



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**GLÁUCIA FERNANDES DOS SANTOS**

**CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR: RELATO  
DE CASO**

UBERLÂNDIA

2018

GLÁUCIA FERNANDES DOS SANTOS

**CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR: RELATO  
DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduada em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Gabriella Lopes de Rezende Barbosa

UBERLÂNDIA

2018

***“Quem me dera agora que as minhas palavras fossem escritas! Quem me dera, fossem gravadas num livro. E que, com pena de ferro, e com chumbo, para sempre fossem esculpidas na rocha. Porque eu sei que o meu Redentor vive, e que por fim se levantará sobre a terra.”***

***(Jó 19.23 – 25)***

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus eterno, imortal, cheio de todo poder e graça, sejam honra glória e louvor. Sem esse ser maior, eu nem seria quem sou. Obrigada Senhor Jesus, quero seguir seus passos, sendo guiada enquanto viver por teu impressionante amor.

Agradeço aos meus pais, minha base, a minha mãe, Lênis Fernandes dos Santos, a qual me deu seu ventre para ser formada, sua casa para me abrigar, e seu coração para morar. Mamãe, nem todas as palavras do mundo fazem jus a minha gratidão. Amo você, quero que se lembre disso sempre que a dificuldade vier. Ao meu pai, Olimpio Barbosa que tanto trabalhou para me tornar uma pessoa idônea. Obrigada, você provou que não são apenas livros que formam pessoas. Meus irmãos Júnior e Talita, vocês são uma extensão de mim, sempre serão meus pequenos irmãozinhos que mamãe me pediu pra cuidar, e eu não abro mão disso. Tia Amélia, que tantas vezes me emprestou seus ouvidos, sua paciência e muito mais. Te amo tia.

Tenho amigas de longa data, que não trocaria por tesouro algum, são vocês, Paloma, Kézia, lully e Geovana. A distância nunca vai ser capaz de compreender os segredos de amizades como a nossa. Obrigada amigas, é difícil quantificar meu amor por vocês. Mariana, minha querida Mari, ter você nessa graduação tornou a caminhada mais fácil, obrigada por tudo. Ana Claudia, não tenho palavras para descrever o quanto você tem sido imprescindível nessa jornada, quero sempre poder ter você perto de mim.

Ao meu querido e amado Daniel, que nem em meus melhores sonhos imaginaria conhecer. Você tem sido meu amigo mais fiel, o companheiro de todas as horas, a pessoa que me faz enxergar além, e que mesmo em meio a uma tempestade, me equilibra e me faz ver que vai ficar tudo bem. Obrigada por me aproximar de Deus, seus conselhos e ensinamentos me fazem querer ser alguém melhor, conte comigo, com você quero chegar bem mais longe e alçar vôos bem mais altos.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha querida orientadora Gabriella Lopes de Rezende Barbosa, que apesar de poder ser confundida com uma aluna da graduação, possui um conhecimento que me encanta. Obrigada por me orientar e ajudar a subir mais um degrau para alcançar meu sonho, que seu conhecimento e profissionalismo possam atingir mais e mais pessoas.

Aos todos os meus professores, que embora pensem estar fazendo apenas seu trabalho, nunca irão mensurar o bem que fazem e todo o conhecimento que passam. Em especial professor Sérgio, que como muitos dizem, é um pai. Professores João César, Paulo Quagliatto, Paulo Simamoto, Adriano, Roberto Bernardino, Lair, Marcio Teixeira, Fabio Mitri, e tantos outros que apesar de não nominar, nunca serão esquecidos por mim. Professoras amadas; Alessandra, Fabi, Leticia Davi, Juliana Faquin, Ludmila, Liliane Tannus, Rossana Ono, Marlete e outras queridas mulheres que estão revolucionando a história da educação. Todos vocês estão caminhando e deixando pegadas, que mais tarde se tornarão seu legado. Obrigada por ajudarem a literalmente me formar.

De forma geral, quero agradecer a todos que de alguma forma me apoiaram, torceram por mim, vibraram a cada conquista minha. Oro para que o Senhor recompense a cada um, mostrando que nós fazemos nossa jornada, e nossas escolhas de hoje, determinarão quem seremos no amanhã.

## SUMÁRIO

Resumo	07
Abstract	08
Introdução	09
Relato de Caso	12
Discussão	18
Conclusão	21
Referências bibliográficas	22

## RESUMO

O Cisto Odontogênico Glandular (COG) é um tipo de lesão odontogênica benigna rara que foi descrita pela primeira vez em 1987. É definido como um cisto que surge nas áreas de erupção dos dentes em ambas arcadas, caracterizado por um epitélio formado por células cuboides ou colunares, ambas na superfície e criptas dentro da espessura do epitélio. Surge com maior frequência na região anterior da mandíbula, em adultos acima de 40 anos, com predisposição pelo gênero masculino. Tende a recorrer, possui crescimento lento e aparecem como um aumento de volume assintomático. Este trabalho relata o caso de um paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, que foi encaminhado à UFU após ter procurado clínica particular para reabilitação com prótese sobre implante. A lesão foi descoberta no exame radiográfico panorâmico para planejamento dos implantes. Ao exame clínico intraoral observou-se aumento de volume mandibular do lado direito. Nas imagens panorâmica e tomográfica de feixe cônico visualizava-se uma lesão radiolúcida, unilocular e bem delimitada, se estendendo da região de sínfise ao primeiro molar inferior direito. Foi realizada biópsia incisional e marsupilização da lesão, obtendo-se o diagnóstico final de cisto odontogênico glandular. Depois de cinco meses foi realizada a enucleação e curetagem da lesão. Realizou-se nova tomografia computadorizada três meses após a enucleação e observou-se neoformação óssea na região, sem indícios de recidiva da lesão. O paciente segue em acompanhamento semestral na clínica de diagnóstico.

Palavras chave: Cistos Odontogênicos, Diagnóstico, biópsia

## ABSTRACT

Glandular Odontogenic Cyst (GCO) is a rare benign odontogenic lesion that was first described in 1987. It is defined as a cyst arising in the areas of eruption of teeth in both arches, characterized by an epithelium formed by cuboid or columnar cells, both on the surface and crypts within the thickness of the epithelium. It occurs more frequently in the anterior region of the mandible, in adults over 40 years of age, predisposed by the male gender. It tends to recur, has slow growth and appears as an asymptomatic swelling of the jaw. This report presents a case of a male patient, 58 years old, who was referred to the University after attending a private practice for rehabilitation with implant prosthesis. The lesion was discovered in the panoramic radiography for implant planning. An intraoral clinical examination revealed right mandibular swelling. In panoramic and cone beam computed tomography images, a radiolucent, unilocular and well defined lesion was observed, extending from the midline region to the first right lower first molar. Incisional biopsy and marsupialization of the lesion were performed, obtaining the diagnosis of glandular odontogenic cyst. After five months, enucleation and curettage of the lesion were performed. Three months after enucleation, a new CBCT scan was performed and it could be observed new bone formation in the region, with no evidence of recurrence. The patient is followed up every six months in the oral diagnosis clinic.

Key words: Odontogenic cysts, Diagnosis, Biopsy

## INTRODUÇÃO

O Cisto Odontogênico Glandular (COG) é um tipo de lesão odontogênica benigna rara que foi descrita pela primeira vez por Padaayache e Van Wyk em 1987, sob o termo de cisto “sialo-odontogênico”, que outrora, também veio a ser denominada de cisto odontogênico produtor de muco. Esses autores no decorrer dos anos descreveram a mesma lesão, com outras nomenclaturas, contudo em 1992 a Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeou-o Cisto Odontogênico Glandular, pois o considerou como uma entidade patológica independente, e o classificou como um cisto epitelial odontogênico de desenvolvimento (DOMINGOS *et al.*, 2001).

O COG é definido como um cisto que surge nas áreas de erupção dos dentes em ambas arcadas, caracterizado por um epitélio formado por células cubóides ou colunares, ambas na superfície e criptas dentro da espessura do epitélio. Surge com maior frequência na região anterior da mandíbula, em adultos acima de 40 anos, com predisposição pelo gênero masculino. Essa lesão tende a recorrer, possui crescimento lento, e geralmente aparece como um aumento de volume assintomático, sendo muitas vezes descoberto por meio de exames radiográficos de rotina. Em alguns casos podem causar dor e de secreção purulenta (MANZINI *et al.*, 2009).

Radiograficamente é descrito como uma imagem radiolúcida bem definida uni ou multilocular. Alguns autores relatam a perda da cortical óssea e a presença de um elemento dentário impactado, onde se pode observar o afastamento ou a reabsorção radicular dentro da cavidade cística. (MASCITTI *et al.*, 2014).

Devido suas características clínicas e radiográficas serem inespecíficas, os cirurgiões dentistas devem se atentar a outras lesões como o tumor queratocisto, ameloblastoma, carcinoma epidermóide, cisto epitelial lateral, cisto odontogênico botrióide, cisto ósseo simples, cisto dentigero, e lesão central de células gigantes como possíveis diagnósticos diferenciais, sendo de suma importância a análise histopatológica e a investigação de cada caso (AKKAS *et al.*, 2015).

Nos procedimentos de biópsia, e ao se fazer a punção aspirativa não são observadas características específicas, o que tende a dificultar a especificação do diagnóstico do COG. Os líquidos coletados durante a punção aspirativa podem variar desde líquidos claros e de baixa viscosidade até líquidos de alta viscosidade, marrom-avermelhados, ou apresentar punção negativa (RAJU *et al.*, 2014)

Histopatologicamente o COG se apresenta como uma grande variedade de

características histológicas, e alguns autores sugerem que essas características podem diferenciar esse cisto de outras lesões como o cisto periodontal lateral, cisto odontogênico botrióide e carcinoma muco epidermoide (BALUT *et al.*, 2016). Esses critérios de diagnósticos baseiam-se num critério diagnóstico maior e menor citado por Kaplan *et al.*, 2005. São eles: “Critério Maior: 1- epitélio escamoso sobre a interface da parede cística, 2- variações na espessura do revestimento do cisto com ou sem tecido epitelial em "esferas" ou proliferação luminal focal; não paliçadas, 3- células eosinofílicas cubóides, 4- células mucosas com acúmulo mucoso intra-epitelial com ou sem criptas revestidas por células produtoras de muco, 5- micro – cistos glandulares intraepiteliais ou estruturas similares a ductos. Critério Menor: 1- proliferação papilar, 2- células ciliadas, 3- multicistos ou arquitetura multi-luminal, 4- células vacuoladas.

Segundo Oliveira (2009) e Araujo (2012), para auxílio do diagnóstico, foi proposta a identificação de algumas citoqueratinas que são proteínas de queratina presentes no epitélio que vêm sendo amplamente utilizadas para identificação de tumores. O cisto odontogênico glandular apresenta positividade para citoqueratinas CK-18, CK-19 e Ki-67 que estão presentes no epitélio dos cistos, diferentemente da expressão de um epitélio normal que apresenta a expressão de CK-13 e CK-14. Essa entidade demonstra também baixa positividade para proteína p-53, o que pode ajudar na diferenciação desse cisto com um carcinoma epidermóide.

Existem várias opções de tratamento descritas na literatura, que vão desde condutas mais conservadoras como a enucleação e curetagem até ressecção segmentar (SHAN *et al.*, 2014). A escolha do tratamento se baseia no comportamento biológico agressivo e na propensão de recorrência dessa lesão. Sempre que possível o plano de tratamento deve ser individualizado para cada paciente, sempre levando em consideração o tamanho, o local da lesão e o envolvimento de estruturas nobres (CANO *et al.*, 2012).

Para lesões pequenas ou uniloculares, são indicadas a enucleação ou a curetagem, porém esse tipo de tratamento está associado a altas taxas de recidivas. As altas taxas de recidiva são explicadas por alguns autores que acreditam na presença de micro cistos que podem se aderir no osso adjacente e também a remoção incompleta da parede cística (ARAUJO DE MORAISA *et al.*, 2012). A utilização de solução de Carnoy após a enucleação, crioterapia e uso de nitrogênio líquido tem mostrado aumento da efetividade das medidas de tratamento, devendo ser usado como adjuvantes para potencializar o tratamento (JAFARIAN *et al.*, 2015)

Já em grandes lesões ou lesões multiloculares, a marsupialização seguida de cirurgia para preservação de estruturas vitais nas proximidades do cisto, enucleação associada a osteotomia periférica ou ressecção marginal são os tratamentos mais indicados. Nesses casos uma forma mais agressiva de tratamento é recomendada devido ao fato da maior propensão à recorrência de lesões (SHAN *et al.*, 2014)

Para prevenir recorrência da lesão, sugere-se um acompanhamento de no mínimo três a sete anos, justificado pelo comportamento biológico agressivo. As taxas de recorrência (30%) elevam de acordo com o local e tamanho da lesão. Os COG grandes e multiloculares são mais propensos a terem recidiva, e a maior taxa está relacionada a lesões que causam perfurações ósseas, e podem recorrer mesmo após vários anos (RAJU *et al.*, 2015)

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de COG, discutindo suas características clínico-patológicas, bem como a participação do cirurgião-dentista na assistência à saúde dos pacientes.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, leucoderma, natural de Tupaciguara, Minas Gerais, procurou uma clínica particular procurando tratamento reabilitador com prótese sobre implantes. Foi realizada radiografia panorâmica para planejamento e nela observou-se uma lesão radiolúcida unilocular do lado direito da mandíbula. O paciente foi então encaminhado à clínica de Diagnóstico Estomatológico da Universidade Federal de Uberlândia.

Durante a consulta inicial foi realizada a anamnese na qual o paciente relatou não ter queixas nem sintomatologia dolorosa. Durante a investigação da sua história familiar, odontológica e médica foi relatado histórico de Acidente Vascular Cerebral há 5 anos, o paciente também informou ter sido fumante por 50 anos, interrompendo o hábito nocivo há 5 anos. Ainda foi relatado ser hipertenso, ter níveis elevados de colesterol, e ser portador de diabetes tipo 1, fazendo uso dos seguintes medicamentos: Losartana, Mifedipina, Metformina, Metildopa, Glibendamida, Hidroclorotiazida, Sinvastatina e Ácido Acetil Salicílico. Sabendo-se das condições sistêmicas do paciente, nessa mesma consulta, foram avaliados seus níveis pressóricos e glicêmicos, sendo 150x80 mmHg e 207 mg/dl respectivamente.

Em seguida, procedeu-se ao exame físico geral e locorregional. Ao exame intraoral, observou-se ausência total de dentes e ligeiro aumento volumétrico do lado direito do corpo mandibular, entretanto, sem alterações nos tecidos moles da região (Figura 1).

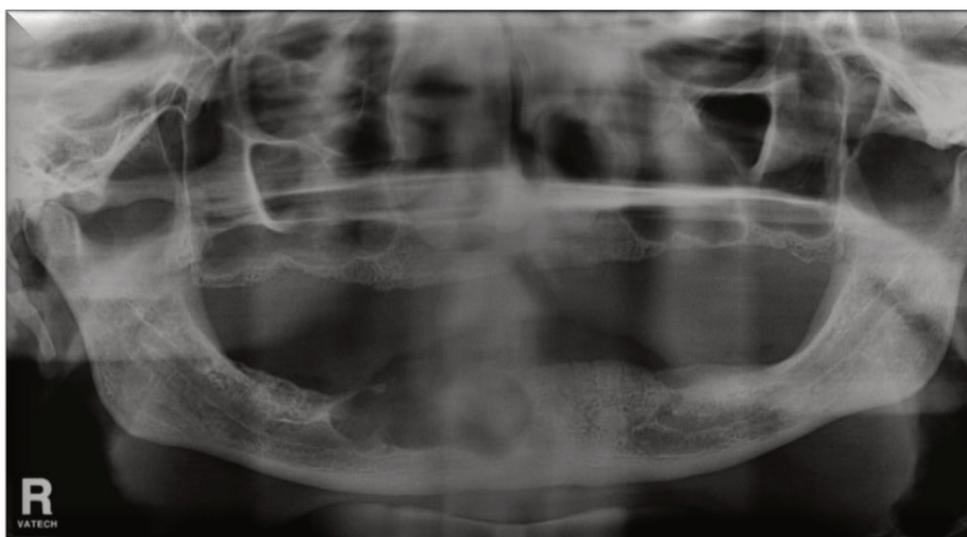
Na radiografia panorâmica (Figura 2) foi confirmada a presença da lesão intraóssea descrita pelo profissional que encaminhou o paciente. Na imagem pode-se observar uma lesão radiolúcida, unilocular, com bordas bem definidas do lado direito do corpo mandibular, coincidindo com a localização da lesão vista no exame clínico, que se estendia da região de linha média/sínfise mandibular até a região correspondente ao primeiro molar inferior. Além do exame radiográfico, foi realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) para melhor visualização da expansão causada pela lesão, e sua relação com as estruturas adjacentes (Figura 3). Observou-se no exame tomográfico uma lesão hipodensa de bordas definidas em região de corpo mandibular do lado direito. Notou-se a expansão e adelgaçamento da cortical óssea vestibular, bem como uma descontinuidade das corticais vestibular e superior

em alguns pontos.

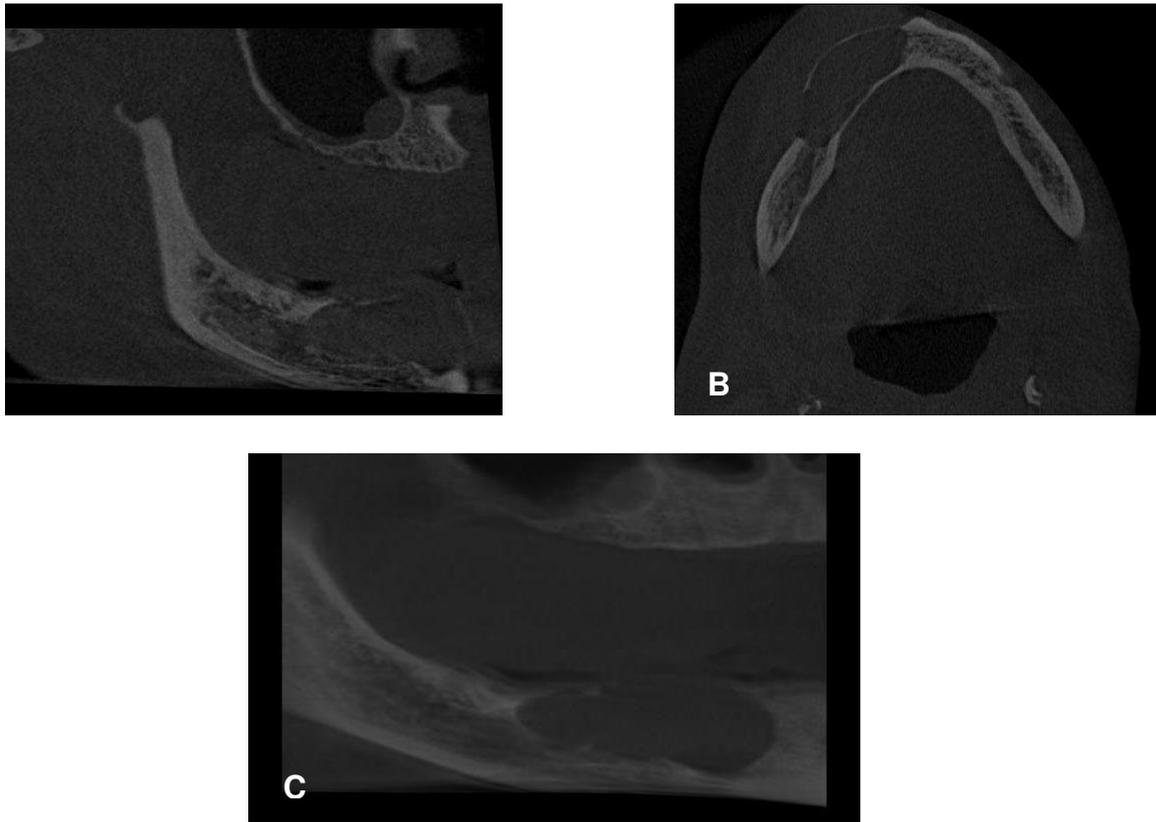
Diante dos sinais e sintomas e achados nos exames por imagem as hipóteses de diagnóstico foram queratocisto, cisto radicular residual, ameloblastoma unicístico, lesão central de células gigantes e cisto odontogênico glandular.



**Figura 1.** Fotos frontal (A) e intraoral (B) do paciente demonstrando ausência total de dentes e aumento volumétrico mandibular do lado direito.



**Figura 2.** Radiografia panorâmica evidenciando lesão radiolúcida, unilocular, bem delimitada em corpo mandibular do lado direito.

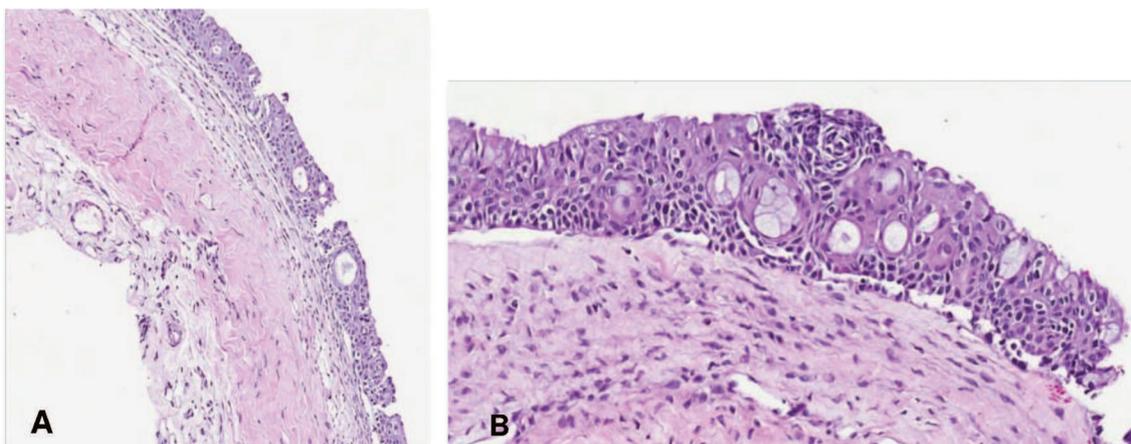


**Figura 3.** Tomografia computadorizada de feixe cônico demonstrando extensão da lesão e estruturas adjacentes. Reconstrução sagital (A), axial (B) e panorâmica (C) demonstrando lesão com bordas bem definidas, estendendo-se de linha média/sínfise à região de primeiro molar.

A partir das informações colhidas e as hipóteses levantadas, decidiu-se realizar uma biópsia incisional e para tanto foi solicitado um parecer para a clínica médica para a realização do procedimento. O paciente retornou após a autorização médica, com diabetes compensada e pressão arterial controlada, possibilitando assim a realização da cirurgia. Foi realizada antibioticoterapia prévia ao procedimento.

Inicialmente realizou-se uma punção aspirativa, a qual revelou um líquido amarelado, flúido, característico de líquidos encontrados no interior de cistos odontogênicos de desenvolvimento. Em seguida, realizou-se a biópsia incisional e marsupialização da lesão. O material coletado foi armazenado em formol a 10% e encaminhado ao laboratório de patologia da UFU. Prescreveu-se analgésico e orientou-se quanto aos cuidados pós-operatórios, quanto à alimentação e irrigação diária da lesão por meio do acesso criado durante a cirurgia.

A análise histopatológica do material coletado (Figura 4), revelou tecido epitelial com parede de tecido conjuntivo denso, não modelado com focos de infiltrado inflamatório mononuclear. Presença de tecido epitelial em parte cúbico, colunar, ciliado, e em parte pavimentoso estratificado. Concluindo-se assim que a lesão se tratava de um cisto odontogênico glandular.



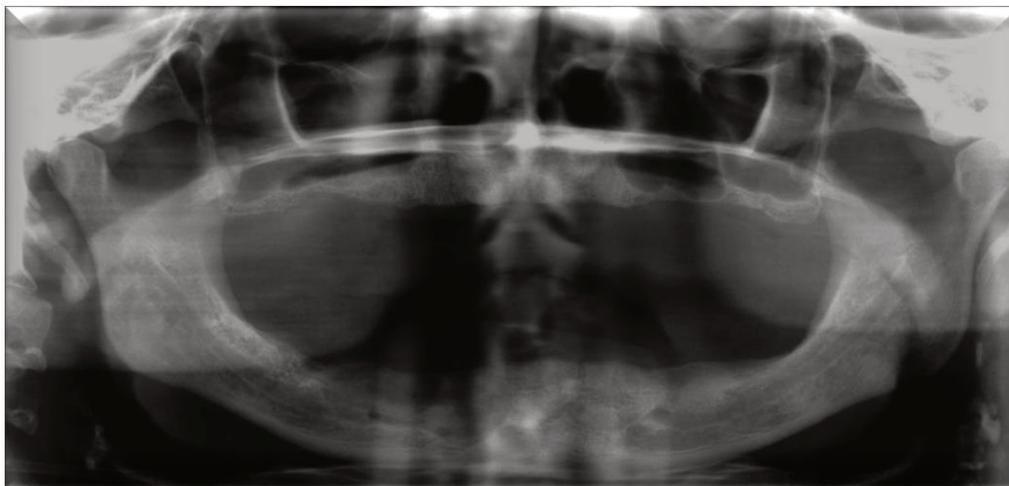
**Figura 4.** Aspecto histopatológico da lesão em ampliação de 10 (A) e 40 vezes (B)

Passados quatro meses sem comparecimento às consultas, o paciente retornou apresentando fechamento da marsupialização devido os 4 meses decorridos sem assistência ambulatorial. Optou-se então por realizar a enucleação total da lesão (Figura 5). Foram passadas as orientações pós-operatórias ao paciente como evitar alimentos duros e o uso da prótese por risco de fratura mandibular.



**Figura 5.** Aspecto transcirúrgico da enucleação da lesão.

Após 45 dias, o paciente retornou à clínica de diagnóstico para nova avaliação e uma nova radiografia panorâmica foi realizada (Figura 6), revelando uma satisfatória regressão da lesão e neoformação óssea.



**Figura 6.** Radiografia panorâmica um mês e meio após enucleação.

Três meses após a enucleação, notava-se uma ótima cicatrização da região e ao exame tomográfico (TCFC) notou-se ótima formação óssea na região, condizente com o período pós-operatório (Figura 7).



**Figura 7.** TCFC adquirida 3 meses após cirurgia de enucleação. Nota-se neoformação óssea nas reconstruções coronal (A), axial (B) e parassagital (C).

O paciente continua em acompanhamento na clínica de diagnóstico e não apresenta indícios de recidiva em 14 meses após a enucleação.

## DISCUSSÃO

Apresenta-se o relato de caso de um paciente de 58 anos, do sexo masculino, que foi acometido por um COG na região de corpo mandibular, com a lesão estendendo-se da região de sínfise até região de primeiro molar. As características clínicas observadas diferem parcialmente dos achados de Manzini *et al.*, (2009), que afirmam que o cisto surge com maior frequência na região anterior da mandíbula, no entanto, no presente caso, observou-se uma grande extensão da lesão, alcançando até a região de molares. Os mesmos autores afirmam que o COG acomete adultos acima de 40 anos, com predisposição pelo gênero masculino, o que pôde ser observado no presente relato. Os autores defendem ainda que a lesão cresce lentamente, e geralmente aparece como um aumento de volume assintomático, sendo muitas vezes descoberto por meio de exames radiográficos de rotina, o caso relatado corrobora essa afirmação, pois a lesão fora descoberta por meio de uma radiografia panorâmica de planejamento para reabilitação com implantes, não havendo relato de dor ou desconforto na região.

Segundo Mascitti *et al.*, (2014), o COG é descrito radiograficamente como uma imagem radiolúcida bem definida, uni ou multilocular. Tais características radiográficas também foram observadas no presente caso, havendo uma lesão radiolúcida, unilocular bem delimitada do lado direito do corpo mandibular. O paciente tinha ausência total de dentes, o que não poderia atestar a afirmação de PATRON *et al.* (1991), SEMBA *et al.*, (1994), MAGNUSSON *et al.*, (1997) e HISATOMI *et al.*, (2000) que relataram casos nos quais esses cistos tinham caráter mais agressivo e reabsorveram as raízes dos dentes envolvidos. Ainda em relação ao efeito da lesão nas estruturas adjacentes, é relatado que pode ocorrer perda da cortical óssea, achado observado no exame de TCFC, no qual se notou adelgaçamento e rompimento da cortical óssea vestibular.

Inicialmente no presente caso, cogitou-se a possibilidade de se tratar de um queratocisto, que é um dos diagnósticos diferenciais para o COG, confirmando o que diz Akkas *et al.*, (2015) que afirmaram que os profissionais cirurgiões dentistas devem ficar atentos a outras lesões, como o queratocisto, ameloblastoma, carcinoma epidermóide, cisto epitelial lateral, cisto odontogênico botrióide, cisto ósseo simples, cisto dentífero, e lesão central de células gigantes, que podem possuir características clínicas semelhantes.

Foi realizada a biópsia incisional e punção aspirativa da lesão, revelando um líquido amarelo citrino característico dos líquidos geralmente encontrados no interior de cavidades císticas. Este achado é confirmado por Raju *et al.* (2014), que afirmam que ao se fazer a punção aspirativa no procedimento de biópsia, não são observadas características peculiares, algo que tende a dificultar a conclusão do diagnóstico do COG. A coloração e textura dos líquidos coletados durante a punção podem variar desde líquidos claros e de baixa viscosidade até líquidos de alta viscosidade, marrom-avermelhados, inclusive apresentando punção negativa, características que dependem da lesão que está sendo avaliada.

Não são poucas as opções de tratamento descritas na literatura, que vão desde algo mais conservador como a enucleação e curetagem até ressecção segmentar (SHAN *et al.*, 2014). A opção de tratamento escolhido no presente relato foi a marsupialização, seguida de enucleação. Por tratar-se de uma lesão primária, deu-se preferência pelo tratamento mais conservador, contudo, cada caso deve ser tratado individualmente, observando-se as características pertinentes a cada paciente e sua história pregressa. Confirma-se o que diz Cano *et al.*, (2012), que afirmam que os planos de tratamento devem ser individualizados para cada caso e paciente, sempre levando em consideração o tamanho, o local da lesão e seu envolvimento com estruturas nobres.

Decorrido o período de um ano após a cirurgia de enucleação, observou-se tridimensionalmente uma neoformação óssea significativa no local da enucleação. Entretanto, não se pode falar em conclusão do tratamento, pois de acordo com ARAÚJO DE MORAIS *et al.*, (2012) existe a possibilidade de micro cistos se aderirem ao osso adjacente, ou ainda, que a ineficácia durante a remoção completa da parede cística pode explicar as altas taxas de recorrência do COG, que segundo Hussain *et al.*, (1995) teve uma taxa de recorrência de 30% nos casos tratados de forma conservadora.

Existem divergências na literatura quanto ao tempo de preservação pós remoção do COG, pois existem relatos de casos recorrentes mesmo após vários anos de enucleação (Raju *et al.*, 2015). Os mesmos autores sugerem que o tempo mínimo de acompanhamento é entre três e sete anos por seu comportamento agressivo, e que as taxas de recorrência aumentam de acordo com o tamanho e local da lesão. Afirmam ainda que os COG de grandes dimensões e multiloculares são mais propensos a terem recidiva, e a maior taxa está relacionada a lesões que causam perfurações

ósseas. O presente caso, por se tratar de uma lesão unilocular, tem menor probabilidade de recorrência, entretanto ainda é cedo para afirmar categoricamente a cura completa, pois embora satisfatório, o paciente ainda se encontra sob acompanhamento.

## CONCLUSÃO

Apesar de já ser amplamente conhecido o comportamento de algumas lesões que acometem a cavidade oral, é de extrema importância que se continuem os estudos sobre as desordens, seu diagnóstico, suas possíveis causas e principalmente, a forma de tratamento de tais lesões.

O COG é uma lesão que pode causar dúvidas, dadas as diversas possibilidades de diagnósticos diferenciais e a ausência de característica patognomônica à lesão. Ele é comumente descoberto em exames de rotina, assim como aconteceu com o caso relatado neste trabalho, e dado o diagnóstico correto e de preferência precoce, a escolha do tratamento é de suma importância para a resolução do caso, tendo em mente que cada paciente deve ser tratado de forma específica. Fica evidente que não existem concretismos e absolutismos no que se diz respeito à forma e evolução do tratamento em si.

É importante ressaltar, que apesar do paciente prosseguir sendo acompanhado, o presente caso demonstrou, contrariando algumas afirmações da literatura, que não foi necessária ressecção cirúrgica em bloco, até o presente momento, e a neoformação óssea pós enucleação é prova irrefutável disso. É fundamental que o cirurgião dentista entenda sua importância primordialmente no diagnóstico de lesões bucais, contribuindo cada vez mais para que haja sucesso no tratamento, possibilitando assim, uma melhor qualidade de vida ao paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKKAS İ, Toptaş O, Özan F, Yılmaz F et al. Bilateral glandular odontogenic cyst of mandible: a rare occurrence. **Journal of Maxillofacial Oral Surgery**, 2015.

ARAÚJO DE MORAIS HH, Vasconcellos RJH, de Santana Santos T, Guedes Queiroz LM, Dantas da Silveira ÉJ et al. Glandular odontogenic cyst: case report and review of diagnostic criteria. **J Craniomaxillofac Surg**. Feb 2012.

CANO J, Benito DM, Montáns J, Rodríguez-Vázquez JF, Campo J, Colmenero C. et al. Glandular odontogenic cyst: two high-risk cases treated with conservative approaches. **J Craniomaxillofac Surg**. Jul 2012.

DOMINGOS, AC. Cisto Odontogênico Glandular: Uma Revisão Da Literatura. **Biblioteca Digital UNICAMP** , Piracicaba, abr. 2001.

HISATOMI, M et al. A case of glandular odontogenic cyst associated with ameloblastoma: correlation of diagnostic imaging with histopathological features **Dentomaxillofac Radiol**, Houndsmills, Jul. 2000.

HUSSAIN K, Edmondson HD, Browne RM et al. Glandular odontogenic cysts. Diagnosis and treatment. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**.1995.

JAFARIAN AH, Rahpeyma A, Khajehahmadi S., et al. Recurrent Glandular Odontogenic Cyst of Maxilla- A Case Report. **Iran J Pathol**. Spring, 2015.

KUMAR, V. et al. Robbins patologia básica. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2008.

MASCITTI M, Santarelli A, Sabatucci A, Procaccini M, Lo Muzio L, Zizzi A, Rubini. Glandular Odontogenic Cyst: Review of literature and report of a new case with cytokeratin-19 expression. **Open Dental Journal**. 2014.

MAGNUSSON, B. *et al.* Glandular odontogeniccyst. Repor! of seven cases. **Dentomaxillofac Radiol**, Houndsmills, Jan. 1997.

NEVILLE, B.W.; *et al.* Patologia oral e maxillofacial. **Elsevier**. Rio de Janeiro.

3ed. 2009.

OLIVEIRA NETO PJ, Avelar RL, Andrade ESS, Raimundo RC, Gomes ACA, Laureano Filho JR. Surgical treatment of an extensive glandular odontogenic cyst: a case report. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilofac**. Dez 2009.

PATRON, M. et al. Glandular odontogenic cyst: Clinicopathologic analysis of three cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Saint Louis, Jul 1991.

RAJU SP, Reddy SP, Ananthnag J, et al. Glandular odontogenic cyst of the anterior mandible. **N Am J Med Sci**. Feb 2015.

SEMBA, I et al. Glandular odontogenic cyst: analysis of cy1okeratin expression and clinicopathological features. **J Oral Pathol Med**, Copenhagen, Sept. 1994.

SHAH M, Kale H, Ranginwala A, Patel G. Glandular odontogenic cyst: A rare entity. **J Oral Maxillofac Pathol**, Jan 2014.

TAMBAWALA SS, Karjodkar FR, Yadav A, Sansare K, Sontakke S. Glandular odontogenic cyst: A case report. **Imaging Sci Dent**, Mar 2014.