

## RECIDIVA EM TECIDO MOLE DE CERATOCISTO ODONTOGÊNICO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO INTRAÓSSEA

Recebido em: 02/12/2024

Aceito em: 24/07/2025

DOI: 10.25110/arqsaude.v29i2.2025-11769



Gabriela Araújo da Costa <sup>1</sup>

Alina Lúcia Oliveira Barros <sup>2</sup>

Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos <sup>3</sup>

Antônio Carlos Marqueti <sup>4</sup>

Rosany Larissa Brito de Oliveira <sup>5</sup>

Álvaro Bezerra Cardoso <sup>6</sup>

**RESUMO:** O ceratocisto odontogênico tem sua origem etiológica a partir de restos celulares da lâmina dentária. Surge mais comumente em região posterior de mandíbula, acometendo ligeiramente mais o sexo masculino na terceira e quarta década de vida. Existem poucos estudos na literatura sobre recidivas em tecido mole de ceratocistos odontogênicos. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de recidiva em tecido mole de um ceratocisto odontogênico intraósseo. Inicialmente, a lesão localizava-se na maxila esquerda, envolvendo o dente incluso 23 com extensão desde o ápice do dente 21 ao 27. Após 2 anos de exérese da lesão primária em centro cirúrgico, sob anestesia geral, observou-se lesão bolhosa de diâmetro aproximado de 1 cm, em gengiva inserida na região vestibular entre as unidades dentárias 22 e 24. Desta vez, o tratamento consistiu na excisão local com curetagem e saucerização com broca cirúrgica do osso adjacente, sob anestesia local. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de ceratocisto odontogênico, contudo, com localização em tecidos moles. O paciente vem sendo acompanhado clínica e radiograficamente há 3 anos após a segunda intervenção cirúrgica sem evidências de recidiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cistos Odontogênicos; Cistos Maxilomandibulares; Recidiva.

<sup>1</sup> Residente do Hospital Universitário Federal de Sergipe (HU-UFS) – Aracaju – SE.

E-mail: [drgabrielacosta@gmail.com](mailto:drgabrielacosta@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7652-6991>

<sup>2</sup> Doutora em Odontologia. Hospital Universitário de Sergipe (HU/UFS), Universidade Federal de Sergipe - UFS – Aracaju – SE.

E-mail: [alina.barros@terra.com.br](mailto:alina.barros@terra.com.br), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0350-0604>

<sup>3</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Hospital Universitário de Sergipe (HU/UFS), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH – Aracaju – SE.

E-mail: [sarajulianad@yahoo.com.br](mailto:sarajulianad@yahoo.com.br), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0922-6738>

<sup>4</sup> Doutor em Estomatologia. Universidade Federal de Sergipe - UFS – Aracaju – SE.

E-mail: [acmjab@gmail.com](mailto:acmjab@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6704-9269>

<sup>5</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Hospital Universitário de Sergipe (HU/UFS), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH – Aracaju – SE.

E-mail: [rosanylarissa@hotmail.com](mailto:rosanylarissa@hotmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8782-7585>

<sup>6</sup> Pós-doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial. Hospital Universitário de Sergipe (HU/UFS), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH – Aracaju – SE.

E-mail: [alvarobcardoso@yahoo.com.br](mailto:alvarobcardoso@yahoo.com.br), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6725-1547>

## SOFT TISSUE RECURRENCE AFTER SURGICAL TREATMENT OF INTRAOSSEOUS ODONTOGENIC KERATOCYST

**ABSTRACT:** The odontogenic keratocyst has its etiological origin from cellular debris from the dental lamina. It appears most commonly in the posterior region of the mandible, affecting males slightly more in the third and fourth decades of life. There are few studies in the literature on soft tissue recurrences of odontogenic keratocysts. The present study aims to report a case of soft tissue recurrence of an intraosseous odontogenic keratocyst. Initially, the lesion was located in the left maxilla, involving impacted tooth 23, extending from the apex of tooth 21 to 27. After 2 years of excision of the primary lesion in a surgical center, under general anesthesia, a bullous lesion of diameter approximately 1 cm, in the gum inserted in the vestibular region between dental units 22 and 24. This time, the treatment consisted of local excision with curettage and saucerization with a surgical drill of the adjacent bone, under local anesthesia. The pathological examination confirmed that it was an odontogenic keratocyst, however, located in soft tissues. The patient has been clinically and radiographically monitored for 3 years after the second surgical intervention without evidence of recurrence.

**KEYWORDS:** Odontogenic Cysts; Jaw Cysts; Recurrence.

## RECURRENCIA DE TEJIDOS BLANDOS TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO INTRAÓSEO

**RESUMEN:** El queratoquiste odontogénico tiene su origen etiológico a partir de restos celulares de la lámina dental. Aparece con mayor frecuencia en la región posterior de la mandíbula y afecta ligeramente más a los hombres en la tercera y cuarta décadas de la vida. Existen pocos estudios en la literatura sobre recurrencias de queratoquistes odontógenos en tejidos blandos. El presente estudio tiene como objetivo reportar un caso de recurrencia de tejidos blandos de un queratoquiste odontogénico intraóseo. Inicialmente, la lesión estaba localizada en el maxilar izquierdo, involucrando el diente impactado 23, extendiéndose desde el ápice del diente 21 al 27. Después de 2 años de escisión de la lesión primaria en un centro quirúrgico, bajo anestesia general, se desarrolló una lesión ampollosa de diámetro aproximadamente 1 cm, en la encía insertada en la región vestibular entre las unidades dentales 22 y 24. En esta ocasión el tratamiento consistió en escisión local con curetaje y platillo con fresa quirúrgica del hueso adyacente, bajo anestesia local. El examen patológico confirmó que se trataba de un queratoquiste odontogénico, sin embargo, localizado en tejidos blandos. El paciente ha sido seguido clínica y radiográficamente durante 3 años después de la segunda intervención quirúrgica sin evidencia de recurrencia.

**PALABRAS CLAVE:** Quistes Odontogénicos; Quistes Maxilomandibulares; Recurrencia.

### 1. INTRODUÇÃO

O ceratocisto odontogênico tem origem a partir de restos celulares da lâmina dentária (Neville *et al.*, 2016). Sua classificação em cisto ou tumor odontogênico é motivo de controvérsia na comunidade científica devido à presença de mutações genéticas,

comportamento agressivo e alta taxa de recorrência (Titinchi, 2022). Inclusive, já tendo sido classificado como tumor odontogênico ceratocisto na Classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2005. Contudo, retornou à sua nomenclatura como cisto na classificação de 2017, permanecendo assim na mais recente de 2022 (Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

Normalmente, surge com maior prevalência na região posterior de mandíbula e ramo, acometendo preferencialmente o sexo masculino na terceira e quarta década de vida. Para o diagnóstico de ceratocisto odontogênico, devem estar presentes os seguintes critérios essenciais: ocorrência nos maxilares, revestimento epitelial paraqueratinizado e células basais hipercromáticas em paliçada (Soluk-Tekkesin; Wright, 2022).

Como comportamento clínico, apresenta tendência à recorrência, grande potencial de crescimento e possível associação com a síndrome do carcinoma nevóide basocelular. A taxa de recorrência varia de acordo com o tratamento, tendo uma taxa ponderada de 16,6% para os diferentes tratamentos (Al-Moraissi *et al.*, 2017).

Existem poucos relatos na literatura sobre a variante periférica do ceratocisto odontogênico. Adicionalmente, esta condição nosológica, até o momento, não é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua classificação para cistos e tumores maxilares. De uma forma geral, é mais frequente no sexo feminino e na maxila, principalmente na região anterior. Clinicamente, apresenta-se como um nódulo assintomático, por vezes flutuante, de coloração amarelo-esbranquiçada e de consistência mole (Lafuente-Ibáñez de Mendoza *et al.*, 2022). Apresenta as mesmas características histológicas do ceratocisto odontogênico intraósseo, contudo, envolvendo apenas tecidos moles e com predileção pela mucosa gengival/alveolar (Rodrigues *et al.*, 2020).

Poucos estudos são encontrados na literatura científica sobre recidivas em tecido mole do ceratocisto odontogênico intraósseo. Ademais, a classificação como ceratocisto periférico destas recidivas é inviabilizada pelo histórico de lesão intraóssea primária. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de recidiva em tecidos moles de ceratocisto odontogênico.

## **2. RELATO DE CASO**

Paciente, 18 anos de idade, sexo masculino, foi encaminhado para o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (UFS) devido a aumento de volume assintomático em região anterior de maxila esquerda

há cerca de 2 anos. Ao exame clínico intraoral, observou-se presença de abaulamento em região de fundo de vestibulo da maxila esquerda, com ausência da UD 23 e retenção prolongada da UD 63.

Ao exame radiográfico (panorâmica), foi observada imagem radiolúcida, de limites definidos, com extensão desde o ápice do dente 21 ao 27, envolvendo a UD 23 inclusa (figura 1). Ao exame tomográfico, observou-se imagem hipodensa associada ao canino incluído na maxila esquerda, medindo cerca de 3,3 x 2,7 x 2,5 cm com volume estimado de 11,6 cm<sup>3</sup>, promovendo expansão e afilamento das corticais vestibular e palatina (figura 2). Foi realizada biópsia incisional com punção aspirativa, sob anestesia local, com diagnóstico anatomopatológico de ceratocisto odontogênico.



**Figura 1:** Radiografia panorâmica prévia ao tratamento da lesão intra-óssea primária. Lesão radiolúcida, com limites bem definidos, estendendo-se do ápice do dente 21 ao dente 27, com envolvimento da unidade dentária 23 incluída.

Fonte: Arquivo pessoal.



**Figura 2:** Tomografia computadorizada (corte axial) prévia ao tratamento da lesão intra-óssea primária. Área hipodensa associada ao canino incluído na maxila esquerda, promovendo expansão e afilamento das corticais palatina e vestibular.

Fonte: Arquivo pessoal.

Diante do resultado histopatológico, promoveu-se a exérese da lesão associada à remoção da UD 23, sob anestesia geral. O procedimento consistiu numa enucleação com curetagem local e saucerização do osso adjacente com broca cirúrgica. Adicionalmente, foi promovido uma dissecção supraperiosteal do retalho mucogengival devido à presença de uma perfuração cortical vestibular observada no transoperatório.

Foi constatado um padrão de cicatrização satisfatório no pós-operatório do paciente. Num período de dois anos de controle, a tomografia de acompanhamento demonstrou defeito ósseo com descontinuidade da cortical palatina decorrente da curetagem extensa promovida anteriormente, mas sem sinais de recidiva intra-óssea. Contudo, clinicamente, foi observada a presença de lesão bolhosa de diâmetro aproximado de 1 cm na junção mucogengival de maxila esquerda próxima ao sítio operado, entre os dentes 22 e 24 (figura 3).



**Figura 3:** Aspecto clínico da recidiva em tecido mole após 2 anos de tratamento da lesão intraóssea primária. Lesão bolhosa com diâmetro aproximado de 1 cm, localizada na junção mucogengival de maxila esquerda, entre os dentes 22 e 24.

Fonte: Arquivo pessoal.

A partir desse achado clínico de provável recorrência em tecido mole do cisto primário, decidiu-se por realizar uma excisão local da lesão, curetagem e saucerização com broca cirúrgica do osso adjacente (figura 4).

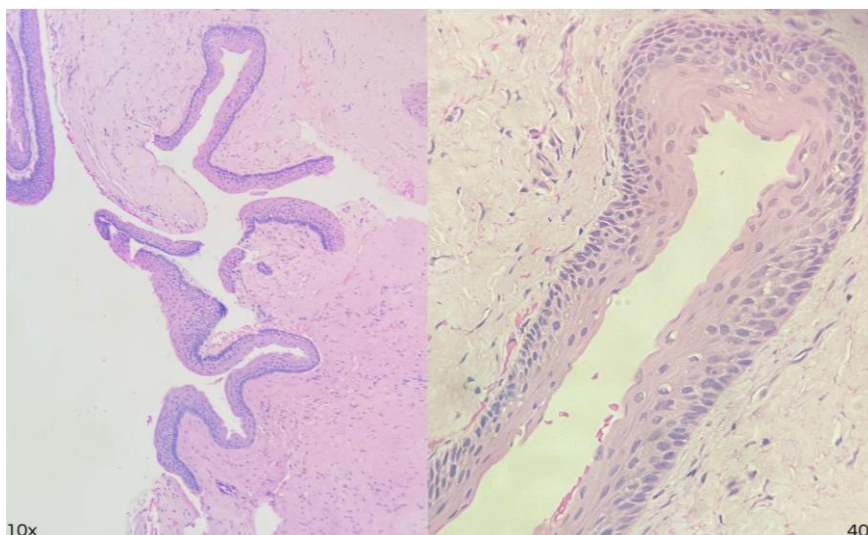




**Figura 4:** Aspecto transoperatório da excisão local da recidiva em tecidos moles. Adicionalmente, foi realizada incisão e rebatimento do retalho mucoperiosteal para curetagem e saucerização com broca cirúrgica do osso adjacente.

Fonte: Arquivo pessoal.

O exame histopatológico apontou novamente para o ceratocisto odontogênico, no entanto, com localização em tecidos moles em fase incipiente. A análise microscópica demonstrou lesão cística odontogênica caracterizada pela proliferação de tecido epitelial paraceratinizado e cápsula fibrovascular. O epitélio possuía uniformidade de espessura, camada basal exibindo células com organização em paliçada, reversão de polaridade e hipercromatismo (figura 5).



**Figura 5:** Cortes histológicos corados em HE, em aumentos de 10x e 40x. Lesão cística odontogênica caracterizada pela proliferação de tecido epitelial paraceratinizado com organização em paliçada, reversão de polaridade e hipercromatismo.

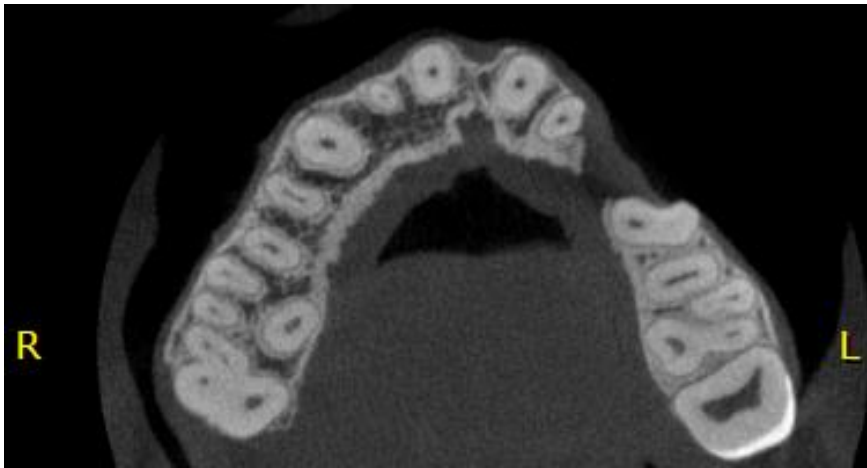
Fonte: Arquivo pessoal.

O paciente vem sendo acompanhado clínica e radiograficamente há 3 anos após a segunda intervenção cirúrgica sem evidências de recidiva (figuras 6 e 7).



**Figura 6:** Acompanhamento clínico de aproximadamente 3 anos após intervenção cirúrgica da recidiva em tecidos moles.

Fonte: Arquivo pessoal.



**Figura 7:** Tomografia computadorizada (corte axial). Acompanhamento pós-operatório de aproximadamente 3 anos da intervenção cirúrgica da recidiva em tecidos moles. Presença de defeito ósseo, na cortical vestibular e palatina, decorrente da curetagem extensa promovida no tratamento inicial da lesão primária. No entanto, sem sinais de recidiva intra-óssea.

Fonte: Arquivo pessoal.

### 3. DISCUSSÃO

O ceratocisto odontogênico intraósseo conforme Soluk-Tekkesin e Wright (2022) ocorre mais comumente na 3ª e quartas décadas de vida, tendo predileção pelo gênero masculino e acometendo mais comumente a região posterior de mandíbula, chegando a 80% dos casos ocorrendo nesta região de acordo com Lafuente-Ibáñez de Mendoza *et al.* (2022). O presente relato difere devido ao fato de o paciente estar adentrando a segunda década de vida (18 anos quando foi diagnosticado com o ceratocisto odontogênico intraósseo) e a localização em maxila também não é a mais comum.

A referida lesão tem alto potencial de recorrência, sendo 16,6% a taxa de recorrência ponderada para os diferentes tratamentos, 23,1% para enucleação isolada, 17,4% para enucleação com curetagem, 11,5% para enucleação e solução de Carnoy, 14,5% para enucleação associada a crioterapia com nitrogênio líquido, 32,3% para marsupialização isolada, 14,6% para descompressão seguida de cistectomia residual e 8,4% para ressecção (Al-Morraissi *et al.*, 2017). A ressecção radical é o tratamento com uma menor taxa de recidiva, mas deve ser reservada para múltiplas lesões recorrentes para minimizar a morbidade (Diogardi *et al.*, 2024; Al-Morraissi *et al.*, 2017).

Gambrir e Rani (2014) sugerem que o manejo agressivo das lesões seja reservado para os seguintes casos: 1) lesões que envolvam o processo condilar da mandíbula, requerendo ressecção com desarticulação; 2) quando há envolvimento da borda inferior da mandíbula; 3) lesão da maxila com tamanho extraordinário e envolvimento da órbita, cavidade nasal ou fossa pterigóide e 4) lesões que sofreram transformação maligna.

No presente estudo, devido ao fato do paciente ser jovem e a lesão não ser tão extensa, foi escolhido um tratamento mais conservador. Contudo, após 2 anos de acompanhamento, foi observada uma recidiva em tecidos moles. A partir dessa recorrência na junção mucogengival, procedeu-se à excisão local da lesão associada à curetagem e saucerização com broca cirúrgica do osso adjacente. Esta nova abordagem demonstrou-se eficaz e sem novas recorrências, sendo o paciente acompanhado por 3 anos após essa segunda intervenção cirúrgica.

Titinchi (2022) elencou os parâmetros significativamente associados à recorrência do ceratocisto odontogênico intraósseo, tais como: idade (faixas etárias variáveis), lesões multiloculares grandes (>4 cm) com perfuração cortical, associação com dentição, presença de cistos filhos e brotamento epitelial. No presente caso, a lesão intraóssea era unilocular e menor que 4 cm (3,3 x 2,7 x 2,5 cm), mas com perfuração cortical vestibular e associada a uma unidade dentária impactada.

Tem-se as seguintes possíveis justificativas para a tendência a recorrência: 1) o revestimento fino e destacável da cápsula cística, o que torna propício a não remoção de fragmentos epiteliais; e 2) cistos filhos ou satélites ocorrerem além da margem visível da lesão, podendo permanecer como remanescente e originar recorrências, principalmente em lesões multiloculares (Diogardi *et al.*, 2024; Stoelinga, 2005; Al-Morraissi; Pogrel; Ellis, 2016). Para Stoelinga (2005), esses cistos satélites remanescentes podem estar localizados no tecido conjuntivo da parede do cisto ou, mais provavelmente, na mucosa



adjacente. No caso de lesões que levam a perfuração da cortical, esses microcistos podem estar localizados entre a mucosa oral e o cisto propriamente dito, motivo pelo qual alguns autores orientarem a excisão da mucosa no caso de perfuração cortical (Pogrel, 2013; Titinchi, 2022; Da Silva; Stoelinga; Naclério-Homem, 2019; Al-Moraissi; Pogrel; Ellis, 2016; Stoelinga, 2005; Pogrel, 2015; Stoelinga, 2022).

Stoelinga (2005) elenca como importante a identificação da área onde o cisto está aderido e excisar esta parte da mucosa juntamente com a enucleação do cisto para evitar recidivas. Com esta manobra, aproximadamente em 50% dos casos, evitar-se-ia possíveis fontes de recidiva de ceratocisto odontogênico. Entretanto, mesmo removendo a mucosa sobrejacente, uma recidiva ainda pode ocorrer visto não ser possível, macroscopicamente, verificar se toda a área com ilhas epiteliais foi excisada (Stoelinga, 2022).

Al moraissi, Pogrel e Ellis (2016) em sua revisão sistemática com meta análise, incluindo 11 estudos, sobre a diminuição da taxa de recorrência de ceratocistos odontogênicos com a enucleação seguida de excisão ou não da mucosa sobrejacente, não identificou diferença estatisticamente significativa. Contudo, em 68,8% dos ceratocistos odontogênicos com perfuração da cortical, foi verificada a presença de ilhas epiteliais e microcistos na mucosa sobrejacente excisada. Desta forma, apesar de não haver relevância estatística, os autores sugerem que a enucleação do ceratocisto, seguida ou não de solução de Carnoy ou nitrogênio líquido (quando indicado), deveria contemplar a excisão da mucosa sobrejacente, principalmente nos casos que envolvam: trígono retromandibular, ramo ascendente, região posterior de maxila e quando houver perfuração da cortical óssea.

No presente caso, a lesão primária do ceratocisto intraósseo foi submetida a enucleação seguida de curetagem e saucerização com broca cirúrgica do osso adjacente, mas sem a excisão da mucosa em sua espessura total. Por tratar-se de uma área estética na região de canino e pré-molares, foi realizada uma dissecação supraperiosteal da mucosa de recobrimento. Apesar disso, o paciente apresentou recidiva em tecido mole após 2 anos do tratamento da lesão intraóssea. Entretanto, em uma segunda intervenção para remoção da recidiva em tecidos moles, não se constatou sinais de recorrência após 3 anos de acompanhamento.

Até o momento, o ceratocisto odontogênico periférico não é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua mais recente classificação para cistos e

tumores maxilares (Soluk-Tekkesin e Wright, 2022). No entanto, existem relatos na literatura sobre as características e comportamento clínico dessa variante.

Em relação ao ceratocisto periférico, Lafuente-Ibáñez de Mendoza *et al.* (2022) em sua revisão sistemática, aponta uma maior prevalência no gênero feminino (66,6%) e na região anterior de maxila (60%) entre os incisivos e os pré-molares. Os autores trazem as principais características clínicas como sendo uma lesão nodular assintomática, esbranquiçada-amarelada e mole, muitas vezes flutuante com um tamanho médio de 0,8 cm. Como tratamento indicado, a revisão evidencia a excisão cirúrgica cuidadosa com uma taxa de recorrência de 27,3%, provavelmente relacionada à excisão incompleta. Para Brooks *et al.* (2023), a taxa de recorrência foi de 31,3%, tendo a variante periférica um comportamento menos agressivo que o intraósseo.

O presente caso clínico, trata-se de uma lesão de ceratocisto em tecidos moles em paciente do gênero masculino, localizada em maxila, com aproximadamente 1 cm de diâmetro. Apesar de algumas similaridades, não se pode considerar uma variante periférica verdadeira por ser uma recidiva proveniente de uma lesão óssea. Entretanto, conforme preconizado pela literatura, foi promovida a excisão cirúrgica cuidadosa da lesão. Adicionalmente, foi rebatido o retalho mucoperiosteal para realização de curetagem e saucerização com broca cirúrgica do osso adjacente. Após 3 anos de acompanhamento, esta conduta mostra-se eficaz e sem sinais clínicos e imaginológicos de novas recidivas.

Não foram identificados relatos de casos explícitos na literatura de lesões intraósseas com recidivas em tecidos moles. Ademais, Lafuente-Ibáñez de Mendoza *et al.* (2022) cita como uma das limitações dos estudos acerca de ceratocistos periféricos, o pequeno número de casos relatados e da possibilidade, em alguns casos, de serem lesões intraósseas que se exteriorizam para os tecidos moles.

Para Lafuente-Ibáñez de Mendoza *et al.* (2022), 38% dos casos de ceratocistos periféricos relatados apresentam imagem radiolúcida associada ao osso adjacente. Esse achado imaginológico leva à discussão se seria uma exteriorização de uma lesão intraóssea ou produto da pressão do ceratocisto periférico no osso. Já Brooks *et al.* (2023) observaram que 45,8% dos casos apresentavam reabsorção pressórica. Contudo, Zhu, Yang e Zheng (2014) não encontraram nenhuma característica radiológica nas radiografias de seus estudos, exceto um indivíduo com reabsorção óssea mínima na crista alveolar.

Segundo Stoelinga (2005), as recorrências dos ceratocistos intraósseos normalmente ocorrem nos primeiros 5 anos de pós-operatório, o que de fato aconteceu no presente estudo em relação à lesão primária, culminando na recidiva em tecidos moles. Desta forma, de acordo com o autor, o acompanhamento deve ser realizado uma vez por ano nos primeiros 5 anos e, posteriormente, uma vez a cada 2 anos.

De acordo com Brooks (2024), para reduzir a recorrência do ceratocisto periférico, é recomendada a dissecação suprapariosteal, assim como o acompanhamento pós-operatório por 5 a 7 anos, buscando manifestações sutis de recorrência. Assim, o diagnóstico e o tratamento precoce colaboram para a redução da incidência de um defeito mucogengival. No caso relatado, a recidiva em tecidos moles foi identificada com dois anos de pós-operatório e com um tamanho aproximado de 1,0 cm. O tratamento foi instituído tão logo observada a presença da recorrência nos tecidos moles, contribuindo para uma menor morbidade do tecido mucogengival.

Por fim, apesar da variante periférica do ceratocisto possuir características específicas, especula-se em alguns casos, se sua origem seria primária ou recidiva de uma lesão intraóssea. Este fator confundidor poderia explicar a escassez de estudos sobre as recidivas em tecidos moles. Portanto, um número maior de casos relatados é necessário para contribuir no melhor entendimento sobre os ceratocistos odontogênicos periféricos versus recidiva em tecidos moles de uma lesão intraóssea.

## REFERÊNCIAS

AL-MORAISSEI, E. A.; POGREL, M. A.; ELLIS, E. Does the Excision of Overlying Oral Mucosa Reduce the Recurrence Rate in the Treatment of the Keratocystic Odontogenic Tumor?. **Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 74, n. 10, p. 1974-1982, 2016.

AL-MORAISSEI, E. A. *et al.* What surgical treatment has the lowest recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: A large systematic review and meta-analysis. **Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, v. 45, n. 1, p. 131-144, 2017.

BROOKS, J. K. *et al.* Recurrent peripheral odontogenic keratocyst: Review of the literature and presentation of a novel case initially masquerading as an atypical infected lateral periodontal cyst. **Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery**, v. 125, n. 4, 2024.

DA SILVA, Y. S.; STOELINGA, P. J. W.; NACLÉRIO-HOMEM, M. G. The presentation of odontogenic keratocysts in the jaws with an emphasis on the tooth-bearing area: a systematic review and meta-analysis. **Oral and maxillofacial surgery**, v. 23, n. 2, p. 133-147, 2019.

DIOGUARDI, M. *et al.* Factors and management techniques in odontogenic keratocysts: a systematic review. **European journal of medical research**, v. 29, n. 287, 2024.

GAMBHIR, A.; RANI, G. Conservative Management of Keratocystic Odontogenic Tumour with Enucleation, Excision of the Overlying Mucosa and Electrocauterization - A Case Report. **The West Indian medical journal**, v. 63, n. 7, p. 775-778, 2014.

LAFUENTE-IBÁÑEZ DE MENDOZA, I. *et al.* Peripheral odontogenic keratocyst: Clinicopathological and immunohistochemical characterization. **Oral diseases**, v. 28, n. 4, p. 1198-1206, 2022.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 912 p.

POGREL, M. A. The Keratocystic Odontogenic Tumor. **Oral and maxillofacial surgery clinics of North America**, v. 25, n. 1, p. 21-30, 2013.

POGREL, M. A. The keratocystic odontogenic tumour (KCOT)--an odyssey. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 44, n. 12, p. 1565-1568, 2015.

RODRIGUES, B. T. G. *et al.* Peripheral odontogenic keratocyst: Report of two new cases and review of the literature. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 12, n. 10, p. 1005-1010, 2020.

SOLUK-TEKKESIN, M.; WRIGHT, J. M. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. **Türk patoloji dergisi**, v. 38, n. 2, p. 168-184, 2022.

STOELINGA, P. J. W. The odontogenic keratocyst revisited. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 51, n. 11, p. 1420-1423, 2022.

STOELINGA, P. J. W. The treatment of odontogenic keratocysts by excision of the overlying, attached mucosa, enucleation, and treatment of the bony defect with carnoy solution. **Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 63, n. 11, p. 1662-1666, 2005.

TITINCHI, F. Novel recurrence risk stratification of odontogenic keratocysts: A systematic review. **Oral diseases**, v. 28, n. 7, p. 1749-1759, 2022.



ZHU, L.; YANG, J.; ZHENG, J. Radiological and clinical features of peripheral keratocystic odontogenic tumor. **International journal of clinical and experimental medicine**, v. 15, n. 7, p. 300-306, 2014.

## **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Gabriela Araujo da Costa: Redação do manuscrito.

Alina Lúcia Oliveira Barros: Revisão crítica do trabalho escrito.

Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos: Cirurgiã do caso.

Antônio Carlos Marqueti: Revisão crítica do trabalho escrito.

Rosany Larissa Brito de Oliveira: Revisão crítica do trabalho escrito.

Álvaro Bezerra Cardoso: Cirurgião do caso e revisão crítica do trabalho escrito.