

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

THERESA HORTÊNSIA LEANDRO CARVALHO

**CISTO DENTÍGERO BILATERAL NA MAXILA EM PACIENTE NÃO-
SINDRÔMICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

**PATOS-PB
2014**

THERESA HORTÊNSIA LEANDRO CARVALHO

CISTO DENTÍGERO BILATERAL NA MAXILA EM PACIENTE NÃO-SINDRÔMICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha

**PATOS-PB
2014**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

C331c Carvalho, Theresa Hortênsia Leandro
Cisto dentígero bilateral na maxila em paciente não-sindrômico: relato de caso e revisão de literatura / Theresa Hortênsia Leandro Carvalho. – Patos, 2014.
43f. : il., color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2014.

"Orientação: Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha".

Referências.

1. Cirurgia odontológica. 2. Cisto dentígero. 3. Dente incluso.
I. Título.

CDU 616.314-089

Dedico este trabalho aos meus pais Sávio e Helineide, que num sentimento comum, fizeram dos meus sonhos, os seus próprios sonhos, renunciando a tudo e não medindo esforços para me proporcionar condições favoráveis de estudo. E ao meu querido e inesquecível irmão Íthalo Damonn (*in memoriam*) que muito me amou, me incentivou e acreditou nessa conquista. A vocês meus amores, esta vitória!

AGRADECIMENTOS

Esse é um momento muito significativo na minha vida e na vida dos meus pais. Ele representa a conclusão de uma longa jornada estudantil e o marco inicial de uma profissional em Odontologia. E para que esse momento se concretizasse muitas batalhas foram travadas e muitos obstáculos foram vencidos.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, porque em todos os momentos dessa jornada, senti a Sua força, sabedoria e proteção, não me deixando desanimar frente aos obstáculos impostos pela vida.

Aos meus pais Sávio e Heleneide, pelo carinho, compreensão, confiança, puxões de orelha e principalmente, pelo amor incondicional dedicado a mim e ao meu irmão. Muito obrigada pelos seus esforços para que eu pudesse concretizar o meu sonho. Nada disto seria possível sem vocês. Amo vocês!

Ao meu irmão Íthalo Damonn, pelo amor, cuidado, carinho, admiração e confiança... Embora você não possa dividir comigo essa alegria, eu sei que onde quer que esteja, está feliz e comemorando esta vitória, porque dela fez parte.

Aos tios, primos e amigos que acreditaram em mim e nesta conquista, e que estiveram sempre presentes ao meu lado, dividindo comigo momentos difíceis, mas também momentos de alegria. Em especial à minha prima Ana Theresa, que conviveu comigo esses cinco anos, cuidou de mim e me apoiou sempre que precisei. Obrigada Thê!

A todos os professores que contribuíram com minha formação, em especial aos mestres da Universidade Federal de Campina Grande. Muito obrigada pelo ensino de qualidade, pela compreensão, apoio e incentivo, como também pelas oportunidades que alguns me deram. Não posso deixar de agradecer àqueles que me ensinaram as primeiras letrinhas e também aqueles que me transmitiram os conhecimentos que foram necessários para ingressar na Universidade. Obrigada a vocês, educadores dos colégios Educandário Arco-Íris, Monsenhor Morais e Nossa Senhora de Lourdes.

Ao meu orientador, professor Julierme Ferreira Rocha, pela dedicação, empenho e paciência durante o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também pelos conhecimentos repassados ao longo do curso, além da amizade e carinho.

Aos amigos que a Odontologia me presenteou Emerson Kelvin, Narjara Pinheiro, Thaissa Amorim, Priscilla Freire e André Lustosa... Vivemos momentos maravilhosos que vou carregar pra sempre comigo. Vocês são muito especiais, obrigada por tudo!

Aos colegas de turma, em especial Francys Deize, Allana Roberta, Isolda Mirelle, Alan Kauê, Edivaldo, Jeterson e Júlio César, pelos momentos de alegria e por tornarem com isso menos árduo o curso nestes últimos cinco anos.

Finalizo agradecendo a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta, contribuíram para essa conquista e para o meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança de cada um de vocês. Muito obrigada!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

O cisto dentífero é o cisto odontogênico mais comum associado aos dentes total ou parcialmente inclusos, de caráter benigno, apresentando frequentemente localização unilateral, com maior incidência na região de terceiros molares inferiores, predileção por indivíduos do gênero masculino com faixa etária entre segunda e terceira décadas de vida. Sua ocorrência bilateral é rara e comumente associada a síndromes. O objetivo deste trabalho é reportar um caso clínico de cisto dentífero bilateral na região anterior da maxila. Paciente do gênero feminino, 43 anos, apresentou-se à Clínica de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo com queixa da ausência dos dentes caninos superiores. O exame radiográfico mostrou a inclusão dos dentes 13 e 23 e duas lesões radiolúcidas uniloculares e independentes associadas com a coroa dos dentes. Foi realizada biópsia incisiva, sendo o diagnóstico de cisto dentífero. O tratamento proposto foi a enucleação cirúrgica dos cistos e a exodontia dos dentes 13 e 23, sob anestesia geral. No pós-operatório, a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem sinais de recidiva da lesão.

Palavras-chave: Cisto dentífero. Dente incluído. Tomografia computadorizada de feixe cônico.

ABSTRACT

The dentigerous cyst is the most common odontogenic cyst associated with fully or partially impacted teeth, benign, often with unilateral location, with higher incidence in the region of lower third molars, predilection for male individuals aged between second and third decades of life. Their bilateral occurrence is rare and usually associated with syndromes. The objective of this work is to report a case of bilateral dentigerous cyst in the anterior maxilla. Female patient, 43 years old, presented to the Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry of Bauru, University of São Paulo with complaints of absence of the upper canine teeth. Radiographic examination showed the inclusion of teeth 13 e 23:02 unilocular radiolucent lesions associated and independent with the crown of the teeth. Incisional biopsy was performed and the diagnosis of dentigerous cyst. The proposed treatment was surgical enucleation of the cyst and the extraction of teeth 13 and 23 under general anesthesia. Postoperatively, the patient recovered uneventfully, with no signs of recurrence.

Keywords: Dentigerous cyst. Impacted tooth. Cone-beam computerized tomography.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Aspecto clínico intra-oral evidenciando a ausência dos elementos dentários 13 e 23 no arco dentário..... 24
- Figura 2 - A: Corte axial evidenciando imagem hipodenso unilocular associado aos elementos dentários 13 e 23. B: Corte sagital observando a projeção de imagem hipodenso para o interior da fossa nasal devido expansão da cortical óssea..... 25
- Figura 3 - A: Aspecto macroscópico dos dentes 13 e 23 e da cápsula cística. B: cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso e subjacente a este, um tecido conjuntivo fibroso de aspecto capsular, com infiltrado inflamatório difuso, vasos sanguíneos e área hemorrágica, confirmando diagnóstico de cisto dentífero (aumento de 40X)..... 26
- Figura 4 - Radiografia panorâmica no pós-operatório de 05 anos..... 26

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - CD duplo com envolvimento maxilar em pacientes não-sindrômicos.....	17
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD	Cisto Dentígero
F	Feminino
M	Masculino
NE	Dentes envolvidos não especificados
TCFC	Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico

LISTA DE SÍMBOLOS

% Por Cento

* Asterisco

@ Arroba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
REFERÊNCIAS.....	18
3 ARTIGO.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
ANEXO A.....	35
ANEXO B.....	36
ANEXO C.....	43

1 INTRODUÇÃO

O cisto dentígero (CD) é um cisto odontogênico de desenvolvimento, associado a um dente total ou parcialmente incluso, unido-se a coroa dentária através da junção amelocementária. Origina-se do acúmulo de fluido entre o remanescente do órgão do esmalte e a coroa dentária subjacente (COSTA et al., 2011; PRABHAKAR; SANDHU, 2011; DANTAS et al., 2013). Acomete frequentemente terceiros molares inferiores, caninos superiores e terceiros molares superiores, sendo raro na dentição decídua. A ausência de sintomas e o crescimento lento são os achados clínicos mais comuns, podendo, ainda, apresentar: assimetria facial, deslocamento de dentes, erupção ectópica, impactação dentária e reabsorção radicular, quando não diagnosticado e tratado precocemente (SAFIRA et al., 2009; COSTA et al., 2011).

O CD é o segundo tipo mais comum de cisto odontogênico, geralmente, sendo mais prevalente nas primeiras décadas de vida, com maior ocorrência na mandíbula e predileção por indivíduos caucasianos e do sexo masculino (TOURNAS et al., 2006; COSTA et al., 2011). A ocorrência bilateral é incomum e, na maioria das vezes, está em associação a síndromes, sendo o envolvimento maxilar um achado incomum (KO; DOVER; JORDAN, 1999; FREITAS et al., 2006).

Radiograficamente, caracteriza-se por uma área radiolúcida frequentemente unilocular bem delimitada associada a coroa de um dente incluso. Histologicamente, apresenta uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso arranjado frouxamente com pequenas ilhas ou cordões de epitélio odontogênico e infiltrado inflamatório mononuclear, revestida por um epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado, com poucas camadas de células epiteliais cúbicas e com presença de corpúsculos hialinos (THOSAPORN, 2004; COSTA et al., 2011).

O tratamento do CD é determinado pelo tamanho da lesão e consiste em enucleação e/ou marsupialização, com exodontia ou tracionamento ortodôntico do elemento dentário associado (COSTA et al., 2011).

Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de cisto dentígero bilateral na região anterior da maxila em paciente não-sindrômico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cisto dentífero também conhecido como cisto folicular, é o segundo tipo mais comum de cisto odontogênico, compreendendo cerca de 30% dos cistos epiteliais dos maxilares (BARROSO et al., 2002; SILVA JÚNIOR; WEINGAERTNER; AGUIAR, 2006). Sua patogênese pode estar relacionada com o período da odontogênese, desenvolvendo-se a partir da degeneração do retículo estrelado do órgão do esmalte, relacionando-se ao acúmulo de líquido entre a coroa e o epitélio reduzido do esmalte (SAFIRA et al., 2009).

Clinicamente, o CD é assintomático e apresenta crescimento lento (TOURNAS et al., 2006). Segundo Prabhakar; Sandhu (2011) são mais prevalentes na segunda e terceira décadas de vida, com maior envolvimento unilateral e da mandíbula (75%). Barroso et al. (2002), Silva Júnior; Weingaertner; Aguiar (2006) e Costa et al. (2011) relacionam o CD a dentes permanentes retidos ou aqueles que irrompem tardiamente, com predileção por indivíduos caucasianos e do sexo masculino.

Apesar de apresentarem um crescimento lento, os cistos dentíferos têm o potencial de se tornarem extremamente grandes e causarem expansão da cortical óssea, como também de provocar deslocamento dentário, má-oclusão e assimetria facial (BARROSO et al., 2002). Ocorrem com mais frequência em terceiros molares inferiores, seguidos dos caninos superiores e terceiros molares superiores, pois são esses elementos que mais comumente se apresentam inclusos (DANTAS et al., 2013).

Em geral, os cistos dentíferos são descobertos em exames radiográficos de rotina e apresentam-se como uma área radiolúcida bem circunscrita, frequentemente unilocular e assimétrica, circundando a coroa de um dente incluso (BARROSO et al., 2002; SAFIRA et al., 2009). Outras características radiográficas podem ser evidenciadas, como: deslocamento ou reabsorção do canal, reabsorção radicular de dentes permanentes adjacentes e possibilidade de fratura patológica (BARROSO et al., 2002).

O CD manifesta-se frequentemente de forma solitária. Cistos múltiplos ou bilaterais são raros e estão associados com algumas síndromes (BARROSO et al., 2002; TOURNAS et al., 2006) como a displasia Cleidocraniana (TRIMBLE et al., 1982), síndrome de Maroteaux-Lamy (mucopolissacaridose tipo VI) (ROBERTS et

al., 1984), pacientes em uso da Ciclosporina (DE-BIASE et al., 2001) e pacientes com a síndrome do carcinoma nevóide basocelular e Síndrome de Gardner (TOURNAS et al., 2006). Existem poucos relatos na literatura de casos de cisto dentífero múltiplo ou bilateral em pacientes não-sindrômicos. A Tabela 01 resume os casos reportados na literatura de CD maxilares duplos em paciente não-sindrômico (HENEFER, 1964; USTUNER et al., 2003; TOURNAS et al., 2006; PRABHAKAR; SANDHU, 2011).

O diagnóstico do CD não deve ser realizado unicamente a partir das evidências radiográficas, mas também baseado nas evidências clínicas e histopatológicas, devido à semelhança deste com algumas lesões como: ameloblastoma unicístico e tumor odontogênico queratocístico (SILVA JÚNIOR; WEINGAERTNER; AGUIAR, 2006).

Histologicamente, observa-se uma cavidade patológica revestida por um epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado, com presença de corpúsculos hialinos e uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso arranjado frouxamente com pequenas ilhas ou cordões de epitélio odontogênico e infiltrado inflamatório mononuclear (COSTA et al., 2009).

O tratamento é cirúrgico e consiste em enucleação e/ou marsupialização, sendo determinado pelo tamanho da lesão, com exodontia ou tracionamento ortodôntico do elemento dentário associado (BLAYA et al., 2010; COSTA et al., 2011). Segundo Blaya et al. (2010), a marsupialização é aconselhável para prevenção de possíveis complicações, além de permitir a erupção de dentes impactados associados ao cisto, caso haja espaço suficiente.

No estudo de Prabhakar; Sandhu (2011) lesões menores devem ser enucleadas, para evitar danos aos dentes permanentes envolvidos e lesões maiores deve-se realizar a marsupialização para aliviar a pressão intracística, seguido por enucleação quando a lesão diminuir de tamanho. Quando houver possibilidade de tracionamento deve-se considerar a idade do paciente, profundidade e inclinação do dente nos ossos maxilares, estágio de formação radicular, tamanho do cisto e presença de espaço no arco dentário. Na impossibilidade de aproveitamento dos dentes inclusos, deve-se realizar a exodontia dos dentes associados junto da enucleação (BLAYA et al., 2010; SANTANA; REBELLATO; MACHADO et al., 2012). A recidiva é rara (PRABHAKAR; SANDHU, 2011).

Tabela 01: CD duplo com envolvimento maxilar em pacientes não-sindrômicos

Autores (ano)	Gênero	Idade	Localização e dentes associados	Sinais ou sintomas	Tratamento
Henefer, (1964)	F	52 anos	Área posterior da maxila - 18/28	Ausentes	Enucleação e exodontia dos dentes associados
Ustuner et al., (2003)	M	06 anos	Região anterior da maxila - 13/23	Aumento de volume na pré-maxila	Não especificado
Tournas et al., (2006)	F	04 anos	Região posterior da maxila direita – NE**	Aumento de volume facial e na parede nasal lateral direita, obstrução nasal	Enucleação e exodontia dos dentes associados
Prabhakar; Sandhu (2011)	M	10 anos	Região anterior da maxila - 11/23	Aumento de volume na pré-maxila	Enucleação e exodontia dos dentes associados

*F: Feminino; M: Masculino

**NE: Dentes envolvidos não especificados

REFERÊNCIAS

- BARROSO, D. S. et al. Cisto dentífero na infância – relato de caso e revisão de literatura. **J. Bras. de Odontopediatr. Odontol. bebê**, Curitiba, v.5, n.27, p.364-369, set./out., 2002.
- BLAYA, D. S. et al. Cisto Dentífero Mandibular tratado com Marsupialização e Enucleação: Relato de Dois Casos. **Rev. Bras. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 99-104, set., 2010.
- COSTA, D. D. et al. Cisto dentífero associado a canino incluído em maxila. **ClípeOdonto**, Taubaté, v. 3, n. 1, p. 32-36, jan./jun., 2011.
- DANTAS, J. F. C. et al. Cisto dentífero em seio maxilar: relato de dois casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.13, n.1, p. 41-46, jan./mar., 2013.
- DE-BIASE, A. et al. Bilateral mandibular cysts associated with cyclosporine use: a case report. **Pediatr. Nephrol.**, Bron Cedex, v. 16, n.12, p. 993-995, Dec., 2001.
- FREITAS, D. Q.; TEMPEST, L. M.; SICOLI, E.; LOPES NETO, F. C. Bilateral dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. **Dentomaxillofac. Radiol.**, Tokyo, v. 35, n. 6, p. 464-468, Nov., 2006.
- HENEFER, E. P. Bilateral dentigerous cysts of the maxilla: Report of a case. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 17, n. 3, p. 296-298, Mar, 1964.
- KO, K. S.; DOVER, D. G.; JORDAN, R. C. Bilateral dentigerous cysts: report of an unusual case and review of the literature. **J. Can. Dent Assoc.**, Toronto, v. 65, n. 1, p. 49-51, Jan., 1999.
- PRABHAKAR, V.; SANDHU, S. V. Nonsyndromic bilateral maxillary entigerous cysts: Review of literature and report of an unusual case. **Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.**, Amsterdam, v. 6, p. 5-8, 2011.
- ROBERTS, M. W. et al. Occurrence of multiple dentigerous cyst in a patient with the maroteaux-lamysindrome (mucopolysaccharidosis, type VI). **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 58, n. 2, p. 169-175, 1984.
- SAFIRA, L. C. et al. Cisto dentífero em mandíbula: relato de caso clínico. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.8, n.2, p. 225-229, maio/ago., 2009.
- SANTANA, N. M.; REBELLATO, N. L. B.; MACHADO, M. A. N. Divergências de Tratamento do Cisto Dentífero: Revisão Sistemática. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.12, n.1, p. 85-92, jan./mar. 2012.
- SILVA JÚNIOR, A. N.; WEINGAERTNER, E.; AGUIAR, R. C. Cisto Dentífero em Mandíbula: Associado a Coroa de Dois Dentes Permanentes. **Rev. Gauch. Odontol.**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 157-160, abr./jun., 2006.

TOURNAS, A. S. et al. Multiple unilateral maxillary dentigerous cysts in a non-syndromic patient: A case report and review of the literature. **Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.**, Amsterdam, n. 1, p. 100-106, 2006.

TRIMBLE, L. D.; WEST, R. A.; MCNEILL, R. W. Cleidocranial Dysplasia: comprehensive treatment of the dentofacial abnormalities. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 105, n. 4, p. 661-666, Oct., 1982.

USTUNER, E.; FITOZ, S.; ATASOY, C.; ERDEN, I.; AKYAR, S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: A case report. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 95, n. 5, p. 632-635, May, 2003.

3 ARTIGO

Cisto dentígero bilateral na maxila em paciente não-sindrômico: Relato de caso e revisão de literatura

Bilateral dentigerous cyst maxillary in non-syndromic patient: Case report and review of literature

Autores:

Julierme Ferreira Rocha^I, Theresa Hortênsia Leandro Carvalho^{II}, Eduardo Hochuli-Vieira^{III}, Eduardo Sanches Gonçalves^{IV}

^I Professor Mestre, Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

^{II} Estudante de Odontologia, Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

^{III} Professor Doutor, Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade do Estado de São Paulo (UNESP) “Júlio de Mesquita Filho” – Araraquara, São Paulo, Brasil.

^{IV} Professor Doutor, Departamento de Cirurgia Maxilofacial e Traumatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), Bauru, Brasil.

Endereço para correspondência:

Julierme Ferreira Rocha – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos - Paraíba – Brasil.

Email: juliermerocha@hotmail.com

RESUMO

O cisto dentígero é o cisto odontogênico mais comum associado aos dentes total ou parcialmente inclusos, de caráter benigno, apresentando frequentemente localização unilateral, com maior incidência na região de terceiros molares inferiores, predileção por indivíduos do gênero masculino com faixa etária entre segunda e terceira décadas de vida. Sua ocorrência bilateral é rara e comumente associada a síndromes. O objetivo deste trabalho é reportar um caso clínico de cisto dentígero bilateral na região anterior da maxila. Paciente do gênero feminino, 43 anos, apresentou-se à Clínica de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo com queixa da ausência dos dentes caninos superiores. O exame radiográfico mostrou a inclusão dos dentes 13 e 23 e duas lesões radiolúcidas uniloculares e independentes associadas com a coroa dos dentes. Foi realizada biópsia incisiva, sendo o diagnóstico de cisto dentígero. O tratamento proposto foi a enucleação cirúrgica dos cistos e a exodontia dos dentes 13 e 23, sob anestesia geral. No pós-operatório, a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem sinais de recidiva da lesão.

Palavras-chave: Cisto dentígero. Dente incluído. Tomografia computadorizada de feixe cônico.

ABSTRACT

The dentigerous cyst is the most common odontogenic cyst associated with fully or partially impacted teeth, benign, often with unilateral location, with higher incidence in the region of lower third molars, predilection for male individuals aged between second and third decades of life. Their bilateral occurrence is rare and usually associated with syndromes. The objective of this work is to report a case of bilateral dentigerous cyst in the anterior maxilla. Female patient, 43 years old, presented to the Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry of Bauru, University of São Paulo with complaints of absence of the upper canine teeth. Radiographic examination showed the inclusion of teeth 13 e 23:02 unilocular radiolucent lesions associated and independent with the crown of the teeth. Incisional biopsy was performed and the diagnosis of dentigerous cyst. The proposed treatment was surgical enucleation of the cyst and the extraction of teeth 13 and 23 under general anesthesia. Postoperatively, the patient recovered uneventfully, with no signs of recurrence.

Keywords: Dentigerous cyst. Impacted tooth. Cone-beam computerized tomography.

INTRODUÇÃO

O cisto dentífero (CD) é o cisto odontogênico mais frequente associado aos dentes total ou parcialmente inclusos, perfazendo 30% de todos os cistos odontogênicos. Clinicamente, é assintomático, sendo descoberto na grande maioria das vezes em exames radiográficos de rotina para determinar a razão da falha na erupção de um dente. Radiograficamente, caracteriza-se por uma imagem frequentemente unilocular bem delimitada associada à coroa de um dente incluso. Histologicamente, apresenta-se como uma cavidade patológica, revestida por epitélio pavimentoso estratificado, com poucas camadas de células, não ceratinizado, com presença de corpúsculos hialinos. A cápsula fibrosa pode apresentar cordões de epitélio odontogênico e calcificações distróficas. A marsupialização e/ou enucleação são as modalidades terapêuticas de escolha, com a exodontia ou tracionamento ortodôntico do dente incluso associado¹⁻⁴.

CD bilaterais são raros e ocorrem tipicamente em associação com uma síndrome como a displasia Cleidocraniana⁵, síndrome de Maroteaux-Lamy (mucopolissacaridose tipo VI)⁶, pacientes em uso da Ciclosporina⁷ e pacientes com a síndrome do carcinoma nevíde basocelular e Síndrome de Gardner. A ocorrência de CD bilaterais na maxila, na ausência de uma síndrome, é rara^{8,9}.

O objetivo deste trabalho é reportar um caso clínico de cisto dentífero bilateral na região anterior da maxila em paciente não-sindrômico associado com caninos superiores inclusos¹².

RELATO DE CASO

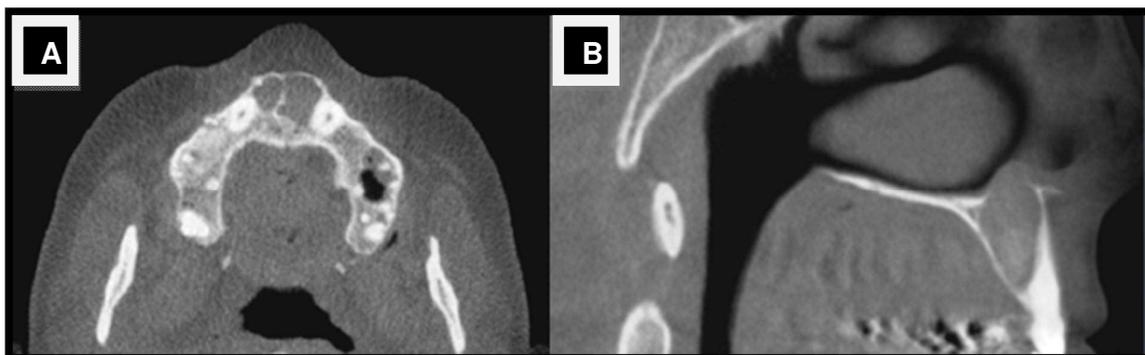
Paciente gênero feminino, saudável, leucoderma, 43 anos, apresentou-se à Clínica de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo referida pelo clínico geral por não apresentar os caninos superiores. Ao exame clínico constatou-se que os elementos dentários 13 e 23 não se apresentavam no arco dentário e as demais estruturas orofaciais se encontravam dentro do padrão de normalidade (Figura 1). Ao exame radiográfico oclusal total de maxila, foi possível visualizar a inclusão dentária dos dentes 13 e 23, sendo perceptível um halo radiolúcido associado com a coroa de cada dente, na altura da linha cemento-esmalte. Realizou-se tomografia computadorizada por feixe cônico (TCFC) para melhor avaliação da localização e extensão da lesão. O aspecto tomográfico foi característico, entretanto, foi possível identificar projeção para o interior da fossa nasal devido expansão do assoalho (Figuras 2A e2B). A paciente não referia dor ou dificuldade de respirar. Os exames físico e laboratoriais se encontravam dentro da normalidade e a paciente não apresentava qualquer outra alteração sugestiva associação com síndrome.

Figura 1: Aspecto clínico intra-oral evidenciando a ausência dos elementos dentários 13 e 23 no arco dentário.



Fonte: Arquivo do autor.

Figura 2: **A:** Corte axial evidenciando imagem hipodenso unilocular associado aos elementos dentários 13 e 23. **B:** Corte sagital observando a projeção de imagem hipodenso para o interior da fossa nasal devido expansão da cortical óssea.

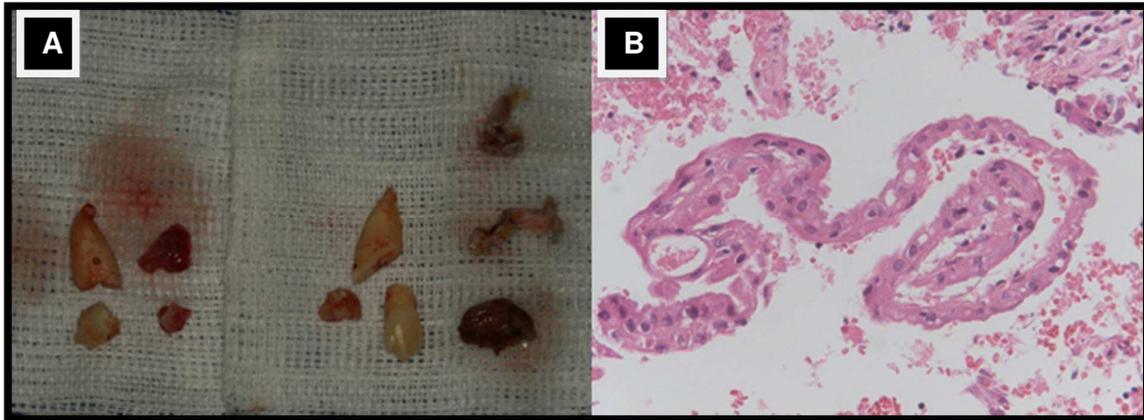


Fonte: Arquivo do autor.

Optou-se pela realização de biópsia incisional na região dos elementos dentários 13 e 23, sob anestesia local, sendo aspirado líquido serossanguinolento. Ao exame histopatológico, observou-se cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso. Subjacente, notou-se tecido conjuntivo fibroso de aspecto capsular, apresentando infiltrado inflamatório difuso, vasos sanguíneos e área hemorrágica, sendo diagnosticado como cisto dentífero.

O planejamento cirúrgico foi de enucleação seguida de exodontia dos dentes 13 e 23. O procedimento cirúrgico de enucleação dos cistos e a exodontia dos dentes 13 e 23 foi realizada sob anestesia geral, sendo conduzido sem intercorrências (Figura 3A). O exame histopatológico confirmou o diagnóstico inicial (Figura 3B). No pós-operatório mediato, a paciente referiu falta de sensibilidade dos dentes ântero-superiores, havendo recuperação total da sensibilidade após oito meses. No pós-operatório de cinco anos, a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem queixas e sem sinais de recidiva da lesão (Figuras 4).

Figura 3: **A:** Aspecto macroscópico dos dentes 13 e 23 e da cápsula cística. **B:** cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso e subjacente a este, um tecido conjuntivo fibroso de aspecto capsular, com infiltrado inflamatório difuso, vasos sanguíneos e área hemorrágica, confirmando diagnóstico de cisto dentígero (aumento de 40X).



Fonte: Arquivo do autor.

Figura 4: Radiografia panorâmica no pós-operatório de 05 anos.



Fonte: Arquivo do autor.

DISCUSSÃO

No presente caso, reportou-se um CD bilateral em região anterior da maxila, em paciente do gênero feminino na quinta década de vida, que procurou assistência odontológica devido à ausência dos dentes caninos maxilares. Os cistos dentígeros estão entre os cistos odontogênicos mais comuns, compreendendo cerca de 30% dos cistos epiteliais dos maxilares, sendo o segundo cisto de maior ocorrência. Acometem indivíduos do gênero masculino com faixa etária na segunda e terceira décadas de vida e associam-se, frequentemente, aos terceiros molares mandibulares inclusos, sendo o envolvimento unilateral mais comum^{10, 11}. Mais de 70% dos CD localizados na maxila tendem a envolver a região anterior. A maioria dos pacientes que se encontram nessa faixa etária está sendo submetida a tratamento ortodôntico². Esse fato pode explicar dois pontos: primeiro nesse grupo de indivíduos se realizam mais exames por imagem de rotina, bem como é o período de erupção cronológica dos terceiros molares mandibulares e dos caninos maxilares; segundo, esse período da vida é o momento em que a maior parte dos pacientes é submetida à cirurgia para remoção dos dentes inclusos, em especial os terceiros molares mandibulares.

CD bilaterais são raros e, normalmente, a associação com uma síndrome é relatada nesses casos^{8,9}. A Tabela 01 resume os casos reportados na literatura de CD maxilares duplos em paciente não-sindrômico¹²⁻¹⁵. A busca foi realizada nas bases de dados *Pubmed* e *Sciencedirect* com os termos *dentigerous cyst bilateral*, *maxillary dentigerous cyst bilateral*, *dentigerous cyst multiple*, and *maxillary dentigerous cyst multiple* encontrando-se, respectivamente, 479 e 672 artigos em periódicos. Os relatos repetidos e os casos de CD bilateral localizados unicamente na mandíbula ou com envolvimento simultâneo da maxila e mandíbula não foram

incluídos na Tabela 01. Considerando-se o título do trabalho e o abstract, foram selecionados 04 relatos de casos de CD duplo maxilar em paciente não-sindrômico. Para o nosso conhecimento, este é o segundo caso relatado na literatura de CD bilateral envolvendo os caninos maxilares em paciente não-sindrômico¹².

A paciente não referia nenhuma sintomatologia e o exame intra e extra-oral mostrou as estruturas orais e maxilofaciais dentro da normalidade. O aumento de volume assintomático é o sinal clínico mais comum e a pouca agressividade do CD leva ao diagnóstico da lesão em exames imagiológicos de rotina. As radiografias intra-orais (periapical e oclusal) e a radiografia panorâmica são usadas para esse propósito. Radiograficamente, os CD são lesões radiolúcidas frequentemente uniloculares delimitadas por uma margem periférica esclerótica, associadas com a coroa de um dente incluso^{8, 11, 12}. Em casos de CD com localização rara e/ou sintomatologia clínica incomum (obstrução nasal, alterações oculares, parestesia, epífora), lesões de tamanhos imprecisos, relação com as corticais ósseas e estruturas nobres (seio maxilar, fossa nasal, canal da mandíbula), a utilização da tomografia computadorizada é essencial^{8, 16}. A tomografia computadorizada por feixe cônico mostrou projeção do CD para a fossa nasal, sendo possível observar aumento de volume discreto na região anterior. O assoalho nasal apresentava-se parcialmente reabsorvido, porém a paciente não referia dificuldade respiratória, anosmia ou parestesia.

A idade, o tamanho dos cistos, a completa formação radicular e a pouca colaboração da paciente foram critérios para definir o tratamento, consistindo de enucleação dos CD e extração dos dentes caninos maxilares. A marsupialização e/ou enucleação do CD e o tracionamento ou erupção espontânea dos dentes associados deve ser considerado como opção primária^{2,17,18}. Para o tracionamento

deve-se considerar a idade do paciente, profundidade e inclinação do dente nos ossos maxilares, estágio de formação radicular, tamanho do cisto e presença de espaço no arco dentário. Na impossibilidade de aproveitamento dos dentes inclusos, a enucleação do cisto e a exodontia dos dentes associados são fundamentais, devido a possibilidade de transformação maligna da linhagem epitelial dos CD ¹⁹. Cerca de 53% dos ameloblastomas surgem da linhagem epitelial dos cistos dentígeros²⁰. Ensaio clínico prospectivo que relacionam o tracionamento ortodôntico de dentes inclusos associados a patologias (cistos e tumores) em pacientes com idade avançada são necessários para se estabelecer as variáveis que influenciam o sucesso ou insucesso do tratamento.

Tabela 01: CD duplo com envolvimento maxilar em pacientes não-sindrômicos

Autores (ano)	Gênero*	Idade (anos)	Localização e dentes associados	Sinais ou sintomas	Tratamento
Henefer, (1964)	F	52 anos	Área posterior da maxila - 18/28	Ausentes	Enucleação e exodontia dos dentes associados
Ustuner et al., (2003)	M	06 anos	Região anterior da maxila - 13/23	Aumento de volume na pré-maxila	Não especificado
Tournas et al., (2006)	F	04 anos	Região posterior da maxila direita – NE**	Aumento de volume facial e na parede nasal lateral direita, obstrução nasal	Enucleação e exodontia dos dentes associados
Prabhakar & Sandhu (2011)	M	10 anos	Região anterior da maxila - 11/23	Aumento de volume na pré-maxila	Enucleação e exodontia dos dentes associados

*F: Feminino; M: Masculino

**NE: Dentes envolvidos não especificados

REFERÊNCIAS

1. Ertas U, Yavuz MS. Interesting eruption of 4 teeth associated a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg* 61:728, 2003.
2. Hyomoto M, Kawakami M, Inoue M, Kitita T. Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cyst. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 124:515, 2003.
3. Kim SG, Yang BE, Oh SH, Min SK, Hong SP, Ghoi JY. The differential expression pattern of BMP-4 between the dentigerou cyst and the odontogenicjeratocyst. *J Oral Pathol Med* 34:178, 2005.
4. Thosaporn W, Iamaroon A, Pongsiriwet S, Ng KH. A comparative study of epithelial cell proliferation between the odontogenickeratocyst, orthokeratinizedodontogenic cyst, dentigerous cyst and ameloblastomas. *Oral Dis.*10:22, 2004.
5. Trimble LD, West RA, Mcneill RW. Cleidocranial Dysplasia. comprehensive treatment of the dentofacial abnormalities. *J Am Dent Assoc.* 105: 661, 1982
6. Roberts MW, Barton NW, Constantopoulos G. Butier DP, Donahue AH. Ocorrence of multiple dentigerouscyst in a patient with the Maroteaux-Lamy syndrome (mucopolysaccharidosis, type VI). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 58:169, 1984.
7. De-Biase A, Ottolenghi L, Polimeni A, Benvenuto A, Lubrano R, Magliocca FM. Bilateral mandibular cysts associated with cyclosporine use: a case report. *Pediatr Nephrol.* 16:993, 2001.

8. Freitas DQ, Tempest LM, Sicoli E, Lopes Neto FC. Bilateral dentigerous cysts: review of the literature and report of an unusual case. *Dentomaxillofac Radiol.* 35:464, 2006.
9. Ko KS, Dover DG, Jordan RC. Bilateral dentigerous cysts--report of an unusual case and review of the literature. *J Can Dent Assoc.* 65:49, 1999.
10. Ledesma-Montes C, Hernández-Guerrero JC, Garcés-Ortíz M. Clinico-pathologic study of odontogenic cysts in a mexican sample population. *Arch Med Res* 31:373, 2000.
11. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Jankowski D, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. *Int. J Oral Maxillofac Surg* 39: 878, 2010.
12. Ustuner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 95:632, 2003.
13. Henefer EP. Bilateral dentigerous cysts of the maxilla: Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 17:296, 1964.
14. Tournas AS, Tewfik MA, Chauvin PJ, Manoukian JJ. Multiple unilateral maxillary dentigerous cysts in a non-syndromic patient: A case report and review of the literature. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* 1:100, 2006.
15. Prabhakar V, Sandhu SV. Nonsyndromic bilateral maxillary dentigerous cysts: Review of literature and report of an unusual case. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* 6:5, 2011.

16. Akyol UK, Salman IA. A case of an extensive dentigerous cyst in the maxillary sinus leading to epiphora and nasal obstruction. *J Emerg Med* 43:1004, 2012.
17. Sain DR, Hollis WA, Togrye AR. Correction of a superiorly displaced impacted canine due to a large dentigerous cyst. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 102:270, 1992.
18. Takagi S, Koyama S. Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 6-year-old child. *J Oral Maxillofac Surg* 56:237, 1998.
19. Yasuoka T, Yonemoto K, Kato Y, Tatematsu N. Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 58:900, 2000.
20. Kahn MA. Ameloblastoma in young persons: A clinicopathologic analysis and etiologic investigation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 67:706, 1989.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O correto diagnóstico das afecções que atingem a região oral e maxilofacial consiste em conduta indispensável ao estabelecimento de apropriado tratamento. A abordagem conservadora de lesões císticas, especificamente o cisto dentígero, oferece resultados satisfatórios em decorrência do comportamento pouco agressivo dessa patologia.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

10632


Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA

NOME: Roseli Janine de Jesus EST. CIVIL: Solteira IDADE: 43
 DATA NASCIMENTO: 12/05/66 LOCAL NASC: Silveira UF: SP
 NACIONALIDADE: Brasileira SEXO: F COR: Brancopreso ALTURA: 1,53
 OCUPAÇÃO: clá. lab. PROCEDÊNCIA: ZONA URBANA ZONA RURAL
 ENDEREÇO: Maria de Deus Nº 940
 CIDADE: Bauru UF: SP FONE: (14) 3211-9366
9737-3362 ou 9332-3031 (FIM)

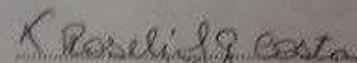
AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou plena consentimento à FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU-USP para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados na campo dessa especialidade.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínico e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta FACULDADE, à qual dou plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou em revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Bauru, 19 de 08 de 2007

CLASS. SOCIAL:
 ASS. SOCIAL:


 Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO B – Normas para Publicação – Journal of Oral and Maxillofacial Surgery

Informed Consent and Patient Details

Figures must be numbered and cited in the text in order, and all patient-identifying information must be removed or masked. Signed patient releases must accompany manuscripts in which there are photos of identifiable patients (unless eyes are masked to prevent identification). Release forms can be downloaded from the Web site during the submission process.

The JOMS uses EES, an online, electronic submission system. The Web site, <http://ees.elsevier.com/joms>, guides authors through the submission process. Authors must specify the article type (full length article, case report, etc.) and select from a set of classifications provided online.

The following statements MUST be included in the Cover Letter:

"In consideration of the Journal of Oral and Maxillofacial Surgery taking action in reviewing and editing my (our) submission, the author(s) undersigned hereby transfer(s), assign(s), or otherwise convey(s) all copyright ownership to the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons in the event that such work is published in the JOURNAL OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY. The undersigned author(s) understands that if the manuscript is accepted, the Editors reserve the right to determine whether it will be published in the print edition or solely in the Internet edition of the Journal. Articles accepted for publication are subject to editorial revision."

Permission of original author and publisher must be obtained for direct use of material (text, photos, drawings) under copyright that is not your own. (Up to 100 words of prose material usually may be quoted without obtaining permission, provided the material quoted is not the essence of the complete work.)

Authors are responsible for applying for permission for both print and electronic rights for all borrowed materials and are responsible for paying any fees related to the applications of these permissions.

Original articles are considered and accepted for publication on the condition that they have not been published in another journal or are not currently submitted or accepted for publication elsewhere. The Editor reserves the right to

edit manuscripts to fit the space available and to ensure conciseness, clarity, and stylistic consistency.

Case reports. Routine case reports add little to our knowledge, but may be published if the report:

1) contains new information; for example, new disease process, diagnostic technique or maneuver, treatment, or operative approach; or 2) contains information that needs to be reinforced periodically; or 3) includes a comprehensive review on a topic requiring an updated review; or 4) is of an extremely unusual case.

Submissions to Perspective Section: Perspective articles represent succinct opinion pieces that address various topics of relevance to oral-maxillofacial surgeons. These topics may include, for example, public policy, patient safety, health care or surgical trends, government actions, and commentaries on other subjects. Articles in this section are limited to no more than 1200 words, no more than 1 figure or table, and no more than 5 references. Articles accepted for publication do not necessarily represent the views of the AAOMS or the editorial staff. (Perspective articles do not require an abstract).

Correspondence. Authors may send queries concerning the submission process, manuscript status, or journal procedures to the Editorial Office at joms@aaoms.org. All correspondence, including the Editor's decision and request for revisions, will be via e-mail.

Letters to the Editor may be directed to the Editor-in-Chief:

Dr James R. Hupp, Professor of Oral-Maxillofacial Surgery East Carolina University School of Dental Medicine and must be submitted via the EES system to be considered (<http://ees.elsevier.com/joms>).

Letters to the Editor should be in reference to a specific article or editorial that has been published by the JOMS on which you would like to comment; letters must be under 500 words (body of the letter, not including the references). One figure may accompany the letter if it is essential to understanding the subject. Please limit the number of references to fewer than 5.

Letters must be submitted within 8 weeks of the article's print publication or for online-only articles, within 8 weeks of the date of the print issue to which they appear in the table of contents.

Submit your article

Please submit your article via <http://ees.elsevier.com/joms>.

PREPARATION

Articles, including all tables, must be formatted in a recent version of Microsoft Word; the manuscript and references must be double-spaced. The use of appropriate subheadings throughout the body of the text (Abstract, Introduction, Methods, Results, and Discussion sections) is required. For ideas and suggestions to aid preparation of clinical research papers, consider this reference: Dodson TB.

A guide for preparing a patient-oriented research manuscript. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 104:307, 2007.

A Title Page must be included with each article that lists the title; the authors' names, degrees and affiliations; and complete mailing address and telephone number, fax number and e-mail address for the corresponding author. Titles of articles should be descriptive and concise.

Abstracts are required for full-length articles, review articles, and case reports. Structured abstracts should be submitted for full-length and review articles in the following format and must be limited to 300 words (case report abstracts should not be structured):

Purpose: One sentence background (if necessary) and one sentence purpose stated as a declarative sentence or as a research question:

The investigators hypothesized [insert hypothesis statement].

Given the audience, commonly a background sentence is not necessary as it will be evident from the study purpose or research questions.

Methods: This can be as short as 5 or 6 declarative sentences:

The investigators implemented a [insert type of study design]. The sample was composed of [describe eligible sample]. The predictor variable was... The outcome variable was... Other study variables were... Descriptive and bivariate statistics were computed and the P value was set at .05.

Results: This section can be as short as 2 sentences: The sample was composed of [insert sample size and a few representative descriptive statistics such as age and sex and any key differences between the study groups]. There was a statistically significant association between [insert the predictor and outcome variables and report

the key statistics with *P* values and appropriate confidence intervals] after adjusting for [list other variables].

Conclusion: Example:

The results of this study suggest [insert key conclusion(s)]. Future studies will focus on [insert future research plans as indicated].

Abstract Example (Hypothesis driven patient-oriented research)- Comparative Effectiveness of Maxillomandibular Advancement and Uvulopalatopharyngoplasty for the Treatment of Moderate to Severe Obstructive Sleep Apnea Scott B. Boyd, DDS, PhD, Arthur S. Walters, MD, Yanna Song, MS, Lily Wang, PhD *Purpose* To directly compare the clinical effectiveness of maxillomandibular advancement (MMA) and uvulopalatopharyngoplasty (UPPP)—performed alone and in combination—for the treatment of moderate to severe obstructive sleep apnea (OSA).

Patients and Methods

The investigators designed and implemented a retrospective cohort study composed of patients with moderate to severe OSA (baseline AHI >15). The predictor variable was operative treatment and included MMA, UPPP, and UPPP followed by MMA (UPPP/MMA). The primary outcome variable was the apnea-hypopnea index (AHI) measured preoperatively and 3 months to 6 months postoperatively.

Other variables were grouped into the following categories: demographic, respiratory, and sleep parameters. Descriptive and bivariate statistics were computed.

Results

The sample was composed of 106 patients grouped as follows: MMA (*n* = 37), UPPP (*n* = 34), and UPPP/MMA (*n* = 35) for treatment of OSA. There were no significant differences between the 3 groups for the study variables at baseline, except for AHI. Surgical treatment resulted in a significant decrease in AHI in each group: MMA (baseline AHI, 56.3 ± 22.6 vs AHI after MMA, 11.4 ± 9.8 ; *P* < .0001), UPPP/MMA (baseline AHI, 55.7 ± 49.2 vs AHI after UPPP/MMA, 11.6 ± 10.7 ; *P* < .0001), and UPPP (baseline AHI, 41.8 ± 28.0 vs AHI after UPPP, 30.1 ± 27.5 ; *P* = .0057). After adjusting for differences in baseline AHI, the estimated mean change in AHI was significantly larger for MMA compared with UPPP (MMA AHI, -40.5 vs UPPP AHI, -19.4; *P* = < .0001). UPPP/MMA was no more effective than MMA (*P* = .684).

Conclusion

The results of this study suggest that MMA should be the surgical treatment option of choice for most patients with moderate to severe OSA who are unable to adequately adhere to CPAP.

Graphical abstract

A Graphical abstract is optional and should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership online. Authors must provide images that clearly represent the work described in the article. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. See <http://www.elsevier.com/graphicalabstracts> for examples. Authors can make use of Elsevier's Illustration and Enhancement service to ensure the best presentation of their images also in accordance with all technical requirements: Illustration Service.

Acknowledgments. Only persons who have made significant contributions to an article may be acknowledged.

Figures/Illustrations. Color art and color photography submissions are strongly encouraged.

Figures must be submitted electronically as separate files (not embedded in the manuscript file). Use arrows or other indicators to point out key findings in images or photomicrographs. Images must be high-resolution digital illustrations (EPS or TIFF files): line artwork = minimum of 1,000 dpi; halftone artwork (photographic/continuous tone) = minimum of 300 dpi; combination artwork (line/tone) = minimum of 500 dpi; recommended dimensional size is a minimum of 5 × 7 inches. PowerPoint or other presentation software are not of sufficient quality for publication. Authors may contact Elsevier for more information or should download a copy of the Specifications for Supplying Digital Artwork from External link <http://www.elsevier.com/artwork>. This provides detailed information on file formats, artwork guidelines, and color.

Legends. All figures require a legend. For photomicrographs, magnification and stain must be specified. Please use arrows or some other indicator to point out the key

findings in the figures. A list of figure legends must appear after the References and Tables, in Microsoft Word.

Tables. Each table in the manuscript should stand alone and be interpreted without referencing the text of the manuscript. As such, tables must be logically organized and supplement the article. Where possible, consider summarizing the information as text in the manuscript rather than using a table.

Tables should include descriptive titles. Tables must be numbered consecutively and cited in the text in order. Title and footnotes must be on the same page with the table. Use of footnotes is encouraged to explain abbreviations and symbols used in the table. Do not draw vertical rules in tables. Tables must follow the references in the manuscript document and be in Microsoft Word.

References. (type with double spacing). References must be cited in numerical order in the text. Bibliographies and reading lists may not be submitted. For journal references, give the author's name, article title, journal name as abbreviated in Index Medicus, volume, pagination, and year, for example:

Boyd SB, Walters AS, Song Y, Wang L: Comparative effectiveness of maxillomandibular advancement and uvulopalatopharyngoplasty for the treatment of moderate to severe obstructive sleep apnea. *J Oral Maxillofac Surg* 71:743, 2013

For books, give the author's name, book title, location and name of publisher, and year of publication (exact page numbers are required for direct quotations), for example:

Bagheri, SC: *Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery: A Case-based Approach*. 2nd Ed. St. Louis, MO, Mosby, 2013, pp 48-57, 60 *Journal abbreviations source* Journal names should be abbreviated according to the List of Title Word Abbreviations:

<http://www.issn.org/services/online-services/access-to-the-ltwa/>.

Video and Computer Graphics. Authors are encouraged to submit videos and computer-generated graphics; eg, a slide presentation with or without animation and sound. Authors who wish to supply such material should notify the editors in the Cover Letter and in the Author Comments of the online submission. Although the publisher will not edit any video or computer graphic, editors and reviewers may suggest changes. All patient-identifying information must be removed or masked. The maximum length of a video or computer graphic is 8 minutes. Longer submissions may be divided into smaller clips, each of which should be identified at the beginning

of the section (eg Video Clip 1, graphic 10). A concise legend for each videoclip or computer graphic presentation must be included with the manuscript. Videos are to be submitted in MEG-1 or MPEG-2 (*.mpg) or QuickTime (*.mov) format. More detailed instruction can be found at External link <http://www.elsevier.com/artwork>.

AudioSlides The journal encourages authors to create an AudioSlides presentation with their published article. AudioSlides are brief, webinar-style presentations that are shown next to the online article on ScienceDirect. This gives authors the opportunity to summarize their research in their own words and to help readers understand what the paper is about. More information and examples are available at External link <http://www.elsevier.com/audioslides>. Authors of this journal will automatically receive an invitation e-mail to create an AudioSlides presentation after acceptance of their paper.

AAOMS Disclosure Statement Regarding Dual Commitment

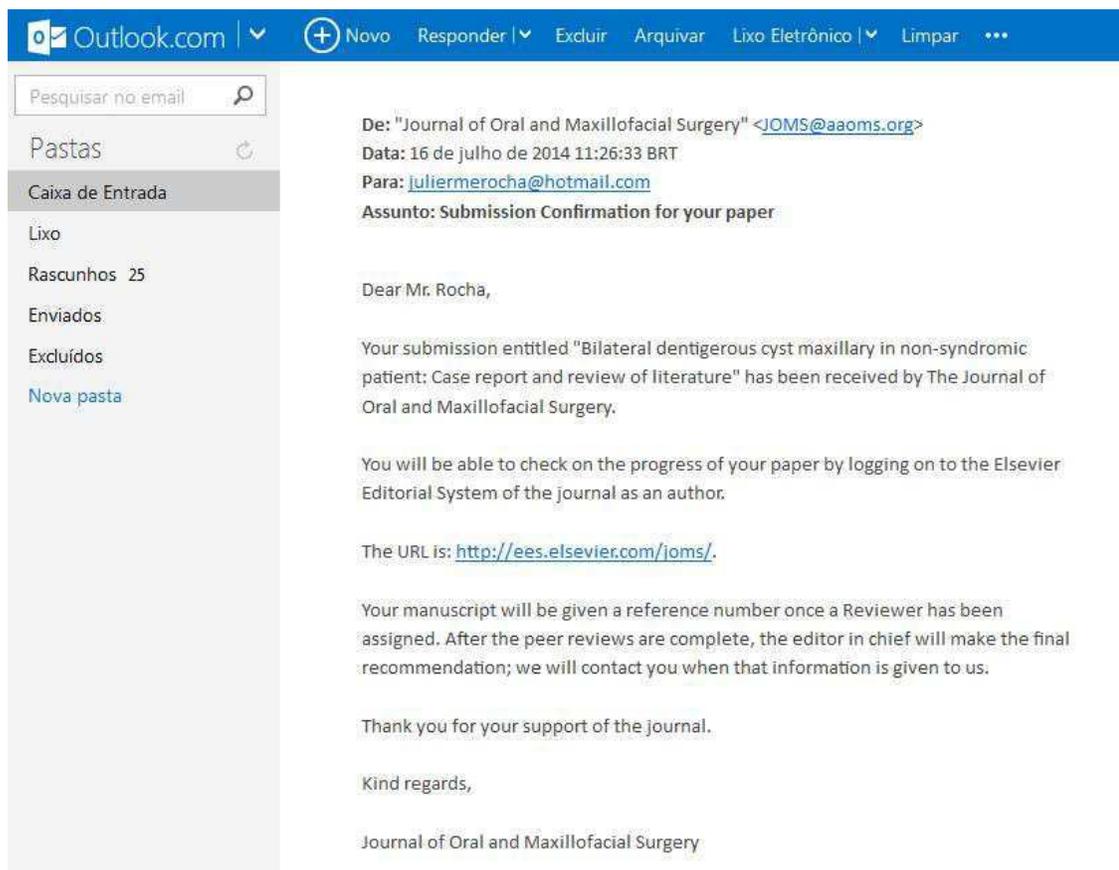
The *JOMS* requires that a completed **AAOMS disclosure statement** signed by ALL authors be submitted with the article.

Checklist for authors:

- _Cover letter (including copyright statements, disclosures).
- _Title page (including authors' information).
- _Manuscript (including abstract, article, references, tables and figures legends---all in Microsoft Word format).
- _Statement of IRB in the Methods and Materials section.
- _Figures (individually submitted as separate files).
- _AAOMS Disclosure Statement.
- _Patient release forms for photographs.

Correspondence. Authors may send queries concerning the submission process, manuscript status, or journal procedures to the Editorial Office at joms@aaoms.org. All correspondence, including the Editor's decision and request for revisions, will be via e-mail.

ANEXO C – Carta de Submissão do Artigo Científico



Outlook.com | Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrônico | Limpar ...

Pesquisar no e-mail

Pastas

- Caixa de Entrada
- Lixo
- Rascunhos 25
- Enviados
- Excluídos
- Nova pasta

De: "Journal of Oral and Maxillofacial Surgery" <JOMS@aaoms.org>
Data: 16 de julho de 2014 11:26:33 BRT
Para: juliermerocha@hotmail.com
Assunto: Submission Confirmation for your paper

Dear Mr. Rocha,

Your submission entitled "Bilateral dentigerous cyst maxillary in non-syndromic patient: Case report and review of literature" has been received by The Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System of the journal as an author.

The URL is: <http://ees.elsevier.com/joms/>.

Your manuscript will be given a reference number once a Reviewer has been assigned. After the peer reviews are complete, the editor in chief will make the final recommendation; we will contact you when that information is given to us.

Thank you for your support of the journal.

Kind regards,

Journal of Oral and Maxillofacial Surgery