



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**FELIPE SOUZA LIMA ALENCAR**

**Caracterização dos Cistos Odontogênicos Glandulares: Um Estudo  
Observacional Retrospectivo**

**Rio de Janeiro**  
**2020**

FELIPE SOUZA LIMA ALENCAR

CARACTERIZAÇÃO DOS CISTOS ODONTOGÊNICOS GLANDULARES: UM  
ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Elisa Rangel Janini

Rio de Janeiro  
2020

## CIP - Catalogação na Publicação

A368c      ALENCAR, Felipe Souza Lima  
              Caracterização dos Cistos Odontogênicos  
              Glandulares: Um Estudo Observacional Retrospectivo  
              / Felipe Souza Lima ALENCAR. -- Rio de Janeiro,  
              2020.  
              65 f.

              Orientadora: Maria Elisa Rangel Janini.  
              Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
              Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa  
              de Pós-Graduação em Odontologia, 2020.

              1. Estomatologia. 2. Clínica Odontológica. 3.  
              Cistos Odontogênicos. 4. Patologia Oral. I. Janini,  
              Maria Elisa Rangel , orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.



UFRJ  
faz 100  
ANOS  
1920 | 2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
SECRETARIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA



ATA

PROCESSO Nº

23079.220693/2020-07

Aos três dias do mês dezembro de dois mil e vinte, às dez horas, por via remota, tendo em vista a suspensão das atividades presenciais causada pela pandemia por COVID-19, conforme o disposto nas Resoluções do CEPG nº 01/2020, 02/2020, 09/2020 e 03/2019, reuniu-se a Comissão Julgadora da defesa de dissertação do(a) aluno(a) **FELIPE SOUZA LIMA ALENCAR** do Curso de Mestrado Profissional em Clínica Odontológica, constituída dos Professores(as) Doutores(as) Maria Elisa Rangel Janini, Maria Augusta Visconti Rocha Pinto e Bruna Lavinias Sayed Picciane. A sessão foi aberta pela Professora Dra. Maria Elisa Rangel Janini e foram iniciados remotamente os trabalhos de apresentação da aula, arguição e defesa da dissertação do aluno **FELIPE SOUZA LIMA ALENCAR** intitulada: "**Caracterização dos cistos odontogênicos glandulares: um estudo observacional retrospectivo.**" que teve como orientadora a Professora Dra. Maria Elisa Rangel Janini. A DEFESA REMOTA OCORREU APÓS consentimento do discente, DO(S) ORIENTADOR(ES), da Comissão Deliberativa do Programa de Pós-graduação, bem como da banca examinadora em arguir o(a) candidato(a) de forma remota. Foi obedecido o Regulamento dos Cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia aprovado pelo Conselho de Ensino de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro em dezoito de maio de 2012, tendo todos os examinadores aprovado o(a) candidato(a), elaborando um parecer fundamentado de sua decisão e enviando o referido parecer para o e-mail do Mestrado Profissional em Clínica Odontológica (mpco@odonto.ufrj.br), aos cuidados da secretária Jussara Borges Pinheiro. Concluídos remotamente os trabalhos, a Comissão Examinadora considerou o(a) candidato(a) aprovado(a) com conceito final "A", fazendo jus ao Título de **Mestre em Clínica Odontológica**. Encerrada a sessão, realizada por via remota, FOI lavrada a presente ata, que segue assinada pelo presidente da banca examinadora em conformidade com as resoluções do CEPG, supracitadas.

Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 2020.

*Maria Elisa Rangel Janini*  
**Professora Dra. Maria Elisa Rangel Janini**  
Presidente da Banca Examinadora

*Maria Elisa Rangel Janini*  
Estomatologia - CRO - 11391-7  
Matr. SIAPE: 6366639

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que sempre direcionou minha vida e fez coisas incríveis por mim.

Ao meu pai Francirlê Almino de Lima Alencar, minha mãe Rita de Fátima Souza e irmão Vinícius Souza Lima Alencar pelo carinho e apoio. Sobretudo por nunca medirem esforços para que eu alcançasse mais essa conquista de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Mariana Porciúncula de Almeida, minha companheira da vida, pois esteve comigo desde o início da minha trajetória profissional e sabe como é difícil realizar um trabalho desse nível, abdicando inclusive dos nossos momentos para concretizar esta etapa.

A minha orientadora, a Professora Doutora Maria Elisa Rangel Janini por ter aceitado acompanhar-me neste projeto. O seu empenho foi essencial para a minha motivação à medida que as dificuldades iam surgindo,

À Professora Doutora Maria Augusta Visconti pelas orientações para a melhoria desse trabalho, além de ter me oferecido toda assistência no período que tive que me ausentar temporariamente do Programa de Mestrado,

Ao Professor Doutor Roberto José Lima por ser tão solícito e ajudar na leitura das lâminas anatomopatológicas dos casos clínicos,

Ao Professor Doutor Bruno Augusto Benevenuto de Andrade por ter disponibilizado as fotos anatomopatológicas dos casos clínicos,

À Professora Doutora Brunna Lavinias Sayed Picciani pelo apoio e orientações pertinentes e por ser uma das pessoas que despertaram meu interesse na área de Estomatologia,

À Professora Doutora Marília Heffer Cantisano, por ter me incentivado desde a graduação a me aprofundar nos estudos na Odontologia, além de ser um exemplo de professora comprometida com seus alunos e com a faculdade,

Ao Professor Doutor José Roberto de Menezes Pontes por além de ser um grande amigo, ter sido um dos meus maiores incentivadores em buscar o aprimoramento

e a excelência profissional na Estomatologia, desde os tempos da graduação até os dias atuais

À equipe de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha, na pessoa do Capitão de Fragata (CD) Hiran José Rodrigues Coelho, pela amizade e apoio durante o breve período que trabalhamos juntos, me cedendo os horários para que pudesse terminar as disciplinas pendentes,

Aos meus colegas de trabalho da Policlínica Naval de Niterói, representados aqui pelo Chefe da Divisão de Odontologia, o Capitão de Corveta (CD) Eugênio Francisco Pintado Zevallos, sempre me incentivando através de palavras e atitudes a alcançar minhas potencialidades, além de me ceder os horários necessários para a conclusão do mestrado,

Expresso minha gratidão a todos os profissionais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro por todo o apoio e orientações que me deram ao longo da realização do meu trabalho,

A todos os que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, obrigado por tudo.

Alencar, Felipe Souza Lima. **Caracterização dos Cistos Odontogênicos Glandulares: Um Estudo Observacional Retrospectivo**. Rio de Janeiro. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Clínica Odontológica) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## RESUMO

Cistos Odontogênicos Glandulares (COG) são lesões benignas originárias do epitélio ectomesenquimal do esmalte, sendo classificados como cistos odontogênicos de desenvolvimento. O objetivo deste trabalho foi traçar um perfil clínico, radiográfico e anatomopatológico dos COGs a partir de uma análise de dois casos clínicos diagnosticados na Clínica de Estomatologia do Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio de Janeiro e compará-los com relatos de casos obtidos na literatura. Foi realizada uma busca em prontuários na Clínica do ano de 2010 até 2019 onde foram selecionados dois casos clínicos dessa entidade que preenchem os critérios elegibilidade. Clinicamente, ambos se apresentaram como aumentos de volume bem delimitados, assintomáticos, em localização incomum quando comparados com as revisões de literatura. Em exames de imagem, revelaram-se com imagens radiolúcidas uniloculares, bem delimitados com aproximadamente 04 centímetros ~~em~~ seu maior diâmetro. O diagnóstico final foi feito a partir da análise anatomopatológica.

Foi realizada busca na literatura incluindo apenas casos clínicos dessa lesão, analisou-se 65 casos clínicos distribuídos em 49 publicações científicas. A análise estatística da frequência de cada característica foi apresentada de forma descritiva, o

gênero masculino acometeu 52% (n=34), a idade dos pacientes variou de 12 a 82 anos. A localização mais comum foi região anterior de mandíbula com 33% (n=22). Aspecto radiográfico unilocular bem delimitado caracterizou 65% dos casos, expansão óssea estava presente em 74% (n=38), ausência de deslocamento dentário em 64% (n=30). O rompimento de cortical óssea esteve presente em 51% (n=19). A modalidade de tratamento mais comum foi a enucleação com 56% (n=29). O tempo de acompanhamento variou de 06 meses a 15 anos. As características anatomopatológicas mais presentes em 74% (n = 37) dos casos foram a presença de microcistos intraepiteliais ou espaços semelhantes a ductos forrados por uma camada única de células cuboidais para colunares. Os casos encontrados na busca de prontuários variaram na localização e idade dos pacientes, nos outros aspectos, não foi encontrado alterações comparados com os dados da literatura. O conhecimento do perfil clínico e microscópico dessa entidade patológica é fundamental para o seu correto diagnóstico e tratamento.

Palavras-Chave: Cisto Odontogênico Glandular, Cistos Odontogênicos.

## ABSTRACT

Glandular Odontogenic Cysts (GOC) are benign, originating from the enamel ectomesenchymal epithelium, being classified as developmental odontogenic cysts. The objective of this work was to trace a clinical, radiographic and anatomopathological profile of the COGs from an analysis of two clinical cases diagnosed at the Stomatology Clinic of the Department of Pathology and Oral Diagnosis of the Federal University of Rio de Janeiro and compare them with case reports collect in literature. A search was carried out on medical records at the Clinic from 2010 to 2019, where two clinical cases of this entity that met the eligibility criteria were selected. Clinically, both separate as well-defined, asymptomatic swelling in an unusual location when compared to the literature reviews. In imaging exams, they were revealed with unilocular radiolucent images, well delimited with approximately 04 density in greater diameter. The final diagnosis was made from anatomopathological analysis.

The literature search was performed including only clinical cases of this lesion, 65 clinical cases were analyzed, distributed in 49 scientific publications. A statistical analysis of the frequency of each characteristic was presented in a descriptive way, the male gender affected 52% (n = 34), the age of the patients ranging from 12 to 82 years. The most common location was the anterior mandible region with 33% (n = 22). Well-defined unilocular radiographic aspect characterized 65% of cases, bone expansion was present in 74% (n = 38), absence of tooth displacement in 64% (n = 30). Bone cortical disruption was present in 51% (n = 19). The most common treatment modality was enucleation with 56% (n = 29). The follow-up time ranged from 06 months to 15 years. The anatomopathological characteristics most present in 74% (n = 37) of the cases were

the presence of intraepithelial or similar microcysts similar to ducts covered by a single layer of cuboidal cells for columnar. The cases found in the search for medical records varied in the location and age of the patients, in other aspects, no changes were found compared with the data in the literature. Knowledge of the clinical and microscopic profile of this pathological entity is essential for its correct diagnosis and treatment.

**Key words:** Odontogenic Cysts, Glandular Odontogenic Cyst.

## LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Radiografia panorâmica inicial	24
Figura 02	Tomografia Computadorizada Inicial: A e B: Reconstruções Sagitais, C: Reconstrução axial, D: Reconstrução Coronal	25
Figura 03	Recortes anatomopatológicos: A em menor aumento e B em maior aumento com detalhe	27
Figura 04	Fotografia Clínica intrabucal: A: Pré-operatória, B: Transoperatória e enucleação da lesão, C: Pós operatória	29
Figura 05	Material enviado para análise anatomopatológica	30
Figura 06	Radiografia Panorâmica após 8 meses da enucleação	30
Figura 07	Fotografia Clínica intraoral inicial	32
Figura 08	Radiografia Panorâmica Inicial	33
Figura 09	Tomografia Computadorizada Inicial: A: Reconstrução coronal, B: Reconstrução Sagital e C: Reconstrução axial	34
Figura 10	Recortes Anatomopatológicos, A: Fotomicrografia em menor aumento da parede cística, B: Fotomicrografia em menor aumento do revestimento cístico e C: Corte anatomopatológico em maior aumento	36
Figura 11	Foto extraoral do dia da enucleação da lesão	37
Figura 12	Fotografia Clínica intrabucal: A e B: Transoperatória para enucleação da lesão óssea	38
Figura 13	Radiografia panorâmica após 60 dias da enucleação	39
Figura 14	Fluxograma para a inclusão dos artigos no estudo	41
Figura 15	Padronização sugerida para diagnóstico e tratamento dos Cistos Odontogênicos Glandulares	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Sequência para obtenção dos dados dos casos coletados adaptados da CARE checklist	19
Tabela 2-	Chaves de busca nas bases de dados	20
Tabela 3-	Características clínicas e radiográficas dos relatos de caso obtidos na literatura adicionados os dois casos descritos.	42
Tabela 4-	Características anatomopatológicas dos relatos de caso obtidos na literatura adicionados os dois casos descritos	45

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	14
2. Objetivo.....	16
3. Desenvolvimento.....	16
3.1 Material e Método.....	16
3.1.1 Delineamento para obtenção dos relatos de caso na literatura.....	16
3.1.2 Critérios de elegibilidade para obter os relatos de caso na literatura.....	17
3.1.3 Delineamento da busca na literatura.....	20
3.1.4 Critérios de elegibilidade da busca na literatura.....	21
3.2 Resultados.....	23
3.2.1 Estudo Retrospectivo: Relato de Dois Casos.....	23
3.2.2 Caso clínico I.....	23
3.2.3 Caso clínico II.....	31
3.2.4 Busca na Literatura.....	40
3.3 Discussão.....	48
4. Conclusão.....	55
5. Considerações Finais .....	55
6. Referências.....	57
7. Anexos.....	63
7.1 Anexo 1.....	63
7.2 Anexo 2.....	64
7.3 Anexo 3.....	65

## 1. INTRODUÇÃO

Cistos e tumores odontogênicos são lesões que se originam de remanescentes epiteliais e mesenquimais oriundos da embriogênese dentária. Os cistos, em sua classificação mais recente, do ano de 2017, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foram divididos em dois grupos de acordo com a etiologia da lesão, denominados cistos de desenvolvimento e cistos inflamatórios (Soluk-Tekkesin *et al.* 2018).

Os Cistos Odontogênicos Glandulares (COG) são classificados como cistos de desenvolvimento. De acordo com a OMS possuem um padrão anatomopatológico de etiologia epitelial com células simulando um padrão atípico de ductos de glândulas salivares ou diferenciação glandular. (Speight e Takata 2018)

Padayachee e Van Wyk (1987) foram os responsáveis pela primeira publicação científica que relatou os COG, sendo inicialmente denominados como cistos sialo-odontogênicos. Esses autores descreveram dois casos de lesões com as mesmas características clínicas, radiográficas e histopatológicas entre si e com semelhanças ao cisto botrióide e ao carcinoma mucoepidermóide intraósseo, porém, não sendo possível classificar microscopicamente como nenhuma das duas entidades patológicas.

No ano seguinte, Gardner *et al.* (1988), relataram oito casos de cistos produtores de muco, descrevendo as suas características anatomopatológicas, denominando-os pela primeira vez como cistos odontogênicos glandulares. Segundo a publicação, a sua origem odontogênica pode ser confirmada pela presença de estruturas semelhantes a esferas epiteliais presentes no revestimento epitelial. Essas alterações são comumente encontradas em outras entidades patológicas já reconhecidas como o cisto periodontal lateral, cistos odontogênicos botrióides e tumores odontogênicos

adenomatóides, sugerindo que possa ser uma variação dessas patologias.

Esses cistos ocorrem exclusivamente em ossos gnáticos e apresentam frequência estimada entre 0,12% a 0,13% entre todos os cistos odontogênicos. (Faisal, Ahmad, Ansari 2015). Além da baixa incidência, as características clínicas, radiográficas e seu perfil epidemiológico não estão bem caracterizados na literatura, principalmente, por se tratar de uma lesão há pouco tempo descrita. Apesar disso, estudos mais recentes descrevem como características usuais aumento de volume assintomático e imagem radiográfica com um padrão radiolúcido unilocular ou multilocular com bordas bem definidas. (Chrcanovic e Gomez 2018; Figueiredo, Dinkar, Khorate 2016; Faisal, Ahmad, Ansari 2015)

O diagnóstico dessa entidade patológica é realizado através de análise anatomopatológica do material obtido por biópsia ou pela remoção cirúrgica da lesão. No entanto, os critérios microscópicos não são totalmente aceitos pela comunidade científica, devido ao amplo espectro de padrões histopatológicos que esse cisto pode apresentar. (Fowler *et al.* 2011; Kaplan, Anavi, Hirshberg 2008). Além disso, algumas características microscópicas possuem semelhança com outros cistos odontogênicos como dentígero, botrióide e radicular. (Fowler *et al.* 2011)

Tendo em vista a área de atuação, o cirurgião-dentista é o profissional mais indicado para o diagnóstico dessa patologia. Portanto, esse estudo tem por finalidade descrever as características clinico-radiográficas e anatomopatológicas do COG e seu comportamento a partir de uma análise retrospectiva de dois casos clínicos diagnosticados na Faculdade de Odontologia da UFRJ

## **2. OBJETIVO**

Descrever as características clínicas, radiográficas e histopatológicas de casos clínicos de pacientes com COG diagnosticados no Serviço de Estomatologia do Departamento de Patologia e Diagnostico Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e compara-los com as características clínicas, radiográficas e anatomopatológicas obtidas através dos relatos de casos clínicos levantados na literatura.

## **3. DESENVOLVIMENTO**

### **3.1 Material e Método**

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho sob número 3.363.386. (Anexo 1)

#### **3.1.1 Delineamento para obtenção dos relatos de caso:**

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo desenvolvido no Departamento de Estomatologia e Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da UFRJ. Os relatos de caso foram obtidos a partir do levantamento das fichas clínicas com o total preenchimento das informações dos pacientes atendidos no Serviço de Estomatologia no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2019, cujo diagnóstico foi COG.

### 3.1.2 Critérios de elegibilidade para obter os relatos de caso

#### **Critérios de inclusão:**

- Paciente com diagnóstico anatomopatológico de Cisto Odontogênico Glandular;
- Paciente tratado no próprio departamento;
- As lesões devem ser primárias e não recidivantes.

Os dados clínicos dos participantes da pesquisa foram obtidos através de seus prontuários odontológicos. As informações contidas na anamnese dirigida, tais quais queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa e dados sociodemográficos de cada um dos participantes de pesquisa foram registrados em uma planilha eletrônica (*Microsoft Word 2018*).

Com o objetivo de estabelecer uma padronização das informações coletadas, foi seguido o checklist de recomendações para transcrição de relatos de casos clínicos da CARE (Case Report Guidelines). Esse documento tem como objetivo auxiliar na organização das informações, servindo de um guia para melhorar a qualidade das publicações científicas. (Riley 2017) (Tabela 01)

As imagens fotográficas intraorais e extraorais, quando possíveis, foram realizadas nas consultas iniciais e de acompanhamento. As imagens radiológicas (radiografias panorâmicas e tomografias computadorizadas) e fotos das lâminas anatomopatológicas foram obtidas no Serviço de Radiologia Oral e do Laboratório de Patologia Oral da UFRJ respectivamente. As imagens selecionadas não apresentavam

nenhuma identificação dos participantes.

A fim de minimizar a exposição dos pacientes e conseqüentemente os riscos à integridade psíquica, física e social dos mesmos, foi instituído um código alfanumérico para identificar as fotos e imagens diagnósticas de cada paciente selecionado. Esse código é o mesmo das fichas clínicas dos pacientes. Além disso, quando existiram fotos extraorais, foi realizado um tratamento das mesmas, com o velamento dos olhos para evitar a identificação dos envolvidos. Todos os pacientes analisados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por fim, o manuseio do material com as informações dos pacientes foi realizado nas dependências da UFRJ a fim de minimizar a possibilidade de extravio dos dados.

As informações obtidas neste estudo foram comparadas com dados obtidos na literatura sobre o tema e discutidas, com o objetivo de aumentar o conhecimento acerca dessa condição patológica e oferecer subsídios para que o profissional tenha base para o seu diagnóstico.

<b>TÓPICOS</b>	<b>DESCRIÇÃO DO ITEM</b>
<b>Informações do Paciente</b>	1) Descrever as informações específicas do paciente não identificadas por ele; 2) Queixa principal e sintomas do paciente; 3) História médica, familiar e psicossocial, incluindo informações genéticas relevantes; 4) Intervenções anteriores relevantes com resultados (Se houver).
<b>Achados Clínicos</b>	1) Coletar informações sobre exame físico e achados clínicos significativos.
<b>Linha Do Tempo</b>	1) Organizar o histórico de atendimentos acerca do COG.
<b>Avaliação Diagnóstica</b>	1) Descrever os ferramentas auxiliares para diagnóstico (uso de fotografias e imagens radiográficas) ; 2) Citar possíveis desafios de diagnóstico (acesso a testes, fatores financeiros ou culturais); 3) Analisar diagnósticos diferenciais; 4) Avaliar Prognóstico.
<b>Intervenção Terapêutica</b>	1) Enumerar quais as modalidades de intervenção terapêutica ocorreram; 2) Descrever as mudanças no tratamento, com justificativa, se houver.
<b>Proservação e Resultados</b>	1) Avaliação objetiva após a intervenção terapêutica pelo profissional e pelo paciente; 2) Acompanhar regularmente dos pacientes e avaliar possíveis recidivas; 3) Analisar a adesão a intervenção e tolerabilidade; 4) Eventos adversos ou imprevistos.

**Tabela 01:** Sequência para obtenção dos dados dos casos coletados adaptados da CARE checklist

### 3.1.3 Delineamento da busca na literatura

Foi realizada uma busca nas bases de dados PUBMED, LILACS e SCIELO com as chaves de busca de acordo com a tabela 02. Esses descritores poderiam estar tanto no texto, como no resumo ou no título das publicações. Por estar mais consolidado o perfil clínico e anatomopatológico dessa lesão a partir de 2010 com o artigo de Fowler et al 2011, delimitou-se o período de busca das publicações de 01 de janeiro de 2010 até 31 de dezembro de 2019.

BASE DE DADOS	CHAVE DE BUSCA
PUBMED	"glandular odontogenic cyst" OR "sialo-odontogenic cyst"
LILACS	"glandular odontogenic cyst" OR "cisto odontogenico glandular" OR "Quiste odontogénico glandular"
SCIELO	"glandular odontogenic cyst" OR "cisto odontogenico glandular" OR "Quiste odontogénico glandular"

**Tabela 02.** Chaves de busca nas bases de dados

### 3.1.4 Critérios de elegibilidade da busca na literatura

#### **Critérios de Inclusão:**

- Artigos de relatos de casos clínicos ou série de casos clínicos.

#### **Critérios de exclusão:**

- Publicações que não foram possíveis a leitura completa do artigo científico devido a indisponibilidade da plataforma ou contato com o autor.
- Publicações em que os relatos ou series de casos estiveram disponíveis em diferentes bases de dados.

Os dados coletados foram alocados em uma tabela do *software Office do Microsoft Word 2018* idealizada por nós. O material obtido foi dividido em dois arquivos, um para características clínico-radiográficas e outro para características anatomopatológicas.

Foi criado um campo da tabela para descrever o ano e o autor da publicação

Para o primeiro arquivo, os dados da tabela incluíram achados do exame clínico e radiográfico dos casos clínicos. Quatorze campos da tabela foram separados a seguir relacionados: ano da publicação, autor, gênero, idade, 04 campos para a localização da lesão (maxila anterior, maxila posterior, mandíbula anterior e mandíbula posterior), aspecto radiográfico, deslocamento dentário, rompimento de cortical, expansão óssea, modalidade de tratamento, tempo de preservação.

Devido a escassez de informações sobre as imagens radiográficas e a quase totalidade das publicações se apoiar em radiografias panorâmicas, a análise radiográfica se limitou apenas em descrever se eram lesões uni ou multiloculares. Não foram consideradas as imagens de Tomografia Computadorizada pois a grande maioria das

publicações não descreveu esse tipo de exame de imagem. Quando não houvesse presença de um achado clínico ou radiográfico, o campo correspondente foi marcado com a sigla NR (Não relatado).

Os achados anatomopatológicos para o diagnóstico de COG seguiram os critérios estabelecidos por Fowler *et al.* (2011). Foram alocados dez critérios, que de acordo com o artigo, são as características principais para o diagnóstico dessa entidade patológica: superfície com células cuboidais eosinofílicas (células hobnail), microcistos intrapiteliais ou espaços semelhantes a ductos forrados por uma camada única de células cuboidais para colunares, secreção apócrina das células cuboidais eosinofílicas, células claras ou vacuoladas, revestimento do cisto com espessura variável, projeções papilares ou ciliadas, células caliciformes (taça) mucosas, esferas epiteliais ou placas espessas, cílios e múltiplos compartimentos. Caso houvesse a presença do achado microscópico foi marcado a letra "X", se não foi identificado a característica, o campo foi deixado em branco o espaço correspondente ao caso clínico.

Em ambas as tabelas, quando houvesse mais de um caso clínico no mesmo artigo, os campos relacionados a artigo e ano da publicação foram repetidos.

## **3.2. RESULTADOS**

### **3.2.1 Estudo Retrospectivo: Relato de Dois Casos**

Durante o período analisado foram identificados inicialmente sete casos de COG, desses, dois foram selecionados por preencherem os critérios de elegibilidade.

### **3.2.2 Caso clínico I**

Paciente AML, 17 anos, gênero feminino, compareceu ao Ambulatório de Estomatologia com queixa de dor em região mandibular posterior do lado direito. A paciente relata início dos sintomas há cerca de um ano, iniciando com discreto desconforto associado ao dente 46. Histórico de tratamento endodôntico há 8 anos no mesmo elemento dentário e troca de restauração há poucas semanas. Ao exame físico intraoral foi observado aumento de volume bem delimitado com expansão da cortical e apagamento do fundo de vestibulo em área de dente 46. Nota-se ausência de linfonodomegalias cervicais. O resultado do teste de vitalidade pulpar foi positivo para os dentes 45 e 47, o elemento 46 apresentou-se não responsivo.

Na radiografia panorâmica, nota-se área radiolúcida unilocular bem definida em corpo de mandíbula, envolvendo elementos dentários 45, 46, 47. Presença de imagem radiopaca em coroa e raízes de elemento 46, compatível com restauração protética fixa e material obturador nos canais radiculares. Não há reabsorções radiculares nos dentes envolvidos. A lesão não compromete a região basilar óssea e apresenta-se com margens escleróticas (Figura 01). Em tomografia computadorizada, nos cortes

coronal e axial, observa-se expansão das corticais vestibular e lingual mandibulares. Há um adelgaçamento de ambas as corticais na região e descontinuidade da cortical lingual na região periapical do elemento 46. Observa-se presença de reabsorção óssea do teto do canal mandibular. (Figura 02)

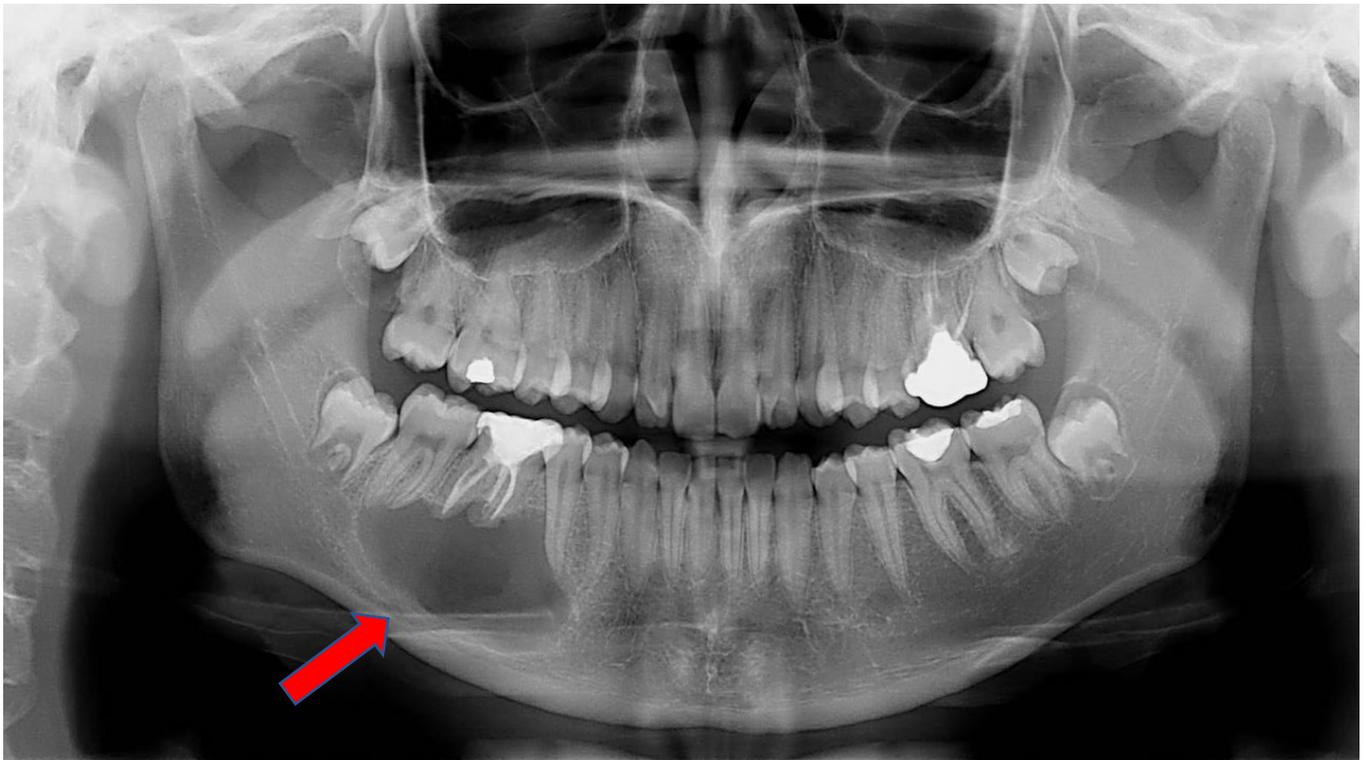


Figura 01: Radiografia Panorâmica Inicial

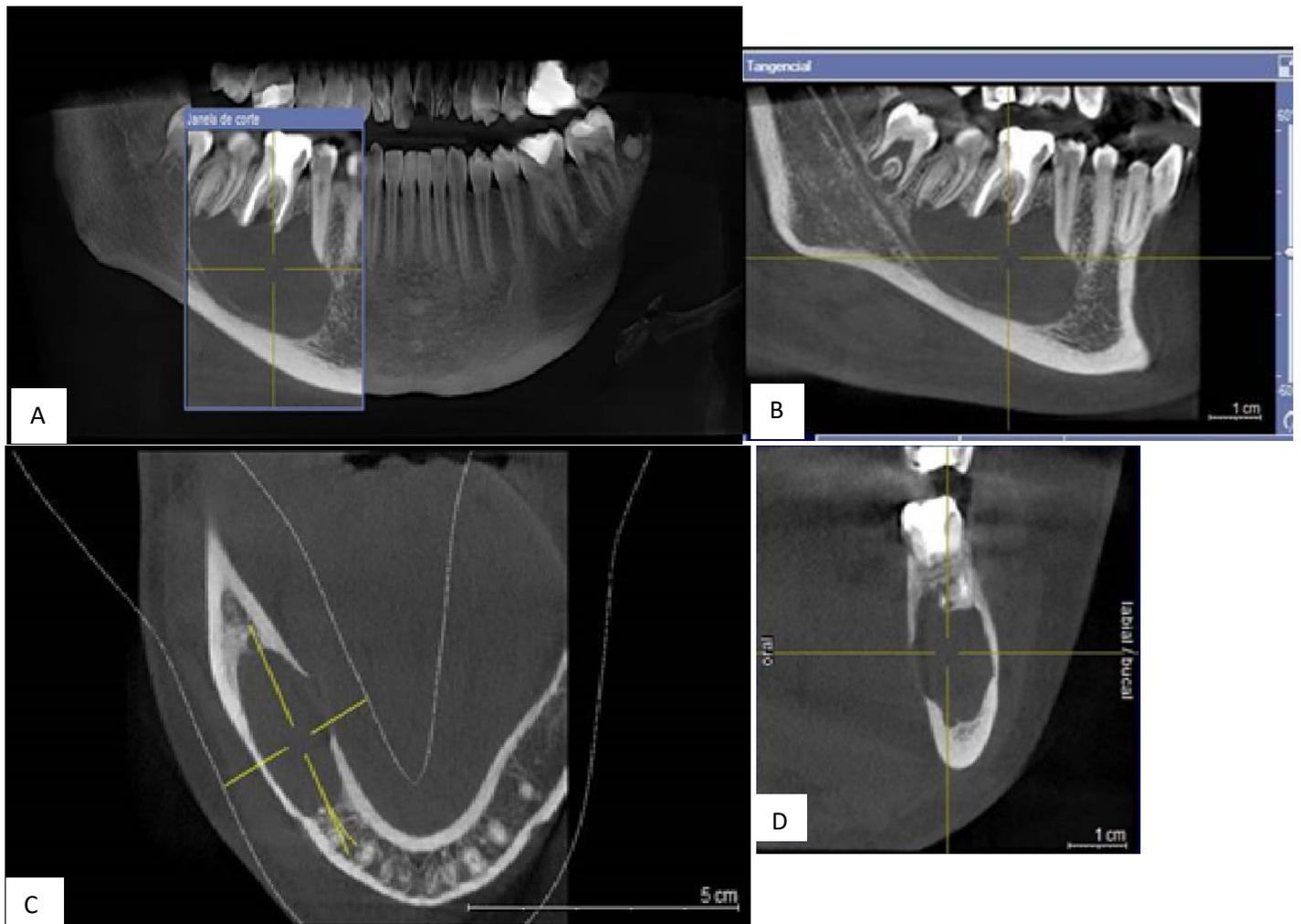


Figura 02: Tomografia Computadorizada Inicial: A e B: Reconstruções Sagitais, C: Reconstrução axial, D: Reconstrução Coronal

Os diagnósticos diferenciais foram de cisto ósseo simples, queratocisto odontogênico e cisto radicular inflamatório. Realizou-se biópsia incisional da lesão. O material foi fixado em formol 10% e seguiu para estudo anatomopatológico no Laboratório de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da UFRJ.

Em análise microscópica da lesão, após coloração de hematoxilina e eosina, no corte de menor aumento foi identificado estrutura cística, revestida por epitélio pavimentoso não ceratinizado apresentando células de núcleos basofílicos, citoplasmas anfófilicos (coloração variada de vermelho e azul) e vacuolados, localizadas nas camadas intermediárias e superficiais. O córion fibrosofibrilar com acúmulos de leucócitos mononucleares, nas porções subepiteliais é permeado por fibroblastos e pequenos vasos. (Figura 03)

Em maior aumento, observa-se um fragmento de capsula fibrosa revestida de epitélio pavimentoso não ceratinizado apresentando áreas mais espessas, em permeio a este epitélio há a presença de células vacuoladas. Em detalhamento da área demarcada, nota-se hiperplasia das camadas, basal e intermediárias, e a presença de vacúolos de permeio. Células da camada superficial com decaptação citoplasmática. Córon fibroso fibrilar com raros fibroblastos, leucócitos, capilar de permeio. (Figura 03) O laudo foi de Cisto Odontogênico Glandular. (Anexo 2)

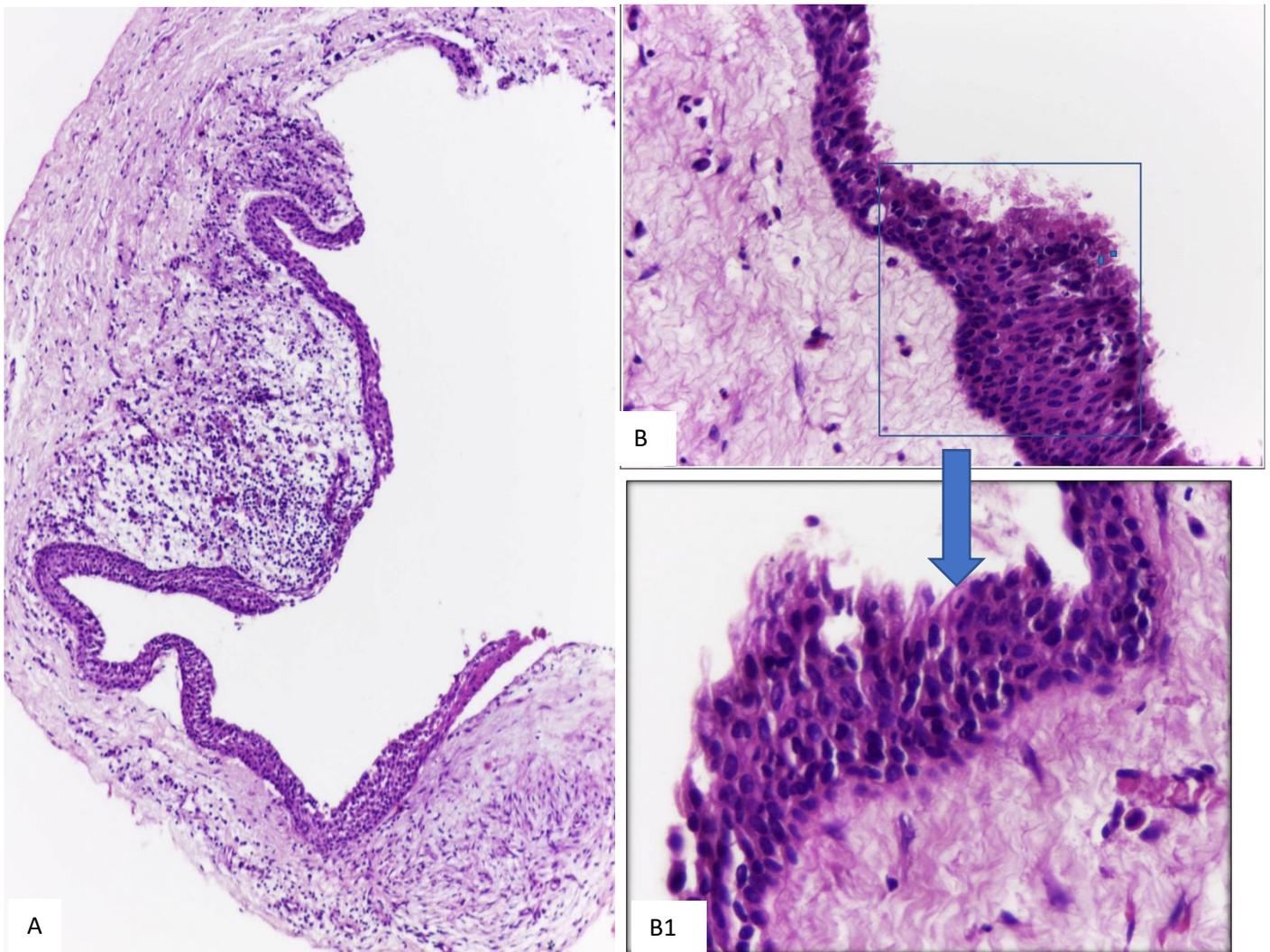


Figura 03: Recortes anatomopatológicos: A em menor aumento e B E B1 em maior aumento com detalhe

O tratamento proposto foi a enucleação total da lesão. (Figura 04 e 05)

A paciente compareceu em consultas periódicas ao Ambulatório de Estomatologia para acompanhamento clínico e radiográfico. Após 8 meses a paciente retornou ao departamento relatando queixa álgica em dente 46. Radiograficamente apresentava neoformação óssea na região da lesão dentro do padrão esperado, entretanto, notava -se imagem radiolúcida entre os ápices das raízes do dente 46. (Figura 06) A paciente foi encaminhada a Clínica de Endodontia da Faculdade de Odontologia da UFRJ para avaliação, o qual foi indicado a exodontia do elemento. Realizou-se o procedimento e o material curetado foi enviado para análise anatomopatológica com diagnóstico de cisto inflamatório radicular.

Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento no Departamento de Diagnóstico Oral e não apresenta intercorrências.

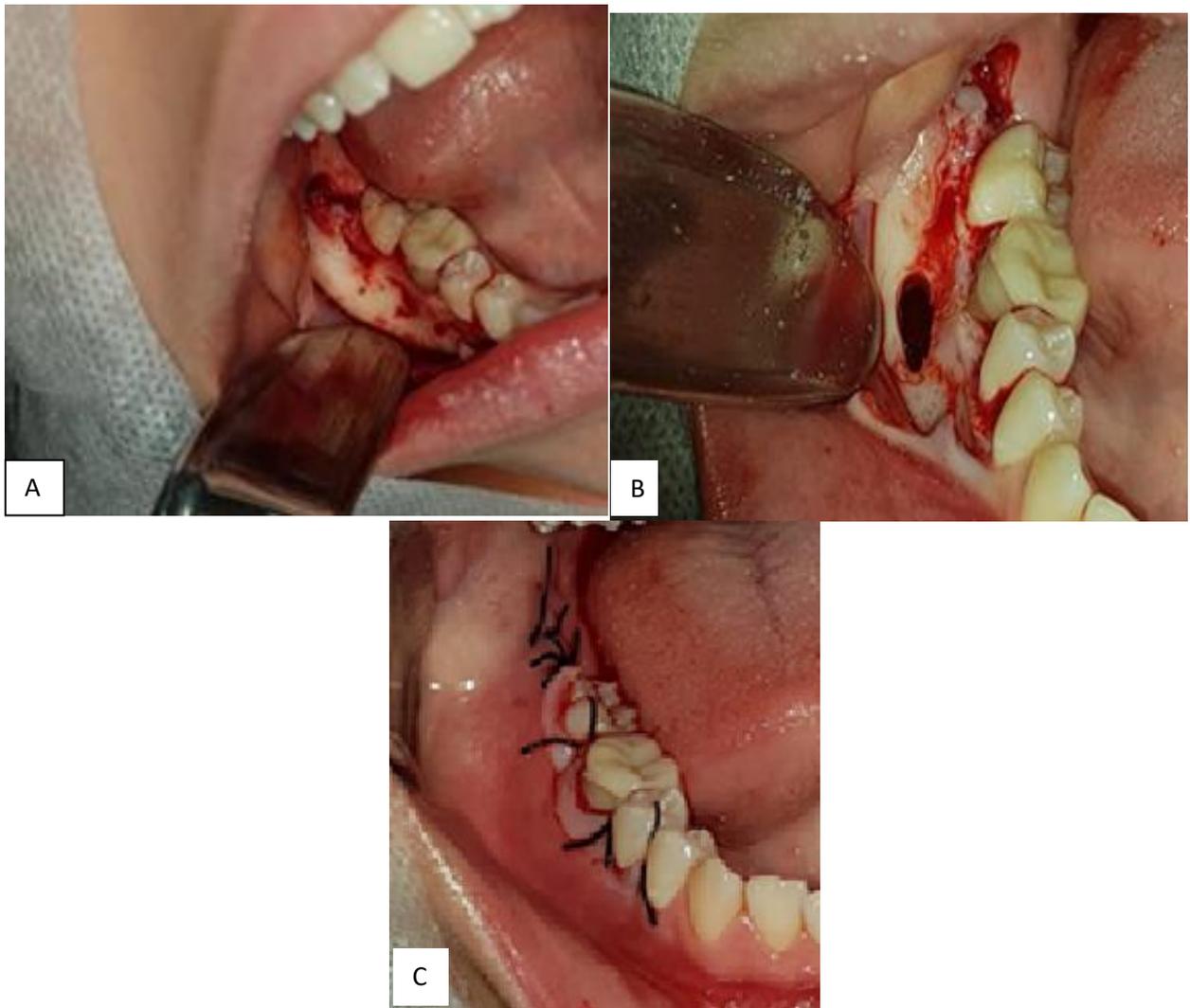


Figura 04: Fotografia Clínica intrabucal: A: Pré-operatória, B: Transoperatória e enucleação da lesão, C: Pós operatória



Figura 05: Material enviado para análise anatomopatológica

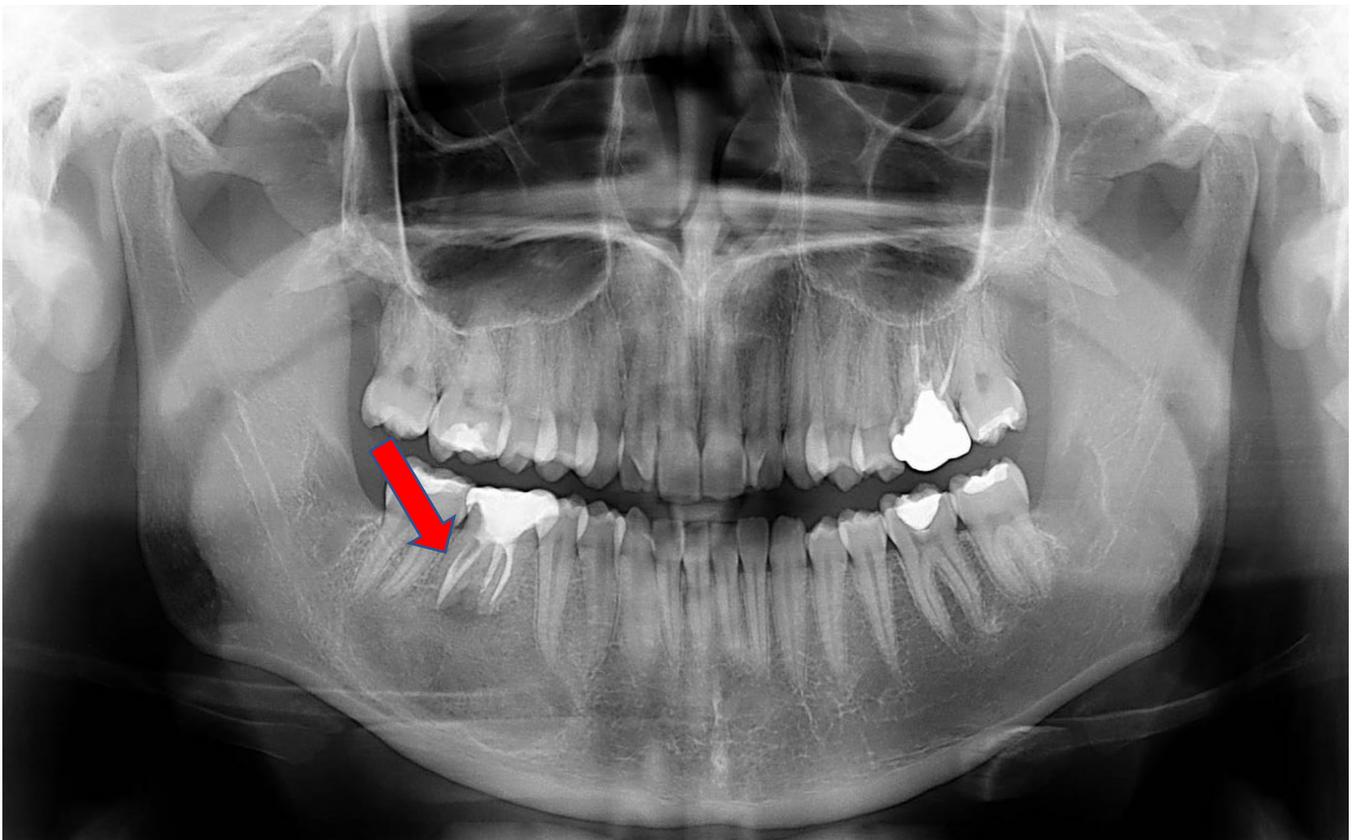


Figura 06 Radiografia Panorâmica após 8 meses da enucleação

### 3.2.3 Caso clínico II

Paciente FFS, 33 anos, gênero feminino, compareceu ao Ambulatório de Estomatologia encaminhada por seu cirurgião-dentista clínico para avaliação de lesão flutuante em região de maxila direita. A paciente possui história pregressa de cirurgia ortognática realizada há 15 anos. No exame físico intraoral foi evidenciado aumento de volume em região de maxila a direita com consistência fibroelástica com ponto de flutuação, sem sinais flogísticos (Figura 07). A paciente não apresenta comorbidades. O profissional que a encaminhou realizou atendimento cerca de três semanas antes da consulta inicial, o qual drenou o fluido no ponto de flutuação ocorrendo de imediato a redução do tamanho da lesão, entretanto, após poucos dias houve aumento de volume novamente. Não há informações acerca das características do material coletado, nem se foi encaminhado para análise anatomopatológica. A paciente relatava estar em uso de medicação antibiótica (Clavulin®), prescrito pelo cirurgião-dentista que realizou o atendimento.

A avaliação radiográfica inicial evidenciou-se lesão radiolúcida unilocular com limites bem definidos entre os dentes 11 e 15, presença de reabsorção radicular nos dentes 11 e 12 e extensa restauração disto-oclusal no segundo premolar direito. Presença de aparelho ortodôntico em arcada superior com brackets entre 14 e 25, placas cirúrgicas e pinos para estabilização óssea encontrados em região de maxila em ambos os lados. (Figura 08) Em Tomografia Computadorizada nota-se extensa lesão flutuante acometendo o processo alveolar da maxila, estendendo-se da linha média até o primeiro molar, elevando o assoalho da fossa nasal e mais discretamente do seio maxilar direito, alargando o forame incisivo e projetando-se através deste superiormente para a fossa

nasal e inferiormente para a cavidade oral. Há componente de partes moles associado a lesão, ocupando o vestíbulo anteromedial à direita. (Figuras 09)

Foi realizada punção aspirativa por agulha fina onde foi observada secreção acastanhada, com imediata redução do tamanho da lesão. As hipóteses diagnósticas foram de cisto radicular, queratocisto odontogênico e ameloblastoma. Foi deliberado a marsupialização e coleta de material para análise anatomopatológica no intuito de diminuir a pressão intracística. O material foi fixado em formol a 10% e encaminhado ao Laboratório de Patologia Oral da UFRJ.

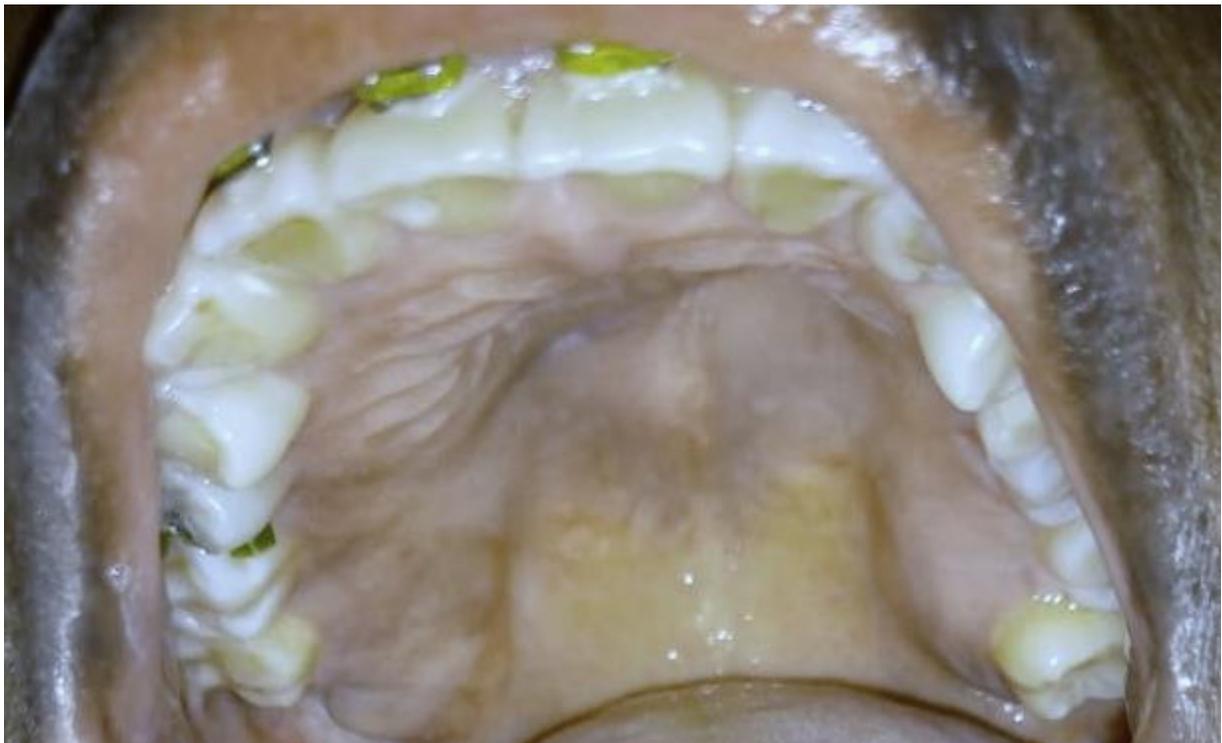


Figura 07: Fotografia Clínica intraoral inicial

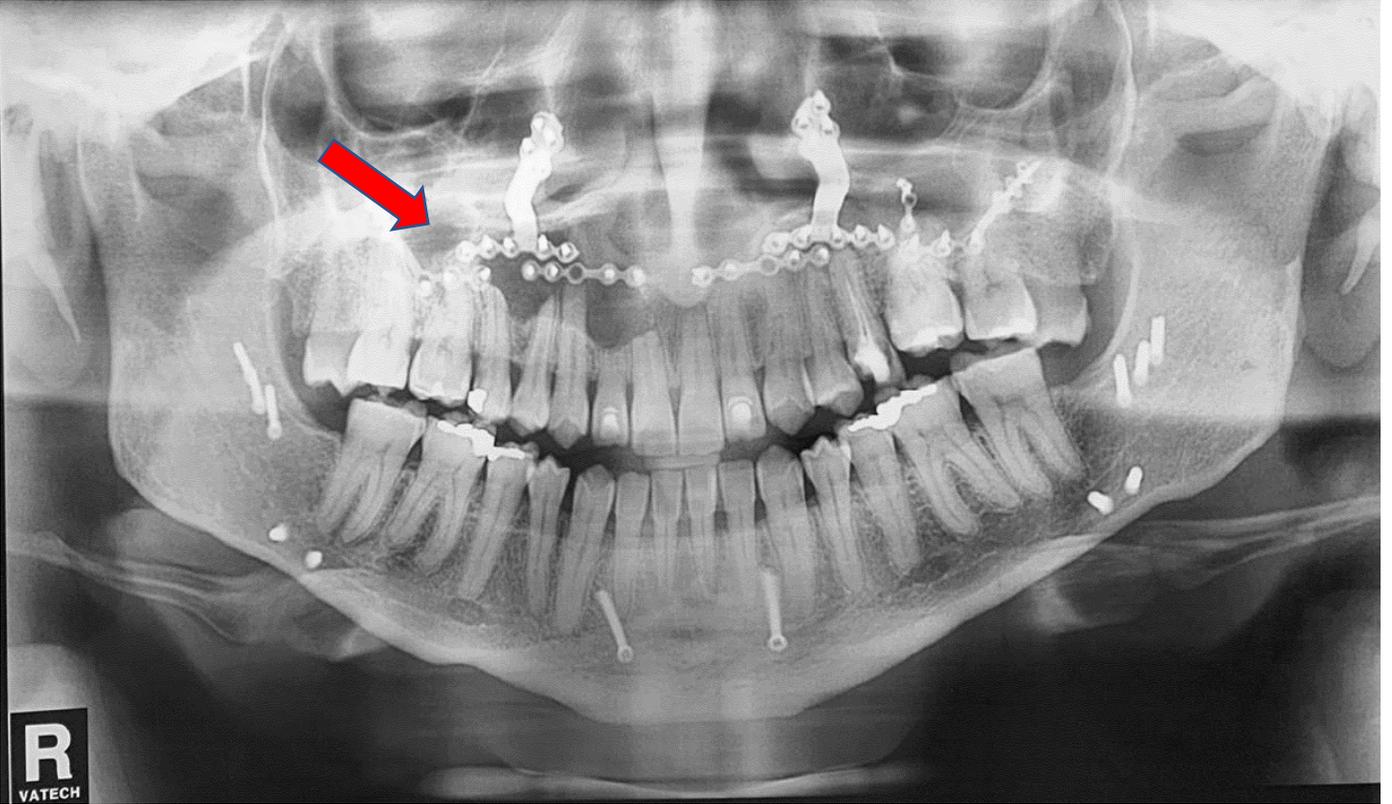


Figura 08: Radiografia Panorâmica Inicial

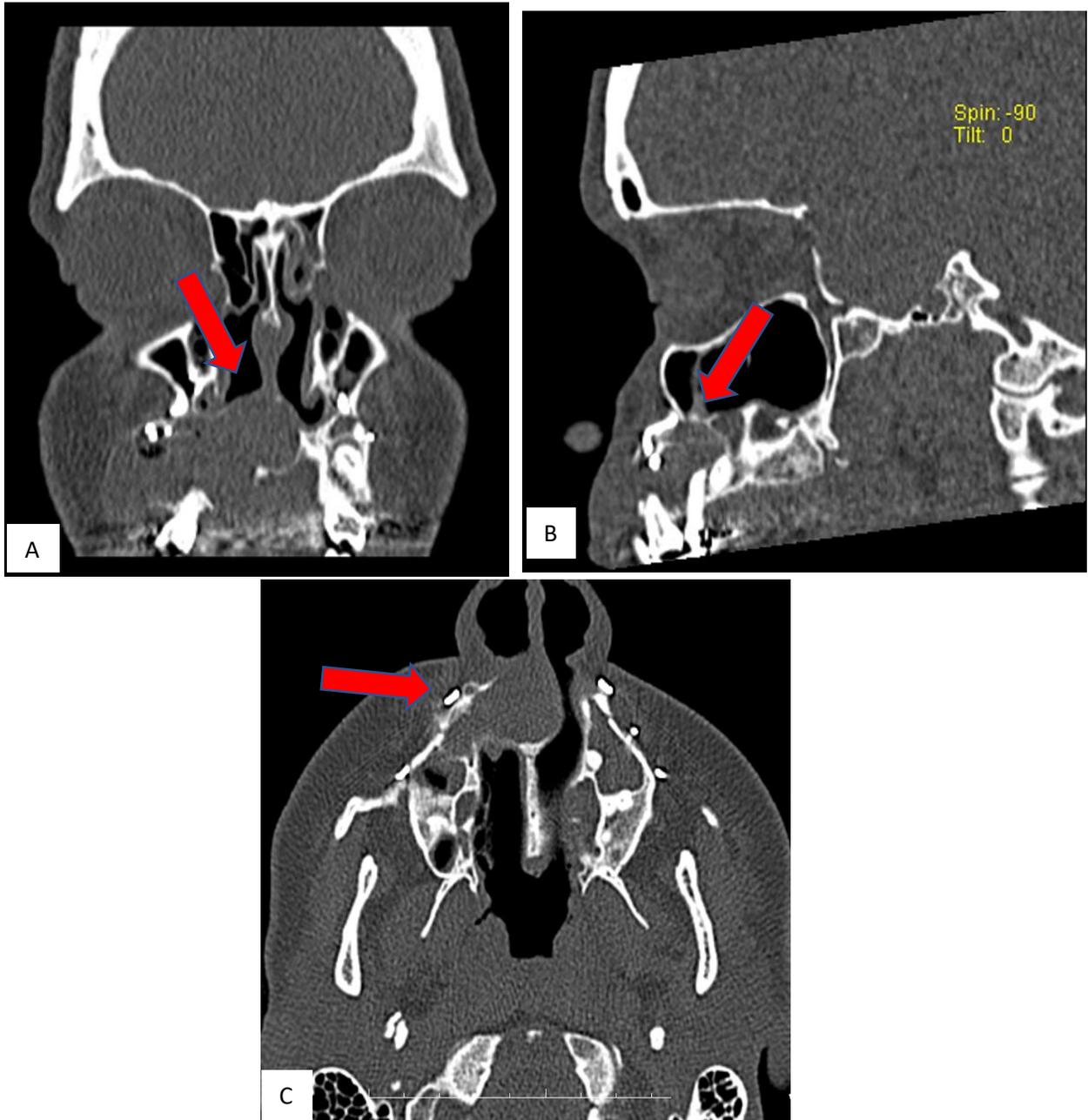


Figura 09: Tomografia Computadorizada Inicial: A: Reconstrução coronal, B: Reconstrução Sagital e C: Reconstrução axial

Foi realizado a coloração em hematoxilina e eosina nas lâminas anatomopatológicas, em menor aumento, evidencia-se área de parede cística, córion fibroso hialino, com escassa celularidade permeado com capilares sanguíneos. O revestimento epitelial apresenta espessamento e adelgaçamento com áreas de erosão. Na capsula do cisto, observa-se a direita o epitélio pavimentoso não ceratinizado. A esquerda, córion fibroso com áreas hialinas, escassa celularidade, vasos congestos e focos de hemorragia. (Figura 10)

No maior aumento, observa-se o detalhe de um enovelamento do epitélio pavimentoso não ceratinizado destacado do córion. Na camada basal nota-se células com núcleos basofílicos, as camadas intermediárias e superficiais, com núcleos vesiculosos, algumas com vacúolos ou halo claro perinuclear. Observa-se hemácias entre os espaços nas dobras do epitélio. (Figura 10)

O laudo anatomopatológico concluiu o diagnóstico de Cisto Odontogênico Glandular (Anexo 3).

A paciente foi encaminhada para o Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia da UFRJ para enucleação completa da lesão e fechamento da loja cirúrgica, a fim de evitar a exposição das placas implantadas na cirurgia ortognática, presentes na região. (Figura 11 e 12)

A paciente segue atualmente em acompanhamento radiográfico no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da UFRJ. (Figura 13)

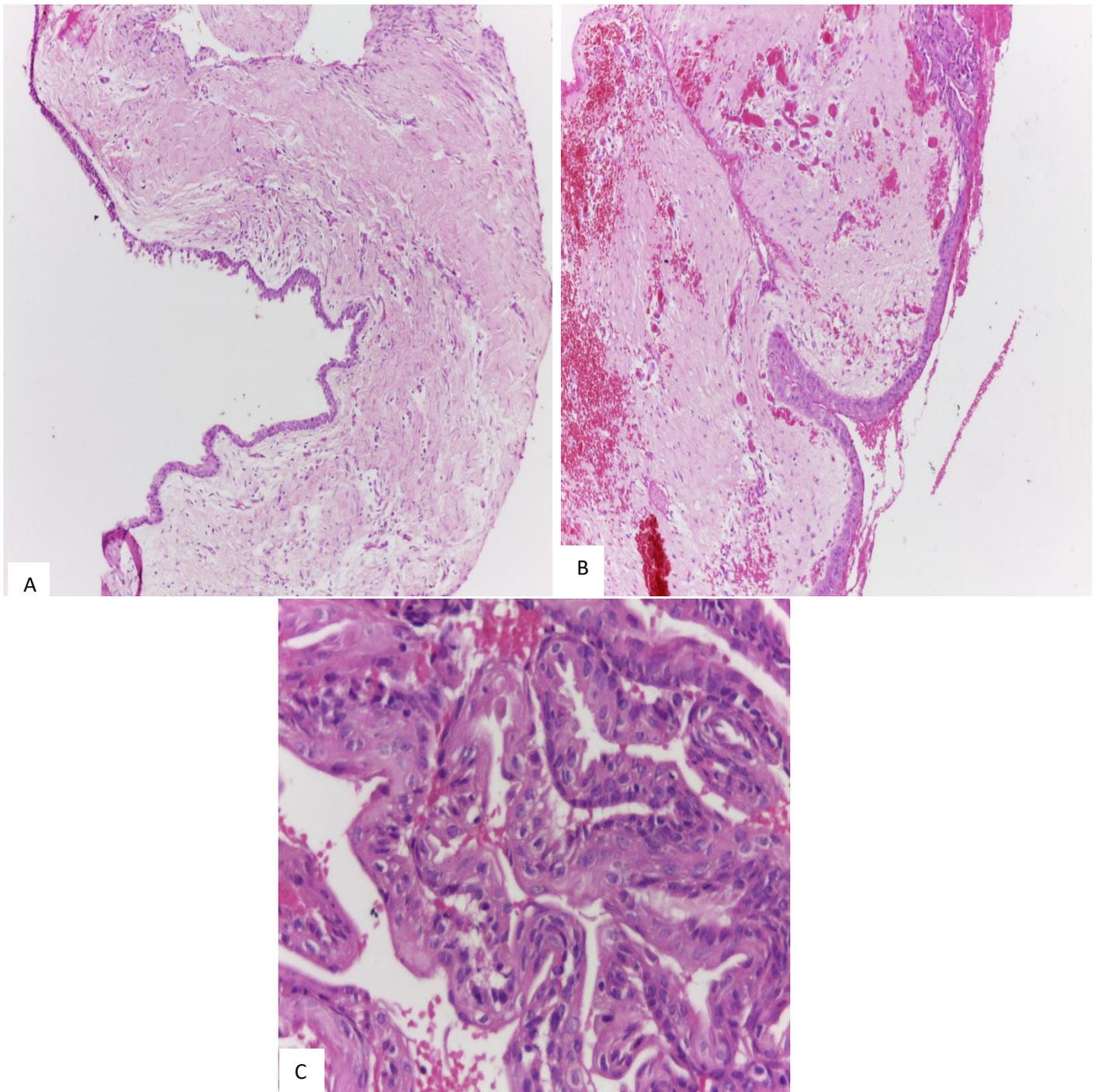


Figura 10: Recortes Anatomopatológicos, A: Fotomicrografia em menor aumento da parede cística, B: Fotomicrografia em menor aumento do revestimento cístico e C: Corte anatomopatológico em maior aumento



Figura 11: Foto extraoral do dia da enucleação da lesão

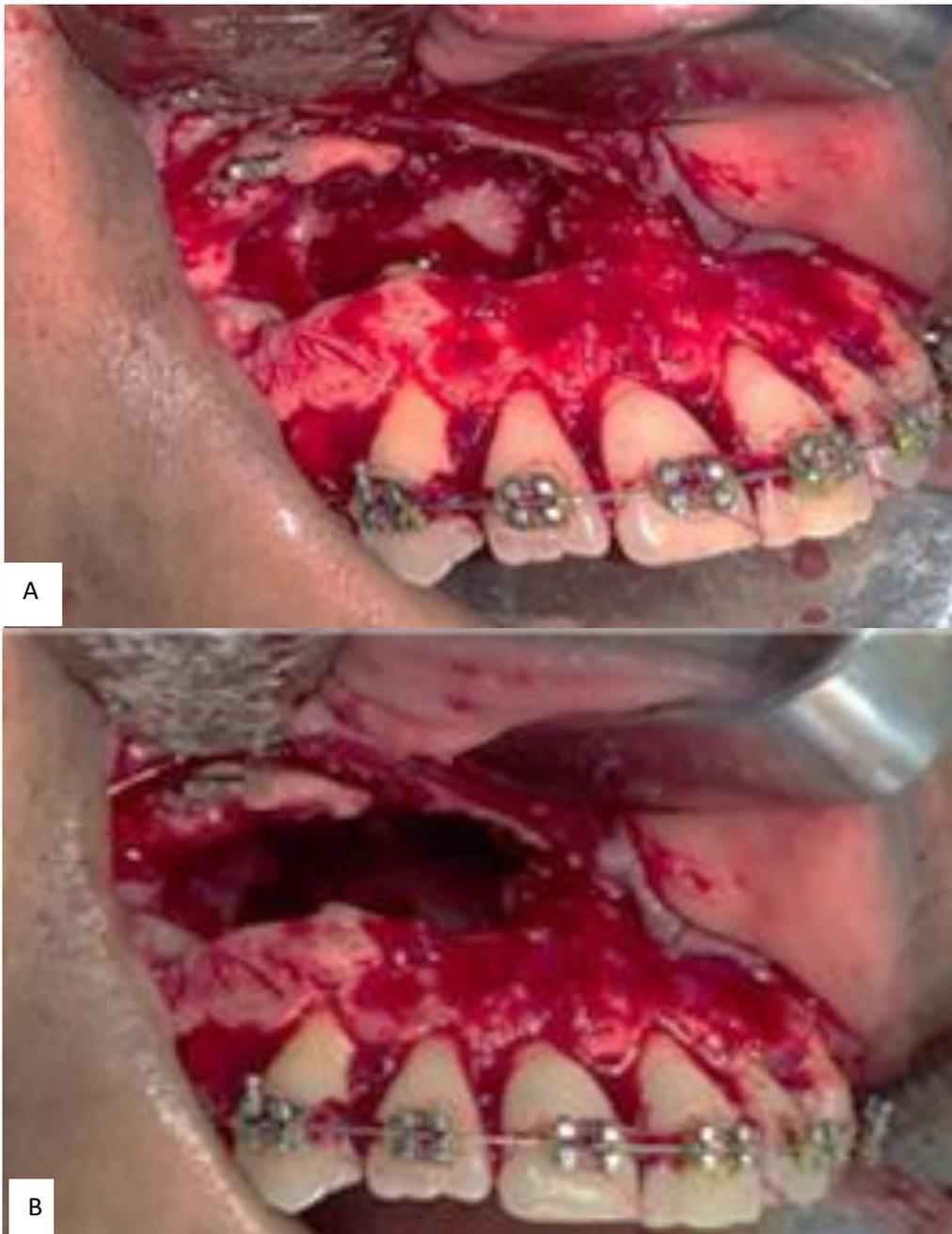


Figura 12: Fotografia Clínica intrabucal: A e B: Transoperatória para enucleação da lesão óssea

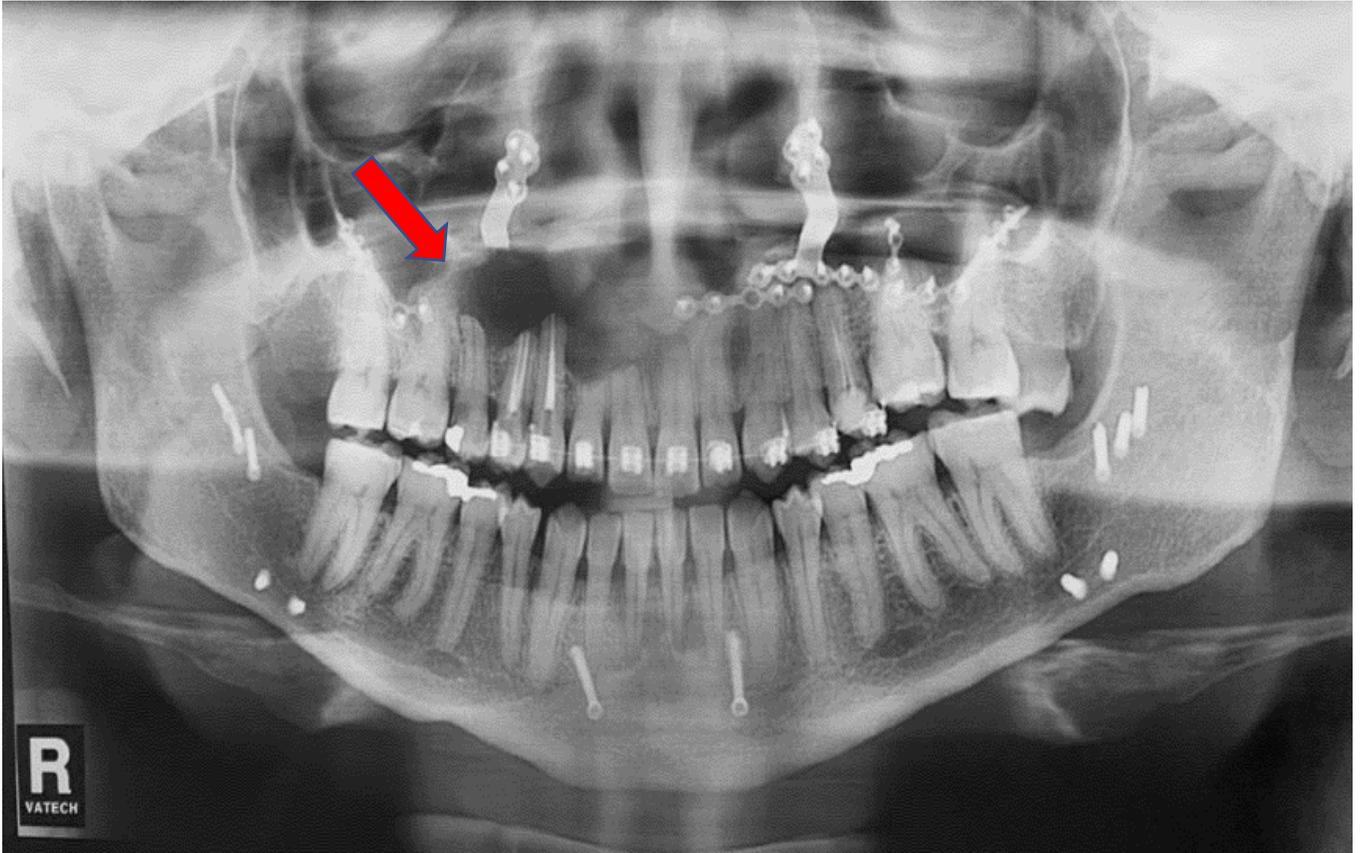


Figura 13: Radiografia panorâmica após 60 dias da enucleação

### 3.2.4 Busca na Literatura

Foram encontrados um total de 65 relatos de casos clínicos distribuídos em 49 publicações científicas. Todos os casos descreveram características clínicas das lesões que puderam ser preenchidas parcialmente ou totalmente os campos da nossa tabela. Das publicações e relatos descritos anteriormente, as características anatomopatológicas foram descritas em 50 casos clínicos de 43 publicações. Foi realizada uma análise estatística descritiva. A figura 19 quantifica os relatos de caso por base de dados.

O gênero masculino estava presente em 52% (n=34). O paciente mais jovem tinha 12 anos e o mais velho 82 (Média de 44 anos e mediana de 43 anos). A localização mais comum foi a anterior de mandíbula com 33% (n=22). Embora seja relatado em posterior de mandíbula em 41% (n=27), 06 casos foram lesões grandes que originalmente se iniciaram em região de sínfise mandibular e alcançaram a parte posterior do osso mandibular. No aspecto radiográfico, 65% apresentaram no momento do diagnóstico um aspecto unilocular. Expansão óssea estava presente em 74% (n=38) A presença de deslocamento dentário foi observada em 36% dos casos (n= 17). O rompimento de cortical óssea estava presente em 51% (n=19). A modalidade de tratamento mais comum foi a enucleação com 56% (n=29). 46 casos relataram o tempo de acompanhamento, variando de 06 meses a 15 anos (média de 33 e mediana de 24 meses). Os dados detalhados estão descritos na tabela 02.

Quanto ao aspecto anatomopatológico dos COGs a característica mais comum foram microcistos intraepiteliais ou espaços semelhantes a ductos forrados por uma camada única de células cuboidais para colunares com a prevalência em 74% dos casos (n=37). A característica menos comum observada foram os espaços

multicompartimentados com 24% de ocorrência. A tabela com as características microscópicas detalhadas está descrita na tabela 03.

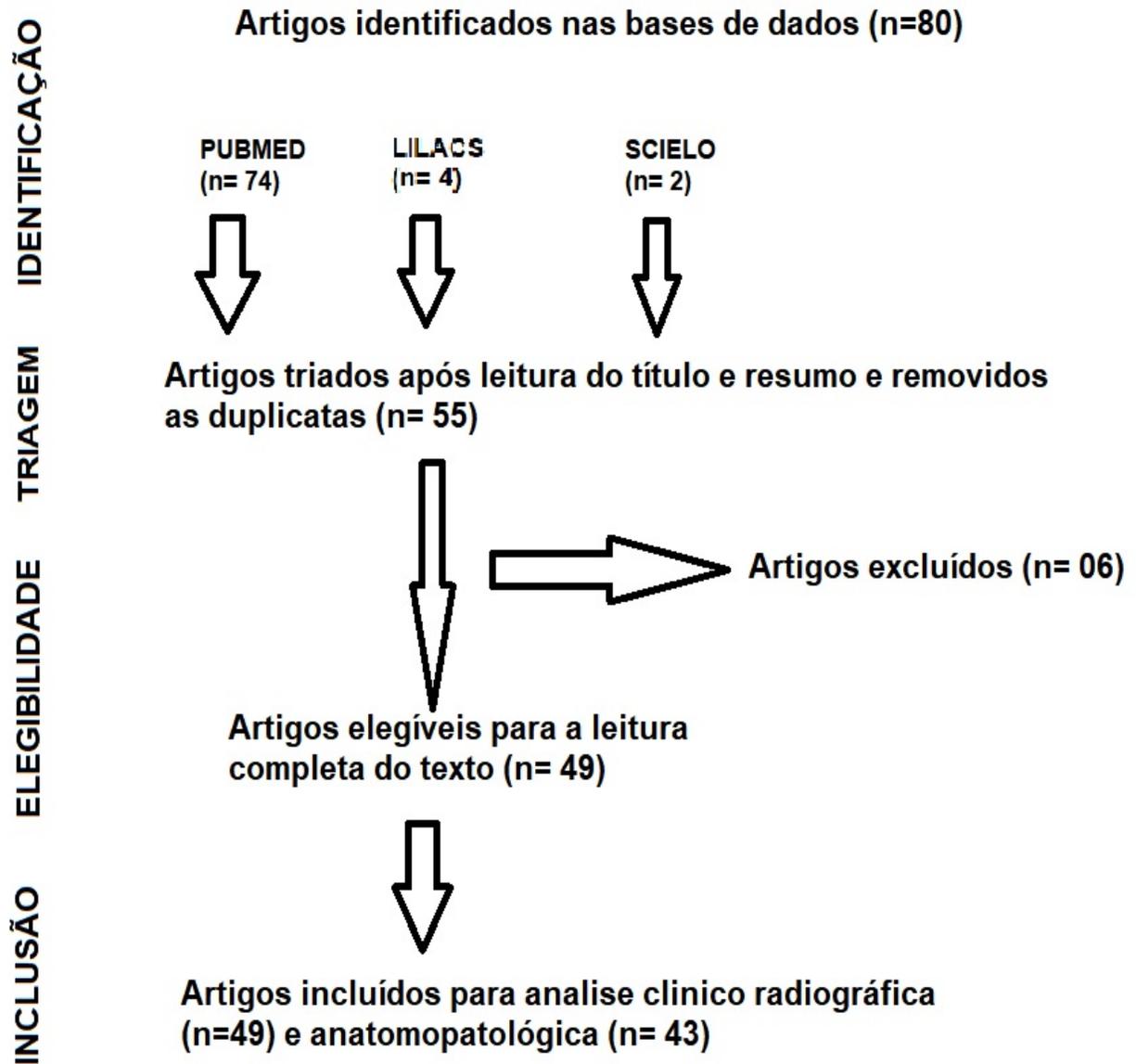


Figura 14: Fluxograma para a inclusão dos artigos no estudo

Ano	Autor	Localização				Deslo- damentári- o	Rompimen- to de cortical	Gene- ro	Expansão óssea	Rx	Tratamento	Tempo acom- p (meses)	Idade
		Max A	Max P	Man A	Man P								
2010	Ogata			X		NR	M	NR	Multilocular	Osteotomia	6	59	
2010	Prabhu		X			Não	F	Sim	Unilocular	Enucleação	60	47	
2010	Booth e Bouquot				X	Não	M	Não	Unilocular	NR	6	36	
2010	Lyrio				X	Não	M	Sim	Unilocular	Osteotomia	60	37	
2010	Bofano			X		Sim	M	Sim	Multilocular	Curetagem	24	68	
2010	Bofano				X	N.R.	F	Não	Unilocular	Osteotomia	72	82	
2010	Rao		X			Não	F	NR	Unilocular	Enucleação	6	60	
2011	Santos			X		Sim	M	Sim	Multilocular	Curetagem	48	37	
2011	Salehinejad		X			Sim	F	Não	Unilocular	Enucleação	24	28	
2011	Amberkar		X			Sim	M	NR	Unilocular	NR	NR	29	
2011	Guruprasad		X			NR	F	NR	Unilocular	Enucleação	12	17	
2012	Cano				X	Não	F	Sim	Multilocular	Enucleação	36	54	
2012	Cano			X		Não	F	Sim	Multilocular	Curetagem	36	64	
2012	Araujo de Morais			X		NR	M	Sim	Unilocular	Enucleação	8	56	
2013	Castro- Nunez		X			Sim	M	NR	Unilocular	Osteotomia	108	24	
2013	Prabhat		X			NR	M	Sim	Multilocular	Enucleação	8	19	
2014	Mascitti				X	Não	F	Não	Unilocular	Enucleação	18	38	
2014	Shan			X		Não	M	NR	Multilocular	NR	NR	40	
2014	Tambawala				X	Não	F	Sim	Multilocular	Osteotomia	3	17	
2014	Do Lee				X	Sim	F	Sim	Unilocular	Osteotomia	NR	78	
2014	Purohit		X			Sim	M	NR	Unilocular	NR	NR	30	

Ano	Autor	Max A	Max P	Man A	Man P	Deslo dentário	Rompimento de cortical	Gene ro	Expansão óssea	Rx	Tratamento	Tempo acomp	Idade
2015	Campaignaro				X	Não	Sim	F	NR	Unilocular	Enucleação crioterapia	72	45
2015	Motooka			X		Não	Não	F	Sim	Multilocular	Enucleação	24	62
2015	Faisal			X	X	Não	Não	M	Sim	Multilocular	Enucleação	12	11
2015	Momeni Rochi			X		NR	Não	M	Não	Unilocular	Osteotomia	36	62
2015	Momeni Rochi				X	NR	NR	M	NR	Multilocular	Enucleação	48	47
2015	Momeni Rochi			X		NR	NR	M	NR	Unilocular	Osteotomia	36	28
2015	Momeni Rochi			X		Sim	Sim	M	Sim	Unilocular	Osteotomia	180	58
2015	Akkas		X		X	Não	Não	M	Sim	Unilocular	Osteotomia	36	40
2015	Anchilla			X	X	Sim	NR	F	Sim	Unilocular	Enucleação	12	63
2015	Raju			X		Sim	NR	F	NR	Multilocular	Osteotomia	24	65
2015	Mittal			X		Não	Não	F	Não	Multilocular	Osteotomia	NR	17
2015	Jafarian		X			Não	Sim	F	Não	Unilocular	Osteotomia	36	35
2016	Bulut			X		NR	NR	M	Sim	Unilocular	Enucleação	24	39
2016	Surej Kumar	X				Não	NR	F	Sim	Unilocular	Enucleação	NR	46
2016	AbdullGaffar			X		Não	Sim	M	Sim	Unilocular	Enucleação	6	41
2016	Figueiredo	X	X			Não	NR	F	Sim	Unilocular	Enucleação	24	64
2016	Chandra		X			Sim	NR	F	Sim	Multilocular	NR	NR	70
2016	Shan				X	NR	Não	M	Sim	Unilocular	Enucleação	NR	28
2016	Shan				X	Não	NR	F	NR	Unilocular	Enucleação	NR	30
2017	Kurien			X		Não	Não	F	Não	Unilocular	Osteotomia	6	32

Ano	Autor	Max A	Max P	Man A	Man P	Deslo dentário	Rompimento de cortical	Gene ro	Expansão óssea	Rx	Tratamento	Tempo acomp	Idade
2017	De Freitas Silva			X		Não	Sim	F	Não	Multilocular	Curetagem	12	45
2017	Urs	X				Não	NR	F	Sim	Multilocular	NR	NR	40
2017	Urs				X	Sim	NR	F	Sim	Multilocular	NR	NR	30
2017	Urs	X				Sim	NR	F	Sim	Unilocular	NR	NR	40
2017	Urs			X		Não	NR	F	Não	Multilocular	NR	NR	50
2017	Urs	X				Não	NR	M	Não	Unilocular	NR	NR	62
2017	Cousin				X	Não	Não	M	Sim	Multilocular	NR	NR	58
2017	Barth				X	NR	NR	M	Sim	Unilocular	Osteotomia	24	25
2017	Gurler				X	NR	Não	M	Sim	Unilocular	Curetagem	36	44
2017	Gurler		X			NR	Não	F	Sim	Unilocular	Enucleação	24	39
2017	Gurler				X	NR	Sim	M	Sim	Multilocular	Curetagem	36	51
2017	Gurler	X				NR	NR	M	Sim	Unilocular	Enucleação	24	33
2017	Gurler				X	NR	Sim	M	Sim	Unilocular	Enucleação	48	42
2018	Nagasaki				X	NR	Sim	M	Sim	Multilocular	Enucleação	108	52
2018	Lee			X		Sim	Não	F	Sim	Multilocular	Osteotomia	3	62
2018	Ohja	X				Não	NR	M	Sim	Unilocular	Enucleação	NR	50
2018	Ohja		X			NR	NR	F	NR	Unilocular	Enucleação	NR	50
2019	Opondo			X		não	Sim	M	NR	Multicístico	Enucleação	NR	60
2019	Opondo			X	X	Sim	NR	F	Sim	Unilocular	Enucleação	NR	59
2019	Sharma	X				Sim	Não	F	Sim	Unilocular	NR	NR	43
2019	Tavargeri	X				Sim	Não	M	Sim	Unilocular	Enucleação	12	12
2019	Ferreira				X	Não	Não	M	Não	Unilocular	Osteotomia	12	36
2019	Dymek				X	Não	Sim	M	Sim	Unilocular	Enucleação	24	52
2020	Uzun				X	Não	NR	M	Não	Unilocular	Enucleação	24	41
-----	<b>Caso I</b>				X	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>F</b>	<b>Sim</b>	<b>Unilocular</b>	<b>Enucleação</b>	<b>8</b>	<b>17</b>
-----	<b>Caso II</b>	X				<b>Não</b>	<b>Não</b>	<b>F</b>	<b>Sim</b>	<b>Unilocular</b>	<b>Enucleação</b>	<b>NR</b>	<b>33</b>

**Tabela 03.** Características clínicas e radiográficas dos relatos de caso obtidos na literatura adicionados os dois casos descritos.

Autor/Ano	Superfície com células cuboidais eosinofílicas (células hob-nail)	Microcistos intraepiteliais ou espaços semelhantes a ductos forrados por uma camada única de células cuboidais a colunares	Secreção apócrina das células eosinofílicas (células hob-nail)	Células claras ou vacuoladas	Revestimento epitelial de espessura variável	Projeções papilares ou cilindradas no lúmen do cisto	Células mucosas calcificadas	Espessamentos semelhantes a placas ou esferas epiteliais	Cílios	Múltiplos espaços císticos
Ogata 2010	X		X				X			X
Prabhu 2010	X	X		X	X	X	X			X
Booth	X	X				X			X	
Bouquot – 2010										
Rao – 2010	X		X	X	X		X	X	X	
Salehineja – 2011	X	X			X	X	X			
Amberkar – 2011	X	X	X			X				
Guruprasad – 2011	X	X	X			X	X			
Cano – 2012	X		X						X	
Araujo de Moraes – 2012		X	X	X	X	X	X	X		
Castro-Nunez – 2013	X		X					X		
Prabhat – 2013		X	X	X		X				
Mascitti – 2014	X	X	X		X					
Shan – 2014	X	X				X		X		
Tambawala – 2014	X		X			X		X		
Do Lee – 2014	X	X	X			X				X
Purohit – 2014		X	X			X		X		
Campagnaro – 2015	X				X	X	X	X		
Motooka – 2015	X	X	X		X	X	X	X		
Faisal – 2015		X					X	X	X	

Autor/Ano	Superfície com células cuboidais eosinofílicas (células hob-nail)	Microcistos intraepiteliais ou espaços semelhantes a ductos forrados por uma camada única de células cuboidais a colunares	Secreção apócrina das células eosinofílicas (células hob-nail)	Células claras ou vacuoladas	Revestimento epitelial de espessura variável	Projeções papilares ou ciliadas no lúmen do cisto	Células mucosas calcificadas	Espessamentos semelhantes a placas ou esferas epiteliais	Cílios	Múltiplos espaços císticos
Akkas – 2015	X	X			X		X			X
Anchilla – 2015	X	X		X	X					
Raju – 2015		X					X		X	
Mittal – 2015					X		X			
Jafarian - 2015		X			X	X		X	X	X
Bulut – 2016	X	X							X	
Figueiredo – 2016		X					X		X	X
Chandra - 2016		X	X		X	X	X	X		X
Surej Kumar (2016)	X				X	X	X	X		X
Shan (2016)	X	X			X		X	X		
Shan (2016)	X	X			X		X	X		
AbdullGaffar – 2017		X	X	X		X	X	X		
De Freitas - 2017		X		X	X					
Kurien - 2017		X					X			
Cousin - 2017	X	X			X		X	X		
Urs (2017)					X		X	X		
Urs (2017)	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Urs (2017)	X	X		X	X		X	X		
Urs (2017)	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Urs (2017)				X	X		X	X	X	X
Lee – 2018	X	X	X		X	X	X	X		
Nagasaki - 2018	X	X	X		X	X	X	X		

Autor/Ano	Superfície com células cuboidais eosinofílicas (células hob-nail)	Microcistos intraepiteliais ou espaços semelhantes a ductos forrados por uma camada única de células cuboidais a colunares	Secreção apócrina das células eosinofílicas (células hob-nail)	Células claras ou vacuoladas	Revestimento epitelial de espessura variável	Projeções papilares ou ciliadas no lúmen do cisto	Células mucosas calcificantes	Espessamentos semelhantes a placas ou esferas epiteliais	Cílios	Múltiplos espaços císticos
Ohja (2018)	X				X			X	X	
Ojha (2018)		X	X		X					
Dymek (2019)	X	X				X				
Tavargeri - 2019			X	X		X	X	X		
Sharma 2019							X	X	X	
Ferreira (2019)	X	X			X	X				
Opondo 2019	X	X	X	X			X	X	X	X
Opondo 2019	X	X	X	X		X				
Uzun - 2020		X					X			
<b>Caso Clínico I</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Caso Clínico II</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X</b>		

**Tabela 04.** Características anatomopatológicas dos relatos de caso obtidos na literatura adicionados os dois casos descritos

### 3.3 DISCUSSÃO

O COG é reconhecido pela OMS, como uma entidade patológica distinta, desde o ano de 1992 com a publicação de Kramer, Pindborg, Shear. Desse ano até os dias atuais foram publicados poucos artigos acerca da sua etiopatologia e características clínicas na literatura científica. A descrição minuciosa de dois casos clínicos e o levantamento do tema através de busca em publicações, contribuem para enriquecer a análise dessas lesões e auxiliar no reconhecimento das manifestações desse cisto odontogênico, incluindo-o como diagnóstico diferencial de lesões intraósseas.

As duas últimas revisões sistemáticas, de 2010 por Macdonald-Jankowski e 2018 por Chrcanovic e Gomez, relataram maior incidência no gênero masculino e a idade se manteve entre a quarta e quinta décadas de vida. A presença de expansão óssea e rompimento de cortical apresentaram cerca de 73% e 26% respectivamente, valores próximos dos achados nos relatos de caso. Segundo a última revisão de literatura, os COGs foram mais prevalentes em anterior de mandíbula comparado com outras regiões. Quanto ao aspecto radiográfico, os relatos de caso também estão de acordo com os dados descritos por Faisal, Ahmad, Ansari 2015, onde a maior parte das imagens apresentaram-se radiolúcidas uniloculares bem definidas com bordas escleróticas.

Os dois casos clínicos relatados nesta dissertação, apresentam-se com manifestações diferentes do que se descreve acerca dos COGs e sugeriam inicialmente outras entidades patológicas na consulta inicial. A localização incomum em ambos os pacientes, de acordo com as revisões mais recentes, foi a característica mais relevante para não incluir um diagnóstico diferencial de COG. Segundo Chrcanovic e Gomez, 2018 a região mais prevalente dessas lesões foram região anterior de mandíbula. O caso I

apresentou-se em região posterior de mandíbula envolvendo área de elementos dentário 45, 46 e 47 e o caso II em região anterior e média de maxila envolvendo regiões do 11 ao 15, esse último apresenta ainda características de agressividades relevantes como a reabsorção radicular externa dos dentes envolvidos.

Outro fato relevante foi o diagnóstico clínico inicial do caso clínico I sugerir inicialmente uma lesão de origem inflamatória odontogênica crônica, exceto pelo rompimento da cortical que é uma característica incomum nesses casos. Essa hipótese foi elencada devido ao elemento dentário 46 apresentar-se com uma lesão periapical, podendo ser um insucesso do tratamento endodôntico inicial. Por outro lado, no caso II a presença de área flutuante e coleção de material acastanhado após a punção aspirativa, foram características sugestivas de queratocisto odontogênico. A hipótese de lesão endodôntica também não foi descartada, devido a possibilidade de insucesso do tratamento endodôntico dos dentes 13 e 14. Importante considerar a ativação inflamatória dos remanescentes celulares da odontogênese, gerando uma diferenciação celular acarretando o surgimento dos COGs. Entretanto, não é possível prever o tempo entre um estímulo inflamatório e o desenvolvimento inicial dessas lesões. (Menditi *et al.* 2018) A análise anatomopatológica se mostrou fundamental para que se alcançasse o diagnóstico preciso e conseqüentemente, deliberar o tratamento mais adequado.

Com relação a faixa etária, o caso I apresenta-se em paciente na segunda década de vida, houve essa ocorrência somente em dois relatos de caso de Tabalaw 2014 e Prabaht 2013, ambos com idades de 19 e 17 anos. Nessas duas publicações a localização também foi incomum, sendo maxila posterior e mandíbula posterior respectivamente. Estudos são necessários para identificar se pacientes mais jovens são propensos a apresentar lesões de COG em regiões diferentes da usual.

Uma característica que pode indicar lesões mais agressivas através de exames de imagem é o rompimento de cortical óssea, observado principalmente em tomografias computadorizadas. O caso clínico I revelou essa característica que também foi encontrada em aproximadamente metade dos relatos de caso de nossa revisão de literatura. Esse dado pode sugerir a escolha de uma terapia menos conservadora, realizada pelo cirurgião, a fim de evitar recidivas. A proposta de tratamento do caso I foi a enucleação simples, portanto, as imagens radiográficas de acompanhamento de 6 meses depois poderiam sugerir uma recidiva do COG .

O caso II, apresenta-se uma peculiaridade pela paciente apresentar uma extensa área de flutuação em região de maxila a direita com erosão da cortical óssea, sugerindo uma lesão crônica de origem inflamatória. Esse é um dado importante que não foi relatado em nenhuma das revisões de literatura, nem nos relatos de caso analisados para lesões de COG. Dessa forma, o conhecimento de uma manifestação ainda não descrita acerca dessa lesão pode auxiliar na identificação de novas lesões.

Uma limitação relevante durante a obtenção dos casos clínicos na Clínica de Estomatologia foi a dificuldade de obter o acompanhamento dos pacientes diagnosticados. O absenteísmo e a dificuldade de marcação das consultas de rotina, foram os dois maiores obstáculos para manter as fichas clínicas completas. Esse fato se deve a baixa compreensão da necessidade de acompanhamento dos tratamentos dos cistos e tumores odontogênicos. Embasados na cultura resolutiva das lesões, muitos pacientes não comparecem para consultas de acompanhamento de preservação, as quais ajudaria a identificar precocemente as recidivas .

A análise anatomopatológica das lesões foi fundamental para o diagnóstico final dos dois casos clínicos. Diversas classificações foram feitas na tentativa de padronizar

as principais características microscópicas dessas lesões, desde o primeiro estudo por Gardner em 1988. A classificação mais recente, foi realizada por Fowler 2011, onde ele determina que são necessários sete ou mais achados para classificar os COG. Se houvesse a presença de cinco ou menos características, a lesão não seria diagnosticada como COG, sendo elas: superfície com células cuboidais eosinofílicas, (*hobnail cells*), microcistos intraepiteliais ou espaços semelhantes a ductos revestidos por uma única camada de células cuboidais a colunares semelhantes às células da superfície, secreção apócrina de células eosinofílicas (células hobnail), células claras ou vacuoladas, revestimento epitelial com espessura variável, epitélio com projeções papilares ou ciliadas no lúmen do cisto, células mucosas caliciformes, espessamentos semelhantes a placas ou esferas epiteliais, cílios, vários espaços císticos.

Embora ambos os casos clínicos não correspondessem ao mínimo de 07 critérios microscópicos para o diagnóstico, o laudo foi de COG baseado no fato de apresentarem características clássicas. Os dois casos clínicos apresentaram superfície com células cuboidais eosinofílicas (células hobnail), secreção apócrina das células eosinofílicas, células claras ou vacuoladas, revestimento epitelial de espessura variável, espessamentos semelhantes a placas ou esferas epiteliais. O caso II apresentou todas os esses achados e superfície com cílios. O fato do laudo concluir o diagnóstico de COG ocorreu devido a presença de algumas características relevantes na análise anatomopatológica tais quais revestimento epitelial variável, células claras e células cuboidais eosinofílicas (células hobnail). (Fowler et al 2011) Além disso, segundo Chrcanovic e Gomez (2018) a presença de células eosinofílicas (células hobnail), microcistos intraepiteliais e revestimento epiteliais com espessura variável estiveram

presentes em 95% dos casos de COG, apesar de não haver a presença de microcistos, as características foram relevantes para o diagnóstico dos dois casos clínicos.

Uma preocupação com o diagnóstico diferencial microscópico desses cistos é a similaridade com lesões malignas. Kaplan, Anavi, Hirshberg (2008), relatam que o diagnóstico definitivo dos COGs é difícil pelo amplo espectro de características que podem confundir com cistos botrióides, radiculares e dentígeros com metaplasia mucosa e mais significativamente carcinoma mucoepidermóide de baixo grau.

Embora a apresentação clínica de ambas as lesões não fosse sugestiva de uma lesão maligna, a falta de exames imuno-histoquímicos foi uma limitação encontrada nesse estudo, para diferenciar os COGs dos Carcinomas Mucoepidermóides. (Araujo de Moraes et al. 2019) A imunomarcagem da proteína Maspín nas células epiteliais pode ser usada como uma ferramenta para diferenciar entre essas duas entidades patológicas (Reddy *et al.* 2019, Araujo de Moraes *et al.* 2012). Pires *et al.* (2004) comparou a expressão de citoqueratina entre o cisto odontogênico glandular e a neoplasia maligna e observou uma presença positiva de citoqueratina 18 nos carcinomas mucoepidermóides, enquanto a citoqueratina 19 está mais presente nos COGs. Importante considerar que o estudo ressalta que essas características não são totalmente confiáveis para diferenciar o diagnóstico de carcinoma mucoepidermóide e COG.

Segundo Anclia *et al.* (2015) os COGs possuem dois atributos clinicamente importantes que devem ser levados em consideração no tratamento: a elevada taxa de recorrência e a exibição de um padrão de crescimento agressivo. Nenhum dos dois casos apresentou clinicamente potencial de agressividade alto, visto que tinham cronologia desconhecida, por isso foi deliberado uma técnica cirúrgica mais conservadora. O caso

II foi realizado uma descompressão através de uma marsupialização para diminuir a pressão interna e com isso reduzir o tamanho da lesão e realizar a biópsia investigativa. Em ambos os casos foi preconizado a técnica de enucleação simples da lesão, correspondendo o que foi encontrado em 55% dos casos clínicos (n=29) da busca na literatura

É fundamental o cuidado a longo prazo para observar as possíveis recidivas dos COGs. Com o objetivo de padronizar as atuações dos clínicos no manejo dos pacientes, foi proposto um protocolo para Departamento de Patologia Oral e Diagnóstico Oral da UFRJ a ser seguido para minimizar possíveis erros de diagnóstico e possibilitar uniformização do manejo dos cistos odontogênicos presumíveis. (Figura 15)

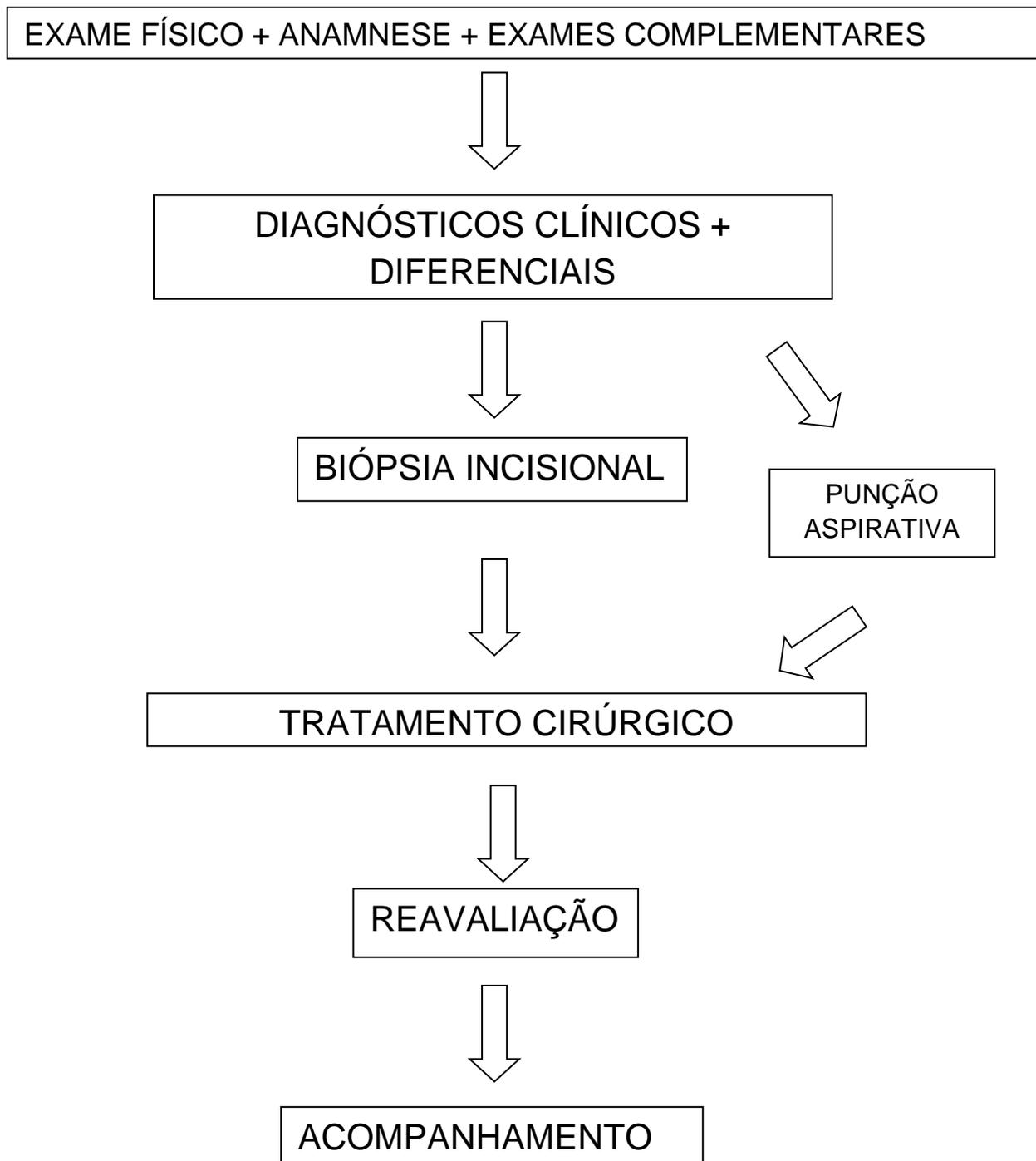


Figura 15: Padronização sugerida para diagnóstico e tratamento dos Cistos Odontogênicos Glandulares

#### **4. CONCLUSÃO**

Os COGs são lesões odontogênicas raras e localmente agressivas. Em exames radiográficos de imagem são comumente radiolúcidas com bordas escleróticas bem definidas apresentando-se em região anterior de mandíbula podendo haver rompimento de cortical.

As características anatomopatológicas que mais determinam essa entidade patológica são a presença de células eosinofílicas (células hobnail), microcistos intraepiteliais e revestimento epiteliais com espessura variável.

#### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os casos clínicos diagnosticados pela Faculdade de Odontologia da UFRJ possuem características clínicas diferentes das encontradas nas revisões de literatura, sobretudo a localização e faixa etária. O aspecto de lesão flutuante com dor, associada a elementos dentários com tratamento endodôntico sugeria uma lesão de origem inflamatória.

A análise anatomopatológica mostrou-se fundamental para confirmar o diagnóstico, ambos os casos apresentaram padrão típico das lesões de COG descritos tanto nos casos clínicos quanto nas revisões de literatura.

A anamnese e o exame físico detalhados são importantes para o diagnóstico presumível dessas lesões, essas informações associadas a análise anatomopatológica é uma ferramenta fundamental que auxiliará o patologista oral no diagnóstico dessa

entidade patológica.

Ao optar por qual modalidade de tratamento é a mais indicada, deve-se considerar o potencial de agressividade e a alta recidiva dessas lesões. Portanto, é importante que o tratamento proposto seja sempre ponderado com as peculiaridades dessa entidade patológica.

## 6. REFERÊNCIAS

- 1)AbdullGaffar B, Koilelat M. Glandular Odontogenic Cyst: The Value of Intraepithelial Hemosiderin. *Int J Surg Pathol.* 2017;25(3):250-252.
- 2)Akkaş İ, Toptaş O, Özkan F, Yılmaz F. Bilateral glandular odontogenic cyst of mandible: a rare occurrence. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015;14(Suppl 1):443-447.
- 3)Amberkar VS, Jahagirdar A, Ahmed Mujib BR. Glandular odontogenic cyst: report of an unusual bilateral occurrence. *Indian J Dent Res.* 2011;22(2):364.
- 4)Anchlia S, Bahl S, Shah V, Vyas S. Glandular odontogenic cyst: a rare entity revealed and a review of the literature. *BMJ Case Rep.* 2015;2015:bcr2015211502.
- 5)Araújo de Moraes HH, José de Holanda Vasconcellos R, de Santana Santos T, Guedes Queiroz LM, Dantas da Silveira ÉJ. Glandular odontogenic cyst: case report and review of diagnostic criteria. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012;40(2):e46-e50.
- 6)Barth CT, Chamberlain JA 3rd, Wessel JR. Treatment of a Mandibular Glandular Odontogenic Cyst with Peripheral Ostectomy, Bone Allograft, and Implant Reconstruction: A Case Report. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2017;37(4):e210-e216.
- 7)Booth D, Bouquot Clinico-pathologic conference: case 6. Glandular odontogenic cyst. *J.Head Neck Pathol.* 2010 Dec;4(4):351-5.
- 8)Boffano P, Cassarino E, Zavattoni E, Campisi P, Garzino-Demo PJ Surgical treatment of glandular odontogenic cysts. *Craniofac Surg.* 2010 May;21(3):776-80.
- 9)Bulut E, Baş B, Dinçer D, Günhan Ö. Treatment of Maxillary Glandular Odontogenic Cyst Involving the Same Place of Previously Treated Traumatic Bone Cyst. *J Craniofac Surg.* 2016;27(2):e150-e153. Cano J, Benito DM, Montáns J, Rodríguez-Vázquez JF, Campo J,

- 10) Colmenero C. Glandular odontogenic cyst: two high-risk cases treated with conservative approaches. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012;40(5):e131-e136.
- 11) Campagnaro, M B; Farias, R M; Berthold, R C B; Brückner, M R; Maito, F D M; Heitz, C. Cryotherapy in the treatment of glandular odontogenic cyst: case report and review / Crioterapia no tratamento de cisto odontogênico glandular: relato de caso e revisão RFO UPF ; 2015 set/dez 20(3): 351-354
- 12) Castro-Núñez J, González MD. Maxillary reconstruction with bone transport distraction and implants after partial maxillectomy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71(2):e137-e142.  
Chandra
- 13) Charnovic BR, Gomez DR. Glandular odontogenic cyst: An updated analysis of 169 cases reported in the literature. *Oral Dis.* 2018 Jul;24(5):717-724.
- 14) Cousin T, Bobek S, Oda D. Glandular odontogenic cyst associated with ameloblastoma: Case report and review of the literature. *J Clin Exp Dent.* 2017;9(6):e832-e836. Published 2017 Jun 1.
- 15) De Freitas Silva BS, Yamamoto-Silva FP, Sena-Filho M, et al. 20-year Follow-up of Recurrent Glandular Odontogenic Cyst Mimicking a Periapical Lesion. *J Endod.* 2017;43(11):1915-1920.
- 16) Dymek M, Książek M, Lewandowski B. Transformation of a glandular odontogenic cyst into mucoepidermoid carcinoma of the mandible: A case report. *Dent Med Probl.* 2019;56(3):311-316.
- 17) Faisal M, Ahmad SA, Ansari U. Glandular odontogenic cyst - Literature review and report of a paediatric case. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2015;5(3):219-225.
- 18) Ferreira JCB, Vêncio EF, de Sá RT, Gasperini G. Glandular Odontogenic Cyst in Dentigerous Relationship: An Uncommon Case Report. *Case Rep Dent.* 2019;2019:8647158. Published 2019 Jul 4.
- 19) Figueiredo NR, Dinkar AD, Khorate MM. Glandular odontogenic cyst of the maxilla: a case report and literature review. *Pan Afr Med J.* 2016;25:116. Published 2016 Oct 26.

- 20) Fowler CB, Brannon RB, Kessler HP, Castle JT, Kahn MA. Glandular odontogenic cyst: analysis of 46 cases with special emphasis on microscopic criteria for diagnosis. *Head Neck Pathol.* 2011 Dec;5(4):364-75.
- 21) Gardner DG, Kessler HP, Morency R, Schaffner DL. The glandular odontogenic cyst: an apparent entity. *J Oral Pathol.* 1988 Sep;17(8):359-66.
- 22) Guruprasad Y, Chauhan DS. Glandular odontogenic cyst of maxilla. *J Clin Imaging Sci.* 2011;1:54.
- 23) Gurler G, Al-Ghamian H, Aksakalli N, Delilbasi C. Glandular Odontogenic Cyst: Case Series. *Contemp Clin Dent.* 2017;8(4):653-657.
- 24) Jafarian AH, Rahpeyma A, Khajehahmadi S. Recurrent Glandular Odontogenic Cyst of Maxilla- A Case Report. *Iran J Pathol.* 2015;10(2):160-164.
- 25) Lee BD, Lee W, Kwon KH, Choi MK, Choi EJ, Yoon JH. Glandular odontogenic cyst mimicking ameloblastoma in a 78-year-old female: A case report. *Imaging Sci Dent.* 2014;44(3):249-252.
- 26) Lee JJ, Chiang CP, Wang YP, Yu-Fong Chang J. Glandular odontogenic cyst in the anterior mandible. *J Dent Sci.* 2018;13(4):405-407.
- 27) Lyrio MC, de Assis AF, Germano AR, de Moraes M. Treatment of mandibular glandular odontogenic cyst with immediate reconstruction: case report and 5-year follow-up. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Dec;48(8):651-3.
- 28) Kaplan I, Anavi Y, Hirshberg A. Glandular odontogenic cyst: a challenge in diagnosis and treatment. *Oral Dis.* 2008 Oct;14(7):575-81.
- 29) Kurien NM, Kumar LKS, Uma PB, Vivek V, Joseph AP. An extensive swelling in the anterior mandible - A case report. *Ann Med Surg (Lond).* 2017;21:30-33. Published 2017 Jul 6.

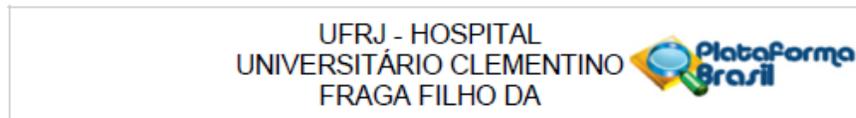
- 30) Mascitti M, Santarelli A, Di Fede O, Rubini C, Muzio LL. Glandular odontogenic cyst: report of a new case with cytokeratin-19 expression. *Ann Stomatol (Roma)*. 2013;4(Suppl 2):29-30. Published 2013 Oct 24.
- 31) Macdonald-Jankowski DS. Glandular odontogenic cyst: Systematic review. *Dentomaxillofac Radiol*. 2010 Mar;39(3):127-39.
- 32) Menditti D, Laino L, Di Domenico M, Troiano G, Guglielmotti M, Sava S, et al. Cysts and Pseudocysts of the Oral Cavity: Revision of the Literature and a New Proposed Classification. *In Vivo*. 2018 Sep-Oct;32(5):999-1007.
- 33) Mittal A, Narang V, Kaur G, Sood N. Glandular Odontogenic Cyst of Mandible: A Rare Entity. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(12):ED09-ED10.
- 34) Momeni Roochi M, Tavakoli I, Ghazi FM, Tavakoli A. Case series and review of glandular odontogenic cyst with emphasis on treatment modalities. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015;43(6):746-750.
- 35) Motooka N, Ohba S, Uehara M, Fujita S, Asahina I. A case of glandular odontogenic cyst in the mandible treated with the dredging method. *Odontology*. 2015;103(1):112-115
- 36) Nagasaki A, Ogawa I, Sato Y, et al. Central mucoepidermoid carcinoma arising from glandular odontogenic cyst confirmed by analysis of MAML2 rearrangement: A case report. *Pathol Int*. 2018;68(1):31-35.
- 37) Ogata, D C; Sassi, L M; Luz, M A; Dirschnabel, A J. Cisto glandular odontogênico: uma lesão incomum que requer tratamento agressivo / Glandular odontogenic cyst: an uncommon lesion that requires aggressive treatment *Rev. bras. cir. cabeça pescoço*. 2010 jan-mar 39(1)
- 38) Ojha B, Bajracharya D, Bhattacharyya S, et al. Glandular Odontogenic Cyst in Maxilla: A Case Series. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2018;56(211):705-707.
- 39) Opondo, F, Shaik, S, Opperman, J, & Nortjé, CJ. Glandular odontogenic cyst: case series and summary of the literature. *South African Dental Journal* , 2019 74(9), 502-507.

- 40) Padayachee A, Van Wyk CW. Two cystic lesions with features of both the botryoid odontogenic cyst and the central mucoepidermoid tumour: sialo-odontogenic cyst? *J Oral Pathol.* 1987 Nov;16(10):499-504.
- 41) Pires FR, Chen SY, da Cruz Perez DE, de Almeida OP, Kowalski LP. Cytokeratin expression in central mucoepidermoid carcinoma and glandular odontogenic cyst. *Oral Oncol.* 2004 May;40(5):545-51
- 42) Prabhat MP, Deshpande P, Gummadapu S, Babburi S, Chintamaneni RL, Sujanamulk B. Dual lesions: a diagnostic dilemma. *Case Rep Dent.* 2013;2013:539234.
- 43) Prabhu S, Rekha K, Kumar G. Glandular odontogenic cyst mimicking central mucoepidermoid carcinoma. *G.J Oral Maxillofac Pathol.* 2010 Jan;14(1):12-5.
- 44) Purohit S, Shah V, Bhakhar V, Harsh A. Glandular odontogenic cyst in maxilla: A case report and literature review. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2014;18(2):320-323.
- 45) Raju SP, Reddy SP, Ananthnag J. Glandular odontogenic cyst of the anterior mandible. *N Am J Med Sci.* 2015;7(2):65-69.
- 46) Rao JB, Jeevan Kumar KA, Kumar BP. Glandular odontogenic cyst involving the posterior part of maxillary sinus, a rare entity. *J Maxillofac Oral Surg.* 2010 Mar;9(1):72-5.
- 47) Reddy R, Islam MN, Bhattacharyya I, Cohen DM, Fitzpatrick SG, Ganatra S. The reliability of MAML2 gene rearrangement in discriminating between histologically similar glandular odontogenic cysts and intraosseous mucoepidermoid carcinomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019 Jun;127(6):e136-e147.
- 48) Riley DS. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* 2017 Sep;89:218-235.
- 49) Salehinejad J, Saghafi S, Zare-Mahmoodabadi R, Ghazi N, Kermani H. Glandular odontogenic cyst of the posterior maxilla. *Arch Iran Med.* 2011;14(6):416-418

- 50) Santos LC, Vilas Bôas DS, Oliveira GQ, Ramos EA, Gurgel CA, dos Santos JN. Histopathological study of radicular cysts diagnosed in a Brazilian population. *Braz Dent J*. 2011;22(6):449-454.
- 51) Shah M, Kale H, Ranginwala A, Patel G. Glandular odontogenic cyst: A rare entity. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014;18(1):89-92.
- 52) Shah AA, Sangle A, Bussari S, Koshy AV. Glandular odontogenic cyst: A diagnostic dilemma. *Indian J Dent*. 2016;7(1):38-43.
- 53) Sharma J, Raina AB, Varshney A, Chopra D. Glandular odontogenic cyst: An unusual entity. *Indian J Pathol Microbiol*. 2019;62(2):345-346.
- 54) Speight PM, Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Virchows Arch*. 2018 Mar;472(3):331-339.
- 55) Soluk-Tekkeşin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2017 (4th) Edition. *Turk Patoloji Derg*. 2018;34(1).
- 56) Surej Kumar LK, Manuel S, Nair BJ, Nair S V. An ambiguous asymptomatic swelling in the maxillary anterior region-A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016;23:65-69.
- 57) Tambawala SS, Karjodkar FR, Yadav A, Sansare K, Sontakke S. Glandular odontogenic cyst: A case report. *Imaging Sci Dent*. 2014;44(1):75-79.
- 58) Tavargeri AK, Anehosur V, Niranjana KC, Nayyar A. Case report of a rare glandular odontogenic cyst in a child: A diagnostic dilemma. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2019;13(3):53-55.
- 59) Urs AB, Kumar P, Augustine J, Malhotra R. Glandular odontogenic cyst: Series of five cases. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2017;21(2):239-243.
- 60) Uzun T, Bozkurt M, Duran BC, Imamoglu EH, Toptas O. Glandular Odontogenic Cyst. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2020;30(1):104-105.

## 7. ANEXOS

### 7.1 Anexo 1



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CISTO ODONTOLÓGICO GLANDULAR: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E RELATO DE TRÊS CASOS

**Pesquisador:** Maria Elisa Rangel Janini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07740119.2.0000.5257

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.363.386

**Apresentação do Projeto:**

Protocolo 049-19. Respostas recebidas em 8.5.2019.

Continuação do Parecer: 3.363.386

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Junho de 2019

Assinado por:  
Carlos Alberto Guimarães  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

## 7.2 Anexo 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E DIAGNÓSTICO ORAL

### LABORATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL FO/UFRJ

NOME: ██████████ REGISTRO: 18-776AP  
 IDADE: 17 PROCEDÊNCIA: EST REG. ORIGEM:  
 PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dra. Maria Elisa Rangel Janini 11391-7 CRO-RJ

EXAME REALIZADO: Anatomia Patológica LOCAL: Mandíbula, corpo D  
 ENTRADA: 13/06/2018 SAÍDA: 15/06/2018 18:15:00

**Macroscopia** Cinco fragmentos de tecido mole, recebidos em formol, de formato irregular, superfície irregular, consistência fibroelástica, coloração acastanhada e medindo 31 x 15 x 10 mm em conjunto.

**Conclusão** CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR

  
 MARCIA GRILLO CABRAL  
 CRO-RJ 14.382  
 assinado eletronicamente

  
 ALAINE CORREA ABRAHÃO  
 CRO-RJ 23.256  
 assinado eletronicamente

  
 MARIO JOSÉ ROMANACH  
 CRO-RJ 32.575  
 assinado eletronicamente

  
 BRUNO BENEVENUTO  
 CRO-RJ 31.776  
 assinado eletronicamente

## 7.3 Anexo 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E DIAGNÓSTICO ORAL

**LABORATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL FO/UFRJ**

NOME: ██████████ ██████████ ██████████	REGISTRO: 18-1108AP
IDADE: 33	PROCEDÊNCIA: EST
PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dra. Kelly Tambasco	REG. ORIGEM: 18/17547 CRO-RJ 45628

EXAME REALIZADO: Anatomia Patológica	LOCAL: Maxila D
ENTRADA: 08/08/2018	SAÍDA: 15/08/2018 10:34:00

**Macroscopia** Múltiplos fragmentos de tecido mole, recebidos em formol, de formato irregular; superfície irregular, consistência fibroelástica, coloração acastanhada e medindo 36 x 19 x 10 mm em conjunto.

**Conclusão** CISTO ODONTOGÊNICO GLANDULAR

*Correia Abrahão*  
CORREIA ABRAHÃO  
CRO-RJ 23.256  
assinado eletronicamente

*Mário José Romanach*  
MÁRIO JOSÉ ROMANACH  
CRO-RJ 32.575  
assinado eletronicamente

*Bruno Benevenuto*  
BRUNO BENEVENUTO  
CRO-RJ 41.776  
assinado eletronicamente

Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco, 325 - 1º andar - Ilha do Fundão - Rio de Janeiro/RJ - CEP 21941-913  
Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral - Faculdade de Odontologia da UFRJ - Tel: +55 21 3938-2067 - labpatologiaoral@odont.ufrj.br