



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



Manejo clínico e cirúrgico de cisto dentígero em região posterior de mandíbula: relato de caso

Mariele Vertuan¹, Gabriel Martelli², Isabela Beltramini², Gustavo Henrique Souza Silva², Jéssica Lemos Gulinelli^c, Augusto Rodrigues⁴, Pâmela Letícia Santos⁴



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n5p326-343>

Artigo recebido em 4 Abril e publicado em 4 de Maio de 2026

CASO CLÍNICO

RESUMO

Introdução: O cisto dentígero é um dos cistos odontogênicos de desenvolvimento mais comuns da cavidade oral, geralmente associado a coroa de dentes inclusos ou impactados. Embora frequentemente assintomático, pode atingir grandes dimensões e ocasionar deslocamento dentário, reabsorção radicular e, em casos raros, transformação maligna. O diagnóstico baseia-se na cor-relação entre achados clínicos, radiográficos e histopatológicos, sendo o tratamento geralmente cirúrgico.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 27 anos, sem alterações sistêmicas, foi encaminhado para avaliação odontológica. Ao exame radiográfico, observou-se o dente 45 incluso associado a extensa imagem radiolúcida unilocular envolvendo sua coroa. A tomografia computadorizada de feixe cônico evidenciou lesão bem delimitada, com aproximadamente 20 mm de diâmetro, sugestiva de cisto dentígero. Diante da hipótese diagnóstica, optou-se pela enucleação cirúrgica da lesão associada à exodontia do dente envolvido, seguida de análise histopatológica. O procedimento foi realizado sob anestesia local, com osteotomia e remoção completa da lesão. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto dentígero. No pós-operatório, o paciente apresentou adequada cicatrização, sem complicações, e evidência radiográfica de neoformação óssea na região. Adicionalmente, foi realizado tracionamento ortodôntico dos dentes adjacentes para reabilitação funcional.

Conclusão: A enucleação associada à exodontia do dente envolvido mostrou-se eficaz para o tratamento do cisto dentígero, proporcionando evolução clínica favorável e ausência de recidiva durante o acompanhamento inicial. O diagnóstico preciso e o planejamento multidisciplinar são fundamentais para o sucesso terapêutico e reabilitação do paciente.

Palavras-chave: Cisto Dentígero; Cirurgia Oral; Patologia Bucal

Clinical and surgical management of a dentigerous cyst in the posterior region of the mandible: a case report.

ABSTRACT

Introduction: A dentigerous cyst is one of the most common developmental odontogenic cysts of the oral cavity, usually associated with the crown of impacted or unerupted teeth. Although frequently asymptomatic, it can reach large dimensions and cause tooth displacement, root resorption, and, in rare cases, malignant transformation. The diagnosis is based on the correlation between clinical, radiographic, and histopathological findings, with treatment generally being surgical.

Case report: A 27-year-old male patient, without systemic alterations, was referred for dental evaluation. Radiographic examination revealed an impacted tooth 45 associated with an extensive unilocular radiolucent image involving its crown. Cone-beam computed tomography showed a well-defined lesion, approximately 20 mm in diameter, suggestive of a dentigerous cyst. Given the diagnostic hypothesis, surgical enucleation of the lesion was chosen, associated with extraction of the involved tooth, followed by histopathological analysis. The procedure was performed under local anesthesia, with osteotomy and complete removal of the lesion. The histopathological examination confirmed the diagnosis of dentigerous cyst. In the postoperative period, the patient presented adequate healing, without complications, and radiographic evidence of bone neoformation in the region. Additionally, orthodontic traction of the adjacent teeth was performed for functional rehabilitation.

Conclusion: Enucleation associated with extraction of the involved tooth proved to be effective for the treatment of dentigerous cyst, providing favorable clinical evolution and absence of recurrence during the initial follow-up. Accurate diagnosis and multidisciplinary planning are fundamental for the therapeutic success and rehabilitation of the patient.

Keywords: Dentigerous Cyst; Oral surgery; Pathology, Oral

¹Departamento de Ciências Biológicas, Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB-USP)

²Consultório particular

³Departamento de Medicina Oral e Odontologia, Universidade Estadual de Londrina – UEL

⁴Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de Araraquara – UNIARA

Autor correspondente: Nome do autor que submeteu o artigo [email do autor@gmail.com](mailto:email_do_autor@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O cisto dentígero é um dos cistos odontogênicos de desenvolvimento com maior prevalência na cavidade oral, constituindo aproximadamente 15,2 a 33,7% de todos os cistos odontogênicos (Arjona-Amo *et al.*, 2015). Descritos inicialmente por Paget em 1863 (Zhang *et al.*, 2010), cujo termo “dentígero” significa “contendo dente”.

Sua incidência é mais comum em homens, caucasianos e com faixa etária de 10 a 40 anos, sendo a região afetada com maior frequência de casos a de terceiros molares inferiores e caninos superiores (Arjona-Amo *et al.*, 2015; Aldelaimi *et al.*, 2024). A incidência relatada é de 1,44 para cada 100 dentes inclusos (Aldelaimi *et al.*, 2024).

São originários de remanescentes do epitélio reduzido do esmalte circundante à coroa de um dente incluso ou impactado, onde há o acúmulo de fluido entre essas estruturas, e aderem-se na junção amelocementária (Neville, 2016; Aldelaimi *et al.*, 2024). Histologicamente, são revestidos por uma camada fina de epitélio escamoso estratificado não queratinizado, que geralmente apresenta áreas focais de hiperplasia (Rajesh *et al.*, 2025). Geralmente permanecem assintomáticos, a menos que estejam infectados (Arjona-Amo *et al.*, 2015; Aldelaimi *et al.*, 2024), e podem estar associados a síndromes ou doenças sistêmicas – como mucopolissacaridose e displasia cleidocraniana, levando à ocorrência de cistos unilaterais e múltiplos (Aldelaimi *et al.*, 2024).

Clinicamente, podem alcançar grandes dimensões, induzindo assimetrias, deslocamento ou reabsorção de raízes de dentes adjacentes, compressão de nervos e, em certos casos, podem sofrer transformações malignas em ameloblastoma, carcinoma mucoepidermóide ou epidermóide (Arjona-Amo *et al.*, 2015; Aldelaimi *et al.*, 2024).

O diagnóstico ocorre, frequentemente, através de radiografias rotineiras, apresentando-se uma imagem arredondada, forma única, com aspecto radiolúcido, unilocular, bem definido e sempre unido a junção amelocementária da coroa do dente incluso em que estiver presente (Vaz *et al.*, 2010).

De maneira geral, o tratamento é cirúrgico, por meio da exérese da lesão, podendo ou não estar associada a marsupialização/descompressão. Para definir o tratamento adequado é relevante considerar alguns fatores, incluindo as dimensões e a

localização do cisto, a extração do dente afetado e se o paciente poderá retornar para acompanhamentos posteriores (Rajae & Karima, 2021).

Tendo em vista a importância de um tratamento individualizado, considerando fatores como idade do paciente, extensão da lesão, risco de recidiva e impacto funcional e estético do tratamento, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de cisto dentígero, destacando seus aspectos clínicos, radiográficos e a conduta terapêutica adotada, além de discutir as principais características diferenciais em relação a outras lesões odontogênicas e enfatizar a importância do diagnóstico e do acompanhamento pós-operatório.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino, 27 anos, sem alterações sistêmicas, compareceu ao Instituto Odontológico de Pós-Graduação (IOPG-Bauru) por indicação, com desejo de “melhorar sua saúde odontológica”.

Durante a avaliação clínica foi notado a ausência dos dentes 16, 18, 28 e 45 (Figura 1). Na avaliação radiográfica, notou-se o dente 45 incluso associado a imagem radiolúcida extensa ao redor de sua coroa (Figura 2). Assim, foi solicitado tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), onde constatou-se área radiolúcida de com aproximadamente 20 mm de diâmetro ao redor da coroa do dente 45, bem delimitada e unilocular (Figura 3).

Frente a hipótese diagnóstica de cisto dentígero e a dimensão da lesão, optou-se pelo tratamento cirúrgico de enucleação e posterior análise histopatológica. Ainda, foi sugerido ao paciente a opção de realizar o tracionamento dos dentes 46 e 47 para a região do dente 45, uma vez que o paciente não desejava realizar tratamento reabilitador com implantes dentários.

Sendo assim, foi realizado anestesia para bloqueio dos nervos alveolar inferior, mental e lingual, com articaína 4% com adrenalina 1:100.000 (Articaine, DFL-Brasil). Em seguida foram realizadas, com uma lâmina de bisturi 15C acoplada a um cabo de bisturi número 3, as seguintes incisões: uma incisão sobre a crista óssea e duas outras incisões verticais na mesial do dente 44 e distal do dente 46, em direção ao fundo de vestibulo. Após, foi realizado o descolamento do retalho mucoperiosteal em direção ao

fundo de vestibulo que propiciou a exposição do tecido ósseo (Figura 4).

Com o tecido ósseo exposto, notou-se a parte da tábua óssea vestibular com perda de continuidade devido à lesão. Assim, optou-se em realizar osteotomia, com motor de alta rotação e broca 702, para aumentar e melhorar o acesso a lesão e ao dente incluso. Seguindo-se, então, a enucleação do cisto e exodontia do dente 45, sendo o material coletado encaminhado para análise histopatológica. A sutura da ferida cirúrgica foi realizada com fio de nylon 5-0 (Shalon Medical-Brasil).(Figura 5 a 12)

O paciente foi orientado quanto aos cuidados pós-operatórios, dieta, instruções de higiene oral e medicação pós-operatória: antibiótico, antiinflamatório e analgésico, além de bochechos com digluconato de clorexidina 0,12%.

Após 15 dias, o paciente apresentou boa recuperação e cicatrização favorável do rebordo. Os achados histopatológicos confirmaram o diagnóstico final como cisto dentígero. Durante o período de 3 meses de pós-operatório, o paciente foi acompanhado e não houve qualquer complicação e/ou recidiva.

Os elementos dentários próximos à lesão apresentaram resultados positivos no teste de vitalidade pulpar (Endolce, Maquira-Brasil). A radiografia panorâmica, realizada no seu retorno, confirmou a substituição do tecido lesado com neoformação óssea na região (Figura 13). Também foi realizado o tracionamento ortodôntico dos dentes 46 e 47 para região do dente 45 extraído. O paciente ainda continua em acompanhamento longitudinal, sem sinais clínicos e/ou radiográficos de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

Os cistos dentígeros são cistos odontogênicos que se inserem na junção amelocementária de dentes não irrompidos, sendo esse seu principal critério diagnóstico (Meddeb *et al.*, 2016; Aldelaimi *et al.*, 2024). Os achados histopatológicos confirmaram o diagnóstico de cisto dentígero, devido à presença de epitélio escamoso estratificado não queratinizado revestindo a cavidade cística (como/o que está escrito no resultado da biópsia?), em concordância com as descrições clássicas da literatura (Neville, 2016; Arjona-Amo *et al.*, 2015). As características clínicas e radiográficas observadas neste caso - lesão radiolúcida unilocular, bem delimitada, envolvendo a coroa de um dente incluso - são compatíveis com o padrão típico dessa entidade

patológica, corroborando para o diagnóstico final.

A literatura científica descreve maior prevalência do cisto dentífero em indivíduos entre a primeira e a terceira década e vida, com pico de ocorrência na segunda década (John *et al.*, 2023; McLean & Vargas, 2023), além da predileção pelo sexo masculino (Wei *et al.*, 2024) e associação com dentes não erupcionados. No presente caso, essa patologia estava relacionada a um pré-molar inferior, achado menos comum, uma vez que esse tipo de cisto ocorre com maior frequência em terceiros molares inferiores e caninos superiores, em virtude da menor taxa de impactação dos pré-molares quando comparados a esses elementos dentários.

Ainda que o cisto dentífero seja uma lesão com características de mais fácil reconhecimento, é importante levar em consideração outras hipóteses diagnósticas até que o laudo histopatológico confirme o diagnóstico final. Outras lesões se apresentam com características semelhantes e serem confundidas com cisto dentífero (Rajendra Santosh, 2020).

Como outras hipóteses diagnósticas podemos citar o queratocisto odontogênico e ameloblastoma unicístico. Uma vez que ambos podem ocorrer na segunda década de vida, em região posterior de mandíbula, são assintomáticos e apresentam características radiográficas similares ao cisto dentífero. Em especial o ameloblastoma unicístico, que na grande maioria das vezes apresenta-se, também, associado a um dente não irrompido (Neville, 2016; Rajendra Santosh, 2020; Rajae & Karima, 2021).

Outras lesões descritas na literatura ainda podem ser confundidas com cisto dentífero (Neville, 2016; Rajendra Santosh, 2020), mas apresentam pouca compatibilidade com o presente caso clínico. Por exemplo: tumor odontogênico adenomatóide, é mais encontrado na região anterior de maxila e apresenta predileção pelo sexo feminino; ameloblastoma fibroblástico, que é mais comum em pacientes na primeira década de vida; cisto de erupção, cuja origem é semelhante ao cisto dentífero, porém acomete preferencialmente dentes decíduos (Neville, 2016; Rajendra Santosh, 2020; Rajae & Karima, 2021).

Lee *et al.* (2024) descreveram um cisto odontogênico glandular que mimetizava cisto dentífero, em paciente do sexo masculino na quarta década de vida. Radiograficamente apresentava-se como uma lesão radiolúcida unilocular circundando

a coroa do dente 38 impactado. O cisto foi enucleado e um espécime de tecido mole excisado foi enviado para exame histopatológico, onde microscopicamente revelou características típicas de cisto odontogênico glandular, como a presença de células em prego (células cuboides eosinofílicas ciliadas) ou células vacuolizadas secretoras de mucina, que são ausentes em cisto dentígero, assim confirmando o diagnóstico diferencial.

Apesar de o cisto dentígero ser uma das patologias mais comuns nos maxilares, Marchal *et al.* (2020) reforçam a importância de não subestimar uma lesão e a importância da realização dos exames que se fazem necessários, principalmente a análise histopatológica. Paciente do sexo feminino, na sexta década de vida, relatando dor na região inferior do lado esquerdo; clinicamente sem alterações, mas, na radiografia panorâmica, pode ser observado o dente 38 impactado com lesão radiolúcida unilocular ao redor da coroa. Procedeu-se, então, a enucleação e análise histopatológica da lesão, onde pode ser observado a presença de infiltração de células escamosas atípicas a atividade mitótica anormal. De forma complementar, realizou-se a análise imuno-histoquímica que evidenciou a presença de um carcinoma de células escamosas originado de uma transformação maligna de um cisto dentígero – felizmente, neste caso, não houve metástase e nem recidiva após mais de um ano de acompanhamento (Marchal *et al.*, 2020).

A conduta terapêutica adotada no presente caso clínico foi a enucleação da lesão cística e extração do dente envolvido, semelhante ao descrito por Marchal *et al.* (2020) e Lee *et al.* (2024). Essa técnica é bem fundamentada na literatura científica (Rajae & Karima, 2021) e teve como critérios para decisão: a dimensão da lesão, os possíveis riscos às estruturas nobres adjacentes, garantia de remoção completa da lesão prevenindo maiores chances de recidivas e possíveis impactos estéticos ao paciente. De uma forma geral, a enucleação é mais indicada em casos de lesões de menores tamanhos e elimina completamente o tecido patológico. Nos casos em que há um defeito ósseo considerável, pode-se utilizar de terapias regenerativas para recuperação da área afetada (Wei *et al.*, 2024).

Outra opção de tratamento - mais conservador - para esses casos é a marsupialização, que consiste na sutura direta do epitélio do cisto ao revestimento da

mucosa oral, levando a descompressão da cavidade cística devido à diferença de pressão. Diferente da enucleação, a marsupialização é mais indicada para lesões de maior tamanho, tornando-a mais segura para estruturas anatômicas importantes que podem estar próximas ao cisto, além de estimular a regeneração óssea. Mas desvantagens desse procedimento consistem na demora e necessidade de colaboração do paciente, além de que a lesão não é removida completamente e há o potencial de evolução para lesões mais complexas (por exemplo, ameloblastoma) e/ou malignas (por exemplo, carcinoma mucoepidermóide) do tecido patológico residual (Güven *et al.*, 2014; Bilodeau & Collins, 2017; Wei *et al.*, 2024). A marsupialização (ou descompressão) é mais recomendada para pacientes mais jovens e pode exigir uma segunda cirurgia quando o tamanho do cisto reduzir (Ghandour *et al.*, 2018; Wei *et al.*, 2024).

No entanto, ambos os métodos são utilizados para o tratamento de lesões císticas em geral, a depender de suas características. Kaygisiz & Karsli (2024) compararam a diferença entre essas duas técnicas no tratamento de lesões císticas em 59 pacientes e mostraram ótimos resultados após 12 meses de acompanhamento, em todos os pacientes tratados independente da técnica, demonstrando que o sucesso do quadro clínico está mais relacionado à indicação e execução correta da técnica para cada caso (Kaygisiz & Karsli, 2024). Em geral, é importante a remoção do elemento dentário, pois este ainda pode apresentar remanescentes foliculares ao redor de sua coroa que podem implicar a recidiva da lesão (AlKhudair *et al.*, 2019; Gokhale *et al.*, 2022; Araújo *et al.*, 2024).

Existem situações em que o dente, ao qual o cisto dentígero está associado, pode ser extruído ortodonticamente, a depender de sua posição inicial. El-Beialy *et al.* (2023) relataram o tracionamento de um segundo molar, após a enucleação do cisto dentígero, devido a sua posição favorável em relação a mucosa oral. Neste caso não foi possível considerar essa hipótese, devido à grande impacção do elemento dentário, optando-se pela exodontia.

De certo modo, o cisto dentígero é uma lesão que, na grande maioria das vezes, apresenta um bom prognóstico e baixas chances de recidiva (Neville, 2016; Austin & Nelson, 2021; John *et al.*, 2023; Kaygisiz & Karsli, 2024). No entanto, isso não descarta a necessidade de acompanhamento e controle do paciente; pois, essa lesão, se



reaparecer, pode sofrer, mesmo que raramente, transformações malignas, impactando negativamente a vida do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cisto dentígero, apesar de ser uma das lesões odontogênicas mais comuns e de comportamento benigno, exige uma análise diagnóstica criteriosa e precisa, especialmente devido às suas possíveis semelhanças clínicas e radiográficas com outras entidades mais agressivas, portanto, a correta correlação entre os achados clínicos, radiográficos e histopatológicos é fundamental para o estabelecimento do diagnóstico definitivo e para a escolha da conduta terapêutica mais adequada.

No caso apresentado, a enucleação associada à exodontia do dente envolvido mostrou-se uma abordagem eficaz, proporcionando boa evolução clínica, adequada regeneração óssea e ausência de sinais de recidiva durante o período de acompanhamento.

Adicionalmente ao tratamento, a ortodontia foi essencial para a reabilitação funcional do paciente, uma vez que o tracionamento ortodôntico dos dentes adjacentes possibilitou o restabelecimento do espaço edêntulo de forma conservadora, evitando a necessidade de reabilitação protética com implantes dentários, de acordo com a preferência do paciente.

Essa conduta reforça a importância do planejamento multidisciplinar em casos de lesões odontogênicas associadas a dentes inclusos, além disso, o planejamento individualizado, considerando fatores como, idade do paciente, extensão da lesão, proximidade com estruturas nobres e expectativas funcionais e estéticas, foi determinante para o sucesso do tratamento, o que reforça a importância do acompanhamento pós-operatório a longo prazo, mesmo em lesões de bom prognóstico, garantindo a detecção precoce de possíveis recidivas ou alterações patológicas e contribuindo para a manutenção da saúde bucal do paciente.

REFERÊNCIAS

Aldelaimi AAK, Enezei HH, Berum HER, Abdulkaream SM, Mohammed KA, Aldelaimi TN.



Management of a dentigerous cyst; a ten-year clinicopathological study. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1):831.

AlKhudair B, AlKhatib A, AlAzzeh G, AlMomen A. Bilateral dentigerous cysts and ectopic teeth in the maxillary sinuses: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2019; 55, 117-120.

Araújo RP, Araújo MP, Silva EG, Medeiros JP. Abordagens cirúrgicas para cisto dentífero: revisão de literatura. *Int J Sci Dent*. 2024; 3(65):19-30.

Arjona-Amo M, Serrera-Figallo MA, Hernández-Guisado JM, Gutiérrez-Pérez JL, Torres-Lagares D. Conservative management of dentigerous cysts in children. *J Clin Exp Dent*. 2015; 7(5):e671-674.

Austin RP, Nelson BL. Sine Qua Non: Dentigerous Cyst. *Head Neck Pathol*. 2021; 15(4):1261-1264.

Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic cysts and Neoplasms. *Surg Pathol Clin*. 2017; 10(1):177-222.

El-Beialy AR, BinRahima AM, Al Shhab M, Mostafa Y. Orthodontic management of a developing dentigerous cyst related to lower second molar: a case report. *BMC Oral Health*. 2023; 23(1):1004.

Ghandour L, Bahmad HF, Bou-Assi S. Conservative Treatment of Dentigerous Cyst by Marsupialization in a Young Female Patient: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dent*. 2018, 2018:7621363.

Gokhale, S., Kunte, S., Patil, K., Shah, R., Lakade, L., Chaudhary, S. Dentigerous cyst enucleation: A conservative approach. *Int J Health Sci*. 2022; 6(S9):2883-2889.

Guyen Y, Kasimoglu Y, Soluk Tekkesin M, Ulug D, Cankaya AB, Tuna EB, Gencay K, Aktoren O. Preservation of involved Teeth Associated with large dentigerous cysts. *Int Sch Res Notices*. 2014; 2014:289463.

John S, Jain A, Khan E, Gupta S, Chandra S. Metamorphosis of Dentigerous cyst: A case Series with Insight into Molecular Profiling. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024; 76(1):1402-1409.

Kaygisiz ÖF, Karsli ED. Evaluation of cyst treatment technique, cyst type, size differences and healing by fractal analysis. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1):1271.

Lee YP, Hwang MJ, Jin YT, Chiang CP. Glandular odontogenic cyst mimicking a dentigerous cyst. *J Dent Sci*. 2024; 19(2):1210-1212.

Marchal A, Gérard É, Curien R, Bourgeois G. Primary intraosseous carcinoma arising in



dentigerous cyst: Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020; 76:530-533.

McLean AC, Vargas PA. Cystic Lesions of the Jaws: The Top 10 Differential Diagnoses to Ponder. *Head Neck Pathol.* 2023; 17(1):85-98.

Meddeb M, Chokri A, Marzouk M, Bouguezzi A, Sioud S, Hentati H, Selmi J. Dentigerous cyst associated with complex odontoma. *Int J Med Res.* 2016; 1(3):16–18.

Neville B. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 4.ed. [s.l.], Elsevier Editora Ltda. 2016, 640-41.

Perez A, Lenoir V, Lombardi T. Dentigerous cysts with diverse radiological presentation highlighting diagnostic challenges. *Diagnostics (Basel, Switzerland).* 2022; 12(8):2006.

Rajae EG, Karima EH. Dentigerous cyst: enucleation or marsupialization? (a case report). *The Pan African Medical Journal.* 2021; 40(149).

Rajendra Santosh AB. Odontogenic Cysts. *Dent Clin North Am.* 2020; 64(1):105-119.

Rajesh E, Dhivyadharshini S, Babu NA, Ramya C. The unforeseen revelation of dentigerous cyst. *Journal of Pharmacy & Bioallied Science.* 2024; 16(Suppl 5):S4921-S4924.

Vaz LGM, Rodrigues MTV, Ferreira Júnior O. Dentigerous cyst: clinical and radiographic characteristics and criteria for treatment planning. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol. (Online),* 2010; 58(1).

Wei Z, Zhu Y, Zhou L. A conservative treatment of an involved molar tooth associated with dentigerous cyst: a case report and literature review. *BMC Oral Health.* 2024; 24(1):1222.

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.* 2010; 39(9):878-882.

FIGURAS



Figuras 1 – Avaliação clínica inicial

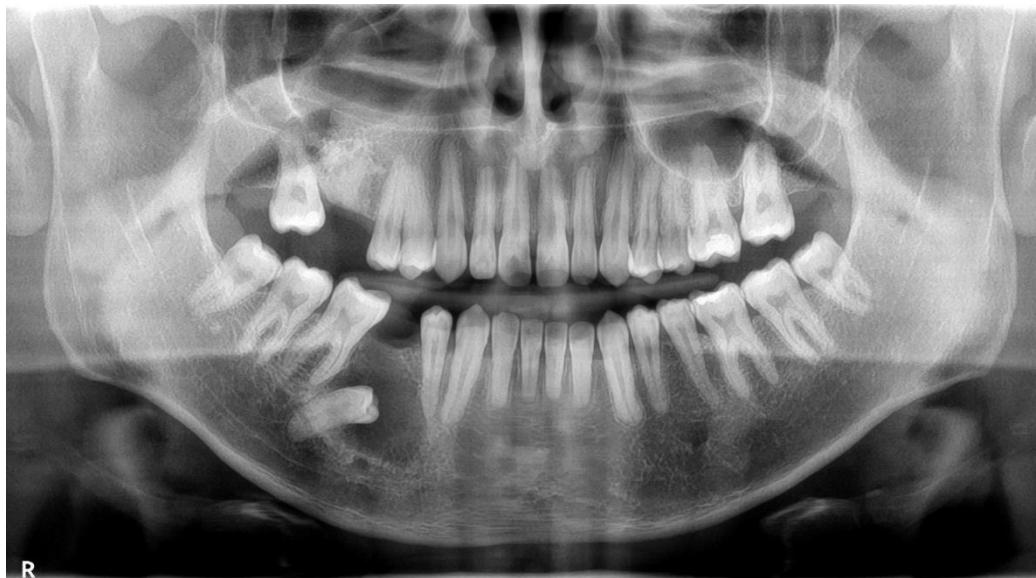


Figura 2 – Radiografia panorâmica inicial

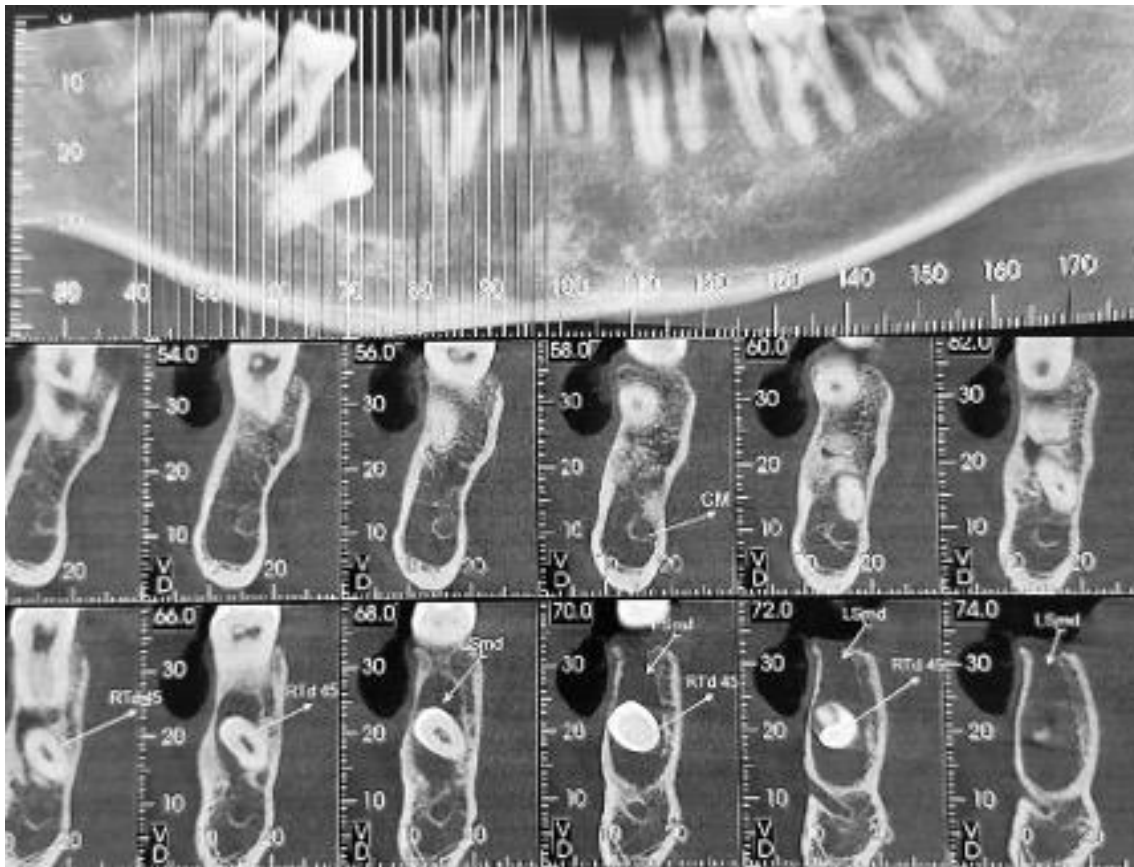


Figura 3 – Tomografia computadorizada inicial

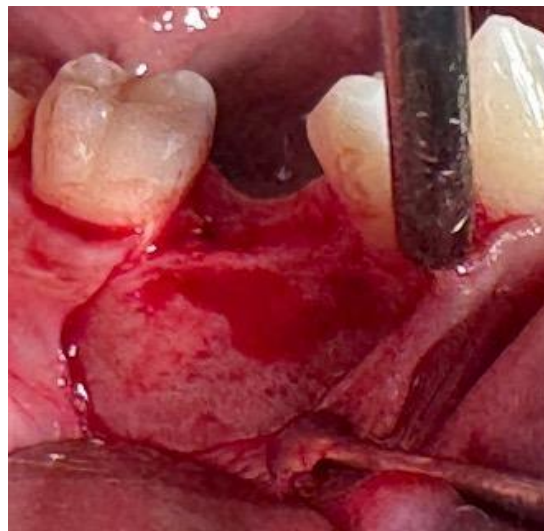


Figura 4 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: após incisão e descolamento mucoperiosteal.



Figura 5 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: após ostectomia, sendo possível visualização do cisto e do dente incluído.



Figura 6 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: após ostectomia, sendo possível visualização do dente incluído.



Figura 7 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: exodontia do dente 45.



Figura 8 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: exodontia do dente 45.



Figura 9 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: exérese do cisto dentígero.



Figura 10 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: exérese do cisto dentígero.



Figura 11 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: após a exodontia do dente 45 e exérese do cisto dentígero.



Figura 12 – Aspecto clínico trans-cirúrgico: reposicionamento do retalho.



Figura 13 – Radiografia panorâmica final 6 meses após o procedimento cirúrgico.