

Tratamento de múltiplos cistos dentígeros associados aos terceiros molares: Relato de caso

Treatment of multiple dentigerous cysts associated with third molars: Case report

Tratamiento de quistes dentigéricos múltiples asociados a terceros molares: Reporte de caso

Recebido: 18/10/2022 | Revisado: 29/10/2022 | Aceitado: 30/10/2022 | Publicado: 05/11/2022

Samuel Rocha França

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6527-350X>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: samuelfranca@outlook.com

Jefferson Douglas Lima Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5231-3813>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: jefferson.odonto97@gmail.com

Priscilla Parente Viana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4382-8142>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: priscilla_parente@hotmail.com

Filipe Nobre Chaves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6345-8156>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: filipenobrechaves@gmail.com

Denise Hélen Imaculada Pereira Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6020-2374>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: denise.oliveira@sobral.ufc.br

Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7942-6642>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: mar_sampieri@hotmail.com

Resumo

O cisto dentígero é o tipo mais comum de cistos de desenvolvimento e o segundo em cistos acometendo os maxilares. Trata-se de uma lesão benigna em associação ao epitélio odontogênico da coroa de um dente não erupcionado, formando, então, uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte preenchida por fluido cístico. Pode apresentar associação a qualquer dente incluso, porém, é mais frequentemente em terceiros molares inferiores. O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de paciente do sexo feminino, normosistêmico, 19 anos, que foi encaminhado para a clínica de Estomatologia da UFC- Sobral. Clinicamente foi observado um aumento de volume na região dos dentes 25,26 e 27. Foi solicitado o exame radiográfico panorâmico para análise em que foi evidenciado uma área radiolúcida unilocular em região dos molares na maxila esquerda. Apresentava, também, os dentes 18,28,38,37 e 48 inclusos. Na região dos molares superior esquerda, foi realizado uma biópsia incisiva seguida de descompressão. Após a diminuição considerável da lesão, que teve como resultado histopatológico cisto dentígero, foi realizada a exodontia do dente 28 e, posteriormente, a remoção do dente 18 38 e 48. O cisto associado ao dente 48 causou reabsorção externa da raiz distal do 47, o qual apresentou vitalidade perante os exames semiotécnicos para detecção de vitalidade pulpar e está em acompanhamento clínico e radiográfico. Paciente retomou o tratamento ortodôntico e foi realizado a instalação de mini implante para tracionamento do dente 37. Atualmente paciente encontra-se em finalização do tratamento ortodôntico sem apresentar quadro de recidiva das lesões associadas aos terceiros molares.

Palavras-chave: Cisto dentígero; Terceiro molar; Cirurgia bucal.

Abstract

The dentigerous cyst is the most common type of developmental cyst and the second in cysts affecting the jaws. It is a benign lesion in association with the odontogenic epithelium of the crown of an unerupted tooth, thus forming a cavity delimited by the reduced enamel epithelium filled with cystic fluid. It can be associated with any impacted tooth, however, it is more frequently found in lower third molars. The objective of the present study is to report a case of a 19-year-old normosystemic female patient who was referred to the Stomatology clinic at UFC- Sobral. Clinically, an increase in volume was observed in the region of teeth 25, 26, and 27. A panoramic radiographic examination was requested for analysis, in which a unilocular radiolucent area was observed in the region of the molars in the left maxilla. He also had teeth 18,28,38,37 and 48 included. In the region of the upper left molars, an incisive biopsy was performed

followed by decompression. After the considerable reduction of the lesion, which resulted in a dentigerous cyst histopathologically, tooth 28 was extracted, and, subsequently, teeth 18, 38, and 48 were removed. The cyst associated with tooth 48 caused external resorption of the distal root of 47, which showed vitality in the semiotechnical exams to detect pulp vitality and is undergoing clinical and radiographic follow-up. The patient resumed orthodontic treatment and a mini-implant was installed for the traction of tooth 37. Currently, the patient is at the end of orthodontic treatment without showing a recurrence of lesions associated with third molars.

Keywords: Dentigerous cyst; Third molar; Oral surgery.

Resumen

El quiste dentígero es el tipo más común de quiste del desarrollo y el segundo de los quistes que afectan a los maxilares. Es una lesión benigna en asociación con el epitelio odontogénico de un diente erupcionado, formando, entonces, un delimitado no considerado del epitelio reconocido del coronado por el líquido. Puede asociarse a cualquier diente impactado, sin embargo, es más frecuente en terceros molares inferiores. El objetivo es reportar un caso de una paciente normosistémica de 19 años de edad, quien fue remitida a la consulta de Estomatología de la UFC-Sobral. Clínicamente se observó aumento de volumen en la región de los dientes 25, 26 y 27. Se solicitó un examen radiográfico panorámico para análisis, en el cual se observó un área radiolúcida unilocular en la región de los molares en el maxilar izquierdo. También tenía los dientes 18, 28, 38, 37 y 48 incluidos. En la región de los molares superiores izquierdos se realizó biopsia incisional seguida de descompresión. El quiste dentígero, como consecuencia de la lesión dentígera, se realizó de su quiste dentígero, se realizó de su quiste dentígero 28, y posteriormente, la extracción del diente 38 y resultó en la extracción del diente 8. el cual mostró vitalidad en los exámenes semiotécnicos para detectar vitalidad pulpar y se encuentra en seguimiento clínico y radiográfico. Paciente retomó tratamiento de ortodoncia y se realizó instalación de mini implante para tracción del diente 37.

Palabras clave: Quiste dentígero; Tercer molar; Cirugía bucal.

1. Introdução

O cisto dentígero é o tipo mais comum de cistos de desenvolvimento e o segundo em cistos acometidos nos maxilares (Guilherme, L. et al., 2010). Trata-se de uma lesão benigna em associação ao epitélio odontogênico da coroa de um dente não-erupcionado, formando, então, uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte preenchida por fluido cístico. Pode apresentar-se em associação a qualquer dente incluso, porém, é mais frequentemente acometido em terceiros molares inferiores (Guilherme, L. et al., 2010). Trata-se de uma lesão de crescimento lento e assintomático nas três primeiras décadas de vida. Entretanto, pode atingir proporções maiores, causando expansão da cortical óssea, impação com dentes e estruturas adjacentes, parestesia entre outras complicações. Pode apresentar associação à algumas síndromes como: Síndrome de Maroteaux-Lamy e a Displasia Cleidocraniana (Caliento et al., 2013).

Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão unilocular bem delimitada associada a coroa de um dente não-erupcionado. Um dos fatores primordiais para sua diferenciação é a delimitação da lesão cística na junção cimento-esmalte do dente (Caliento et al., 2013). Tendo em vista tais características, é de suma importância o papel do cirurgião-dentista na detecção desse tipo de lesão para uma melhor abordagem terapêutica, uma vez que ela pode apresentar acometimentos importantes em estruturas adjacentes ao dente envolvido.

2. Metodologia

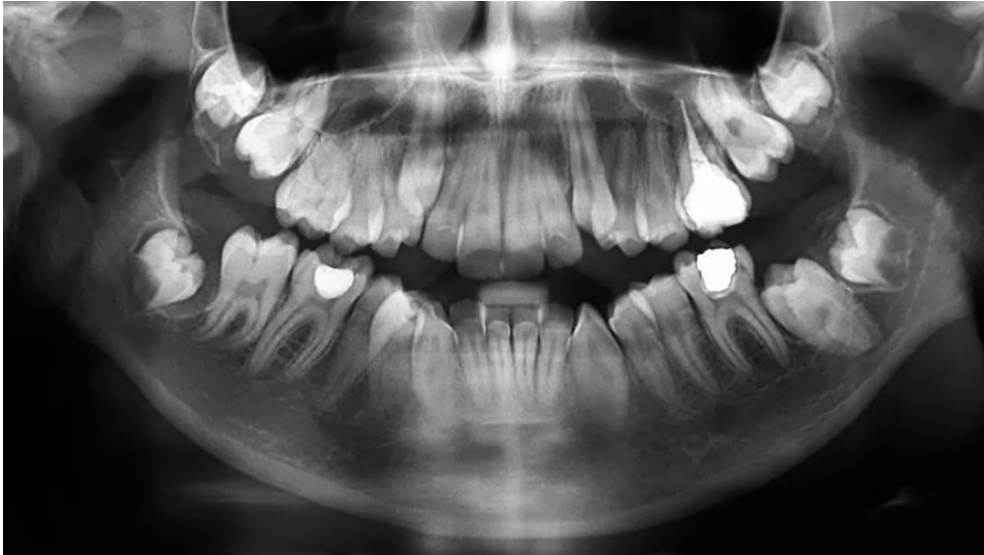
Este artigo é um relato de caso clínico com abordagem qualitativa e descritiva. Segundo Estrela e colaboradores. (2018), tal estudo caracteriza-se como uma pesquisa em que ocorre a coleta direta de dados, sendo o pesquisador o principal instrumento. Este estudo foi legalmente respaldado por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral. Setor de Estomatologia e com o parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal Vale do Acaraú de Nº 4.882.848, respeitando os princípios éticos da Declaração de Helsinque.

3. Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, normosistêmica, 19 anos, com histórico de tratamento ortodôntico prévio, foi encaminhada

de uma clínica particular onde o cirurgião-dentista relatou lesão nodular localizada na região dos dentes 25,26 e 27. Foi realizada a avaliação da radiografia panorâmica prévia ao início do tratamento ortodôntico realizada quando a paciente tinha 13 anos de idade (Figura 1).

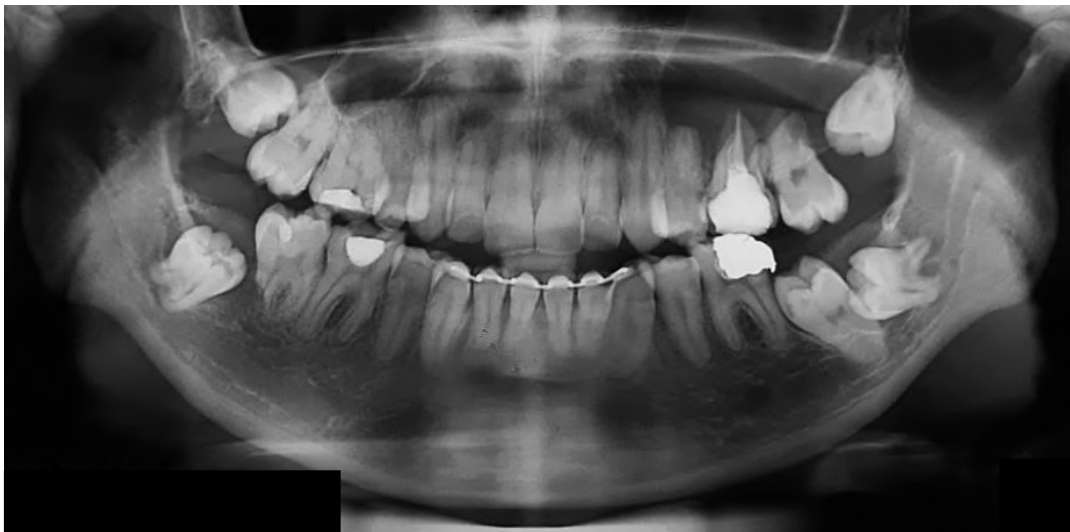
Figura 1 - Radiografia panorâmica inicial (13 anos).



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

Porém, devido ao tempo do exame radiográfico, foi solicitada uma nova radiografia panorâmica para análise (Figura 2). Na nova radiografia foi evidenciada uma área radiolúcida unilocular circunscrita em região dos molares na maxila esquerda. Diante dos achados clínicos e radiográficos chegou-se à hipótese de cisto dentífero envolvendo e deslocando o dente 28 para a região superior do túber. Sendo assim, realizou-se uma punção aspirativa na região em questão, revelando um líquido de conteúdo citrino (Figura 3), seguido de biópsia incisional e de descompressão (Figura 04). O laudo histopatológico teve como resultado cisto dentífero.

Figura 2 - Radiografia panorâmica aos 19 anos.



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

Figura 3 - Punção aspirativa.



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

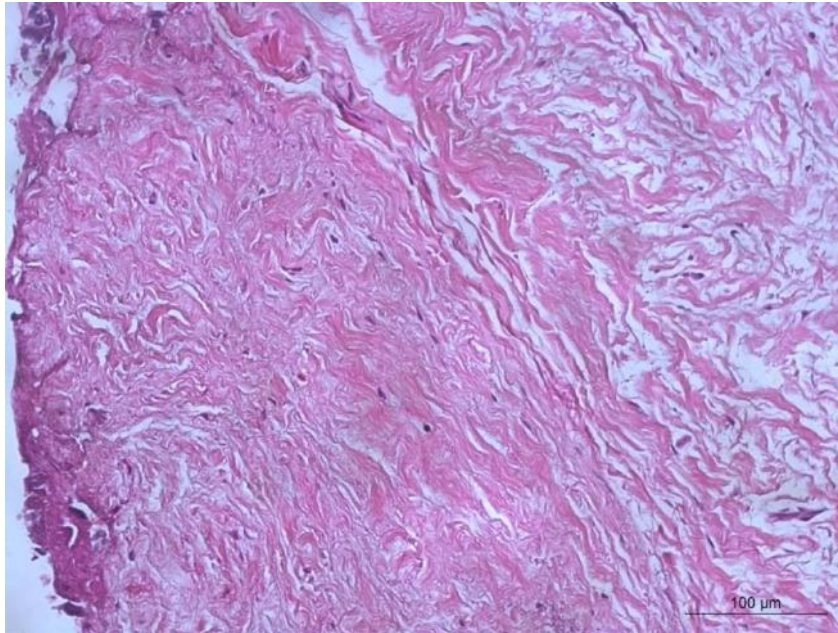
Figura 4 - Marsupialização em região posterior de maxila do lado esquerdo.



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

No exame histopatológico, podemos evidenciar a cápsula de tecido conjuntivo fibroso arranjado frouxamente por epitélio do tipo pavimentoso estratificado não ceratinizado, tendo a junção epitélio e tecido conjuntivo plana. (Figura 5).

Figura 5 – Histopatológico.



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

Após a descompressão e consequente redução considerável da lesão, foi realizada exodontia do dente 28 e envio da lesão remanescente para análise histopatológica. O laudo foi conclusivo para cisto dentígero. Ao analisarmos o exame radiográfico panorâmico, foi possível observar o dente 38 causando a impaction do dente 37 e o dente 48 causando reabsorção radicular externa na porção distal do dente 47 (Figura 2). Posteriormente, foi realizada a exodontia do dente 38, seguida da remoção do dente 48 (Figura 6) e, por último, a exodontia do dente 18. Os folículos associados aos dentes 38 e 48 foram enviados para o exame histopatológico e tiveram laudos conclusivos para cisto dentígero. Foram feitos testes de sensibilidade pulpar no dente 47 com resultados positivos.

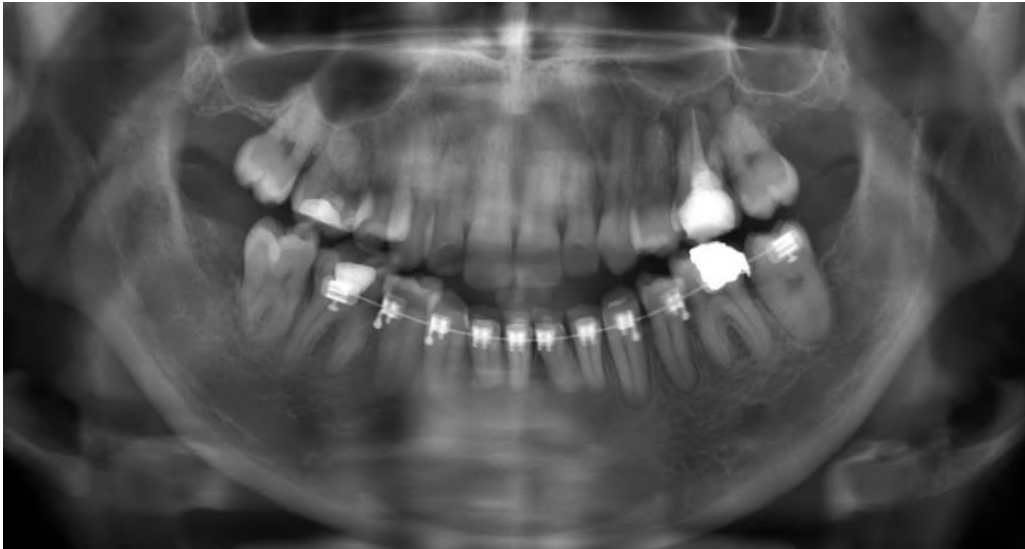
Figura 6 - Exodontia do 48.



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

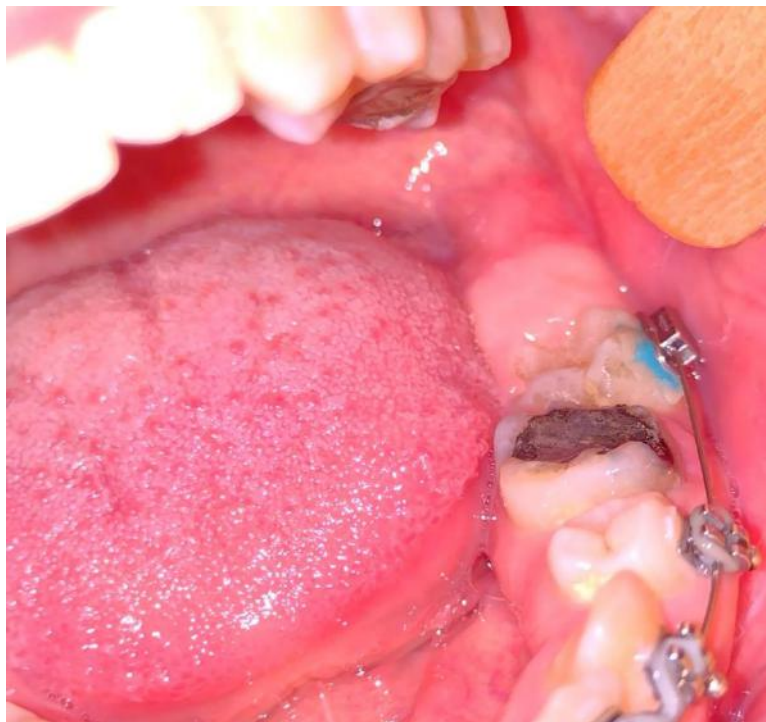
Por último, foi iniciado o tratamento ortodôntico, sendo a técnica de escolha a bioprogressiva e uso de elásticos intermaxilares para extrusão do dente 37. No arco superior foi confeccionado um Arco Utilidade, com objetivo de ancorar os molares (16 e 26). Para a extrusão do dente 37 foram utilizados elásticos intermaxilares, na sequência, 5/16 leve; 3;16 pesado e 1/8 pesado, ancorando o mesmo nos dentes 25 e 26. Após 8 meses, o dente 37 encontrava-se em oclusão (Figura 7 e Figura 8). Paciente encontra-se em um período de 3 anos de proervação sem nenhum indício de recidivas nas áreas acometidas.

Figura 7 - Radiografia panorâmica final (22 anos de idade).



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

Figura 8 - Dente 37 em posição de oclusão.



Fonte: Ambulatório de Estomatologia do Curso de Odontologia UFC – Campus Sobral.

4. Discussão

Segundo estudo de Ribeiro et al. (2015), o cisto dentígero é a lesão cística de maior prevalência associada a dentes inclusos, 37,93% dos casos. Essa alta prevalência se justifica pela própria natureza da lesão que trata-se de um cisto odontogênico associado a um dente de erupção tardia, impactado ou não irrompido, sendo os terceiros molares inferiores os dentes mais acometidos (Stringhini et al., 2018; Silva et al., 2021). A frequência de impactação dos 3º molares inferiores é comum na população geral, com taxas variando entre 22-66% (Phillips et al., 2012; Sigron et al., 2014; Ribeiro et al., 2015). A remoção dos terceiros molares retidos é uma das operações mais comuns realizadas por cirurgiões orais e maxilofaciais, sendo que dois terços de todos os terceiros molares são extraídos por volta dos 30-40 anos (Cunha-Cruz et al., 2014; Anyanechi et al., 2019). A decisão de remover o terceiro molar é um assunto controverso na prática odontológica. Alguns fatores devem ser levados em consideração como os benefícios e riscos potenciais do tratamento (Anyanechi et al., 2019; Bastos et al., 2016). Entre os benefícios da cirurgia de terceiros molares estão o alívio da dor, prevenção da cárie dentária, da doença periodontal, da formação de cistos, da reabsorção radicular dos segundos molares adjacentes, promoção do tratamento ortodôntico e diminuição de riscos durante cirurgia ortognática (Cutilli et al., 2013; Cunha-Cruz et al., 2014; Lee et al., 2015; Abramovitz et al., 2021). Presença de dor, formação de cistos e reabsorção radicular foram os achados clínicos e radiográficos do presente estudo, o que evidencia a importante tomada de decisão para a remoção, de forma preventiva, dos terceiros molares.

Uma recente revisão de literatura (Brito et al., 2021) evidenciou que a extração profilática de terceiros molares assintomáticos ocorre sem critérios claramente definidos. As estimativas são que 54% dos terceiros molares inferiores são removidos profilaticamente sem a presença de quaisquer sintomas subjetivos, e 30 – 50% dos terceiros molares referidos são removidos sem quaisquer indicações válidas. Diante desses dados, fica evidente que existe a necessidade de um diagnóstico bem realizado através de parâmetros clínicos, bem como através de exames complementares, para que se possa aplicar uma odontologia baseada em evidências (Abramovitz et al., 2021). Outro fator importante a ser considerado no momento do planejamento de exodontia de terceiros molares, é a idade do paciente. Pacientes mais jovens possuem fatores que diminuem o risco de complicações pós-operatórias, como rizogênese incompleta (facilitando no processo de luxação e remoção do dente durante o ato cirúrgico) e cortical óssea menos densa (permitindo uma maior expansão do alvéolo). Todos esses fatores corroboram para uma melhor recuperação pós-operatória do paciente (Matos, A. F. Da S.; et al., 2017). Em contrapartida, pacientes de idade mais avançada, apresentam condições clínicas que irão favorecer na maior dificuldade não só do ato operatório, como, também, na recuperação pós-cirúrgica. A maior densidade da cortical óssea e o processo de rizogênese completa são fatores complicadores para o procedimento cirúrgico (Matos, A. F. Da S.; Vieira, L. E.; Barros, L. DE. et al., 2017).

Sendo assim, fica evidente que, no presente caso, a remoção dos terceiros molares, deveriam ser realizadas precocemente, de preferência antes do tratamento ortodôntico. Para Lindauer et al. (2007) e Gavazzi et al. (2014), no campo da ortodontia, a remoção dos terceiros molares são importantes na prevenção de apinhamentos. Segundo estudos de Bastos et al. (2016), existe uma dificuldade por parte dos ortodontistas de prever o prognóstico do terceiro molar quando esses dentes irromperam espontaneamente. Em consonância a isso, apontam, também, que em 37,8% dos casos os ortodontistas indicam a exodontia profilática, isso se justificaria pelo fato de evidências científicas demonstrarem que mudanças de posição e erupção do terceiro molar inferior serem fenômenos imprevisíveis, sejam em crianças e adolescentes ou mesmo em adultos jovens. (Phillips et al., 2012; Miclotte et al., 2014; Cunha-Cruz et al., 2014; Lee et al., 2015; Bastos et al., 2016; Abramovitz et al., 2021). Assim, extrações profiláticas de terceiros molares inferiores impactados sem sintomatologia podem ser uma opção de tratamento.

É de grande importância a avaliação do tamanho do espaço pericoronário em exames radiográficos. Atualmente, não existe consenso na literatura em relação à uma possível associação do cisto dentígero com o aumento do espaço do folículo pericoronário visto na análise radiográfica (Stathopoulos P, et al., 2011). Um diâmetro de 3mm de área radiolúcida inserida na junção cimento-esmalte de um dente incluso, tem sido proposta como um fator primordial para essa diferenciação. Porém,

existem estudos (Damante et al., 2001) que mostram que existem cistos com diâmetros menores que 3mm e folículos pericoronários maiores que 3mm. Vale ressaltar que independentemente do tamanho dessa radiolucidez pericoronária, lesões de caráter mais agressivo como ameloblastoma unicístico e ceratocistos podem ser erroneamente classificadas como cisto dentígero (Dunsche A, et al., 2003).

Ao analisar o presente estudo, podemos observar que a radiografia panorâmica prévia, aos 13 anos, já apresentava um nítido aumento no espaço do folículo pericoronário dos dentes 18,28 e 48. Esse fato por si só, já demonstrava que a paciente em questão precisava de uma atenção especial quanto à uma possível evolução patológica desses espaços pericoronários. A remoção dos terceiros molares teria sido de fundamental importância para prevenção das complicações que foram apresentadas no relato de caso devido a não extração de forma profilática. Tomada de decisão de suma importância ao se realizar o planejamento ortodôntico previamente ao tratamento.

Apesar de ser um procedimento comum, no campo da Odontologia, a exodontia de terceiros molares possui uma certa complexidade no ato operatório. Embora os riscos associados à remoção dos terceiros molares sejam, geralmente, de menor índice, como dor e edema, podem também apresentar comprometimentos mais graves como, fratura da tábua óssea, injúrias ao nervo alveolar inferior entre outros (Huang, G. J. et al., 2014). Para isso, a tomada de decisão da remoção ou não dos terceiros molares ainda é muito discutida na literatura. Podemos concluir que, no presente estudo, o folículo do dente 28 transformou-se em um extenso cisto dentígero, causando abaulamento considerável da tábua óssea vestibular e um desconforto marcante para a paciente.

Além disso, o seu tratamento foi feito pela descompressão que utiliza um dreno suturado na gengiva inserida. Este dispositivo não é bem aceito pelos pacientes devido à necessidade de limpeza periódica e pelo desconforto causado. O dente 38, apresentando folículo pericoronário extenso, também, se transformou em cisto dentígero, não conseguiu uma trajetória de erupção adequada, em que além de incluso, causou a impação do dente 37. Consideramos o dente 37 fundamental para uma boa oclusão e, sendo assim, o tratamento ortodôntico prévio (idade de 13 anos. O cisto dentígero associado ao dente 48 causou a reabsorção radicular externa do dente 47. Felizmente, esse processo de reabsorção foi interrompido e o dente 47 encontrou-se com resposta positiva frente ao teste de sensibilidade pulpar.

5. Conclusão

A alternativa de uma remoção profilática dos terceiros molares pode ser uma terapêutica importante frente à prevenção de possíveis complicações. Vale ressaltar, a importância do acompanhamento radiográfico criterioso, quando se optar pela não remoção do terceiro molar. Sendo assim, o acompanhamento da posição dos terceiros molares durante o tratamento ortodôntico, irá promover uma melhor tomada de decisão ao profissional no momento de optar ou não pela remoção. Com isso, os autores do presente estudo concordam que todo folículo pericoronário associado a um dente incluso deve ser enviado para a análise histopatológica após a extração do dente em questão. Uma vez que na literatura atual, nota-se escassez de estudos que possam associar o tamanho do folículo pericoronário e a presença ou não de uma possível entidade patológica. Destarte, acreditamos que mais estudos irão auxiliar em um melhor diagnóstico e, conseqüentemente, na terapêutica a ser abordada.

Referências

- Abramovitz, I., Zakopay, E., Zini, A., Chweidan, H., Balakirski, D., Protter, N. E., & Almoznino, G. (2021). Pre-operative oral health-related quality of life in patients attending surgical removal of mandibular third molar teeth. *Healthcare (Switzerland)*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010085>.
- Anyanechi, C. E., & Saheeb, B. D. (2015). Nerve Morbidity after Mandibular Third Molar Surgery: A Prospective Study of Two Cohorts of Patients. *Journal of Neurology and Neuroscience*, 06(04). <https://doi.org/10.21767/2171-6625.100043>.
- Anyanechi, C. E., Saheeb, B. D., & Okechi, U. C. (2019). Is prophylactic removal of impacted mandibular third molar justified in all patients? A prospective clinical study of patients 50 years and above. *African Health Sciences*, 19(1), 1789–1794. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.55>.

- Bastos, A. do C., de Oliveira, J. B., Mello, K. F. R., Leão, P. B., Artese, F., & Normando, D. (2016). The ability of orthodontists and oral/maxillofacial surgeons to predict eruption of lower third molar. *Progress in Orthodontics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s40510-016-0134-0>.
- Caliento, R., Mannarino, F. S., & Hochuli-Vieira, E. (2013). *REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP Cisto dentífero: modalidades de tratamento Dentigerous cyst: modalities of treatment*.
- Cunha-Cruz, J., Rothen, M., Spiekerman, C., Drangsholt, M., McClellan, L., & Huang, G. J. (2014). Recommendations for third molar removal: A practice-based cohort study. *American Journal of Public Health*, 104(4), 735–743. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301652>.
- Cutilli, T., Bourelaki, T., Scarsella, S., Fabio, D. di, Pontecorvi, E., Cargini, P., & Junquera, L. (2013). Pathological (late) fractures of the mandibular angle after lower third molar removal: A case series. *Journal of Medical Case Reports*, 7. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-7-121>.
- Damante, J. H., & Fleury, R. N. A contribution to the diagnosis of the small dentigerous cyst or the paradental cyst. *Pesqui Odontol Bras*. 2001 Jul./Set.;15(3):238-46.
- De, A., Brito, R., Ribeiro, A., & Brito, A. R. (n.d.). *Terceiros molares indicações clínicas para extraí-los. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06. 12*, 183–191.
- Dunsche, A., Babendererde, O., Ètges, J. L., Springer, I. N. G., & Springer, I. (n.d.). Dentigerous cyst versus unicystic ameloblastoma ± differential diagnosis in routine histology. *J Oral Pathol Med*.
- Gavazzi, M., de Angelis, D., Blasi, S., Pesce, P., & Lanteri, V. (2014). Third molars and dental crowding: Different opinions of orthodontists and oral surgeons among Italian practitioners. *Progress in Orthodontics*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s40510-014-0060-y>.
- Guilherme, L., Vaz, M., Tadeu, M., Rodrigues, V., & Ferreira, O. (2010). Cisto dentífero : características clínicas , radiográficas e critérios para o plano de tratamento. *Rgo*, 58(1), 127–130.
- Huang, G. J., Cunha-Cruz, J., Rothen, M., Spiekerman, C., Drangsholt, M., Anderson, L., & Roset, G. A. (2014). A prospective study of clinical outcomes related to third molar removal or retention. *American Journal of Public Health*, 104(4), 728–734. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301649>.
- Lee, C. T. Y., Zhang, S., Leung, Y. Y., Li, S. K. Y., Tsang, C. C., & Chu, C. H. (2015). Patients' satisfaction and prevalence of complications on surgical extraction of third molar. *Patient Preference and Adherence*, 9, 257–263. <https://doi.org/10.2147/PPA.S76236>.
- Lindauer, S. J., Laskin, D. M., Tüfekçi, E., Taylor, R. S., Cushing, B. J., & Best, A. M. (2007). Orthodontists' and surgeons' opinions on the role of third molars as a cause of dental crowding. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 132(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2005.07.026>.
- Matos, A. F. S., Vieira, L. E., & Barros, L. de. (2017). Terceiros Molares Inclusos: revisão de literatura. *Psicologia e Saúde Em Debate*, 3(1), 34–49. <https://doi.org/10.22289/2446-922x.v3n1a4>.
- Miclotte, A., van Hevele, J., Roels, A., Elaut, J., Willems, G., Politis, C., & Jacobs, R. (2014). Position of lower wisdom teeth and their relation to the alveolar nerve in orthodontic patients treated with and without extraction of premolars: a longitudinal study. *Clinical Oral Investigations*, 18(7), 1731–1739. <https://doi.org/10.1007/s00784-013-1148-3>.
- Phillips, C., & White, R. P. (2012). How predictable is the position of third molars over time? *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 70(9 SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1016/j.joms.2012.04.024>.
- Sigron, G. R., Pourmand, P. P., Mache, B., Stadlinger, B., & Locher, M. C. (2014). The most common complications after wisdom-tooth removal: part 1: a retrospective study of 1,199 cases in the mandible. *Swiss dental journal*, 124(10), 1042–1056.
- Silva, M. P., Zenatti, R., Conci, R., Junior, E. Á. G., Magro, N. E., & Griza, G. L. (2021). Enucleação de extenso cisto dentífero em ambiente ambulatorial: relato de caso/ Enucleation of extensive dental cyst in ambulatory environment: case report. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 10606–10619. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-081>.
- Staderini, E., Patini, R., Guglielmi, F., Camodeca, A., & Gallenzi, P. (2019). How to manage impacted third molars: Germectomy or delayed removal? A systematic literature review. *Medicina (Lithuania)*, 55(3), 1–14. <https://doi.org/10.3390/medicina55030079>.
- Stathopoulos, P., Mezitis, M., Kappatos, C., Titsinides, S., & Stylogianni, E. (2011). Cysts and tumors associated with impacted third molars: Is prophylactic removal justified? *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69(2), 405–408. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.05.025>.
- Toscano Ribeiro, E., das Posses Bridi, M., Cristina Rangel Pereira, T., Regina Grão Velloso, T., Alayde Alcântara Salim, M., Motta Bertollo, R., Maria Lourenço Carlos Maia, R., Aparecida Pimenta de Barros, L., & Nascimento Silva, D. (2015). |Dentes inclusos associados a cistos e tumores odontogênicos: condutas terapêuticas. In 78|*Rev. Bras. Pesq. Saúde* (17(2)).
- Stringhini Junior, E., Galvani, E. C., Zenatti, R., Stang, B., & Becker, G. A. Opções cirúrgicas para tratamento de cisto dentífero: série de casos. *REV ASSOC PAUL CIR DENT*. 72(4):624-30, 2018.