - Oral Surgery IV (Transactions of the Fourth I International Conference on Oral Surgery).Copenhagen, Munksgaard, pp. 77-80, 1973.
- 83-STOELINGA, P. J. W. , COHEN, M.M. & MORGAN, A. F. - The origin of

Keratocysts in the basal cell nevus syndrome. J Oral Surg. 33, 659-663, 1975.

84- STOELINGA, P. J. W. - Studies on the dental lamina as related to its role in the etiology of cysts and tumors J. Oral Pathol 5, 65-73, 1976.

85-STRUTHERS, P.J. & SHEAR, M. - Root Usorption by ameloblastomas and cysts. Int. J. Oral Pathol. 5: 128-132, 1976.

86-STRUTHERS, P. J. & SHEAR, M: Aneurysmal bone cysts of the jaws. Int. J.Oral.Surg 13: 85-89, 92-100, 1984.

87- THOMA, K.H. & GOLDMAN, H.M. - Oral Pathology, 5^a ed, Mosby, St Louis, 1960.

88-TOLLER, P. A. - Origin and growth of cysts of the faws. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 40, 306-336, 1967.

89-VAN BRUGGEN, A. P. et al., - Nasolabial cysts. 1982.

90-VEDTOFTE, P. & PRAETORIUS, F. - Recurrence of the odontogenic Keratocyst in relation to clinical and histological features A 20 year follow-up study of 72 patients. Int. J. Oral Surg. 8, 412-420, 1979.

91-WAEHRMANN, A.H. & MANSON-HING, L.R. - Radiologia Dentária, 1^a ed., Guanabara -Koogan, Rio de Janeiro, 1977.

92-WEHLAN, H. - Die transradikuläre Therapie der Kieferzysten durch

strukturelle Modifizierung bei Anwendung von Cl₂ - Gas. DZZ,
22: 875, 1965.

93-WEIGELE, B. - Chlorgastherapie chron. Geschlossener und fistelnder
Infektions-herde. DZZ , 3:129, 1948

94-WYSOCKI, G.P., et al., - Histogenesis of the lateral periodontal cyst and
the gingival cyst of the adult. Oral. Surg. 50, 327-334, 1980.

95-WONNEBERGER, F. - Statistische Auswertung der Zystenoperationen
des Kieferbereiches der Jahre 1952 bis 1965 mit klinischen und
röntgenologischen Nachuntersuchungen aus der Kieferchirurgischen
Abteilung des Städtischen Krankenhauses zu Braunschweig. Berlin.
1968. /Dissertation/.