



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E CLÍNICA INTEGRADA

RENATO GARCIA FIGUEIREDO MATTOS

CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO EM SEIO MAXILAR - RELATO DE CASO

CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof.^a Assistente Dr.^a Daniela Ponzoni

Araçatuba-SP

2015

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família que sempre me apoio nos estudos, aos meu pais Edson e Nina, ao meu irmão Rafael, a minha namorada Karoline, que estão sempre ao meu lado nos melhores e piores momentos da minha vida. Agradeço aos meus professores, que me passaram o conhecimento necessário e que eu possa exercer a profissão e ajudar as pessoas que necessitam dos meus conhecimentos, aos meus colegas de turma que me ajudaram nessa conquista, aos meus amigos que me apoiaram nesta etapa e a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Aos meus colegas de turma, aos alunos da faculdade que ajudam no meu crescimento acadêmico, ao departamento de anatomia, cirurgia e bioestatística que me apoiaram no meu conhecimento extra muro, à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Aos Professores Dra. Daniela Ponzoni, Ana Paula Farnezi Bassi e a pós doutoranda Lamis Meorin Nogueira, por aceitar ser a banca do trabalho de conclusão de curso.

“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente”.

MAHATMA GANDHI

MATTOS, R. G. F. **Cisto de retenção mucoso em seio maxilar - relato de caso clínico.** 2015. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

RESUMO

Cistos de retenção mucoso em seios maxilares são entidades benignas que resultam em obstrução do ducto de uma glândula seromucosa, por inflamação, infecção ou alergia da mucosa do seio maxilar, que por sua vez provoca acúmulo de muco e dilatação cística da glândula. Sendo detectado como um achado radiográfico, nos exames dentários por imagem. O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso de cisto de retenção mucoso de seio maxilar em uma paciente de 63 anos de idade que apresentou dificuldade de adaptação da prótese total superior com dores persistentes na maxila esquerda. Nos exames de imagem foi constatado uma lesão de característica cística tratada por enucleação.

Palavras-chave: Mucocele. Seio Maxilar. Diagnostico bucal. Enucleação.

MATTOS, RGF mucous retention cyst in the maxillary sinus - case report. 2015 26 f. Completion of course work (Bachelor) – Araçatuba Dental School, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

ABSTRACT

Mucosal retention cysts in the maxillary sinuses are benign entities that result in duct obstruction of a seromucous gland by inflammation, infection, allergy or mucosa of the maxillary sinus, which in turn causes accumulation of mucus and cystic dilation of the gland. Being detected as a radiographic finding in dental imaging tests. This study aims to present a mucous retention cyst case of maxillary sinus in a patient 63 years of age who presented difficulty to adapt the denture higher with persistent pain in the left maxilla. In imaging testes it was found a cystic characteristic lesions treated by enucleation.

Keywords: Mucocele. Maxillary sinus. Oral diagnosis. Enucleation.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Visão Extrabucal, frontal da face	12
Figura 2 - Visão intrabucal, tumefação em tuberosidade de maxila esquerda	12
Figura 3 - Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF).	13
Figura 4 - Líquido Retirado da Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF).	13
Figura 5 - Resulta Laboratorial do Exame Citopatológico	13
Figura 6 - Radiografia Panorâmica	14
Figura 7 - Tomografia Computadorizada (TC), corte frontal	14
Figura 8 - Imagem 3D da tomografia computadorizada da região esquerda de tuberosidade de maxila	14
Figura 9 - Incisão de fundo de fórnix	15
Figura 10 - Descolamento do retalho mucoperiostal	15
Figura 11 - Enucleação da lesão	16
Figura 12 - Material utilizado para o exame Histopatológico	16
Figura 13 - Esponja estéril de gelatina absorvível (gelfoam) na cavidade cirúrgica	16
Figura 14 - Laudo de confirmação do resultado de cisto retenção mucosa em seio maxilar	16
Figura 15 - Lamina histopatológica da lesão cística de retenção mucosa em seio maxilar	16
Figura 16- Radiografia Panorâmica, acompanhamento de 2 anos.	17
Figura 17- Visão intrabucal, após 2 anos.	17

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
RELATO DE CASO	12
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

INTRODUÇÃO

Neville et al. (2001), define o cisto como uma cavidade patológica (muitas vezes preenchida por líquido) que é revestida por epitélio e suportável pelo tecido conjuntivo fibroso, independentemente da sua origem.

Politanoed et al. (2009), afirma que o cisto de desenvolvimento é resultante da proliferação de remanescentes epiteliais associados a formação dos dentes. Esse epitélio compreende a lâmina dental, o órgão de esmalte e a bainha de Hertwig.

Cistos não odontogênicos são oriundos das linhas de fusão dos ossos ou processo embrionários dos maxilares. Os cistos se desenvolvem na região oral e maxilofacial, tendem a aumentar lentamente de tamanho, possivelmente em resposta a um ligeiro aumento da pressão hidrostática luminal. (NEVILLE et al, 2001)

Os cistos odontogênicos são encontrados na prática odontológica de forma relativamente comum. Cistos revestidos por epitélio nos ossos do corpo são observados somente nos ossos gnáticos. Ainda que alguns poucos cistos possam resultar da inclusão de epitélio ao longo das linhas de fusão dos processos embrionários, a maioria dos cistos dos ossos gnáticos são revestidas por epitélio derivado de epitélio odontogênico. (NEVILLE et al. 2009)

Segundo Bermejo A. et al. (1999) o cisto mucoso de retenção é uma lesão caracterizada pelo acúmulo de líquido nos tecidos, causada por obstrução de ducto excretor glandular, que ocorre em glândulas salivares menores da cavidade bucal. Acredita-se que os cistos de retenção sejam originados pelo bloqueio de uma glândula seromucosa antral, resultando em uma estrutura cística revestida por epitélio ductal e preenchida por mucina. A grande maioria dessas lesões é assintomática, embora possa haver alguma leve sensibilidade na região de fundo de vestibulo ou, mais raramente, uma expansão vestibular palpável localizada nessa região. (REGEZI, et al., 2008)

Hesselink et al. (1979) diz que o cisto de retenção mucoso em seios paranasais se desenvolve quando a drenagem do seio é obstruída por processos inflamatórios, trauma, cirurgia ou tumor. A retenção de secreções, produz uma massa em expansão, capaz de erosão óssea e compressão de estruturas adjacentes. Os sinais e sintomas dependem da localização anatômica e tamanho do cisto.

Moon et al. (2011) afirma que os cistos de retenção mucoso em seio maxilar, são muito comuns e a maioria deles são assintomáticos e incidentalmente encontrado em

radiografias. No entanto, alguns deles aumentam em tamanho e causam sintomas de obstrução do óstio natural do seio maxilar.

Hesselink et al. (1979) diz que diagnóstico de um cisto de retenção mucoso é feita com base na história clínica, exame físico e resultados de exames radiológicos. As radiografias simples podem apresentar erosão óssea ou opacificação, mas a tomografia computadorizada (TC) é o melhor exame de imagem para o diagnóstico de cisto mucoso.

Regezi, et al. (2008) relata que os cistos de retenção envolvem o revestimento do seio maxilar e são achados comuns em radiografias panorâmicas. Essas lesões são descobertas casualmente e apresenta pequena importância clínica. Em radiografias panorâmicas e periapicais, os cistos de retenção mucoso de seio maxilar são hemisféricos, homogêneos opacos e bem delimitados. Em geral, apresentam uma ligação com o assoalho do seio. O diagnóstico diferencial clínico de cisto originando-se no interior da mucosa do seio maxilar inclui pólipos, hiperplasia do revestimento sinusal como resultado de uma infecção odontogênica, sinusite maxilar e neoplasia surgindo no interior dos tecidos moles do revestimento.

Segundo Moon et al. (2011) ampla utilização de imagem radiográfica, no estudo da área odontológica leva a detecção de cisto de retenção mucoso, relatou que aqueles que têm um cisto grande (> 20 mm) ou cistos bilaterais no diagnóstico inicial está em risco de crescimento do cisto. No entanto, o seu curso ou fatores de risco naturais para a progressão não estão totalmente elucidadas.

Histologicamente segundo Regezi, et al. (2008) o cisto de retenção é limitado por um epitélio pseudoestratificado colunar entremeado por células mucosa ocasionais. Os elementos de suporte encontram-se minimamente inflamados. Os pseudocistos mostram ausência de revestimento epitelial, porém observam-se depósitos de material mucóide circundados por tecido conjuntivo levemente comprimido.

Kennedy et al. (1989), disse que a maioria dos cistos mucosos ocorrem em idade entre 40 a 70 anos. Há uma ligeira preponderância do sexo masculino em geral, mas os lados direito e esquerdo são igualmente afetados. A formação do cisto de retenção mucoso é atribuída a uma combinação de obstrução do seio e inflamação.

Regezi, et al. (2008) diz que cistos de retenção geralmente não são tratados, pois apresentam potencial de crescimento limitado, não são destrutivos e a maioria rompe-se espontaneamente. Dessa forma, é necessário apenas um acompanhamento periódico.

Neville et al., (2009) atribui alguns tratamentos de cisto, podendo se utilizar da técnica de enucleação, removendo totalmente. E em cistos grandes pode-se utilizar a técnica

da marsupialização. O prognóstico é excelente e raramente ocorre recidiva após a remoção completa.

RELATO DE CASO

Paciente D.A.L., 63 anos de idades, gênero feminino, procedente de Buritama (SP), compareceu a Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) na clínica de cirurgia e traumatismo Buco-Maxilo-Facial, em outubro de 2013, queixando-se de dor em face.

Durante a anamnese a paciente relatou dor em maxila esquerda, em região de tuberosidade. A mesma relatou ter sofrido acidente automobilístico com trauma em região de face há 19 anos, com perda de todos elementos dentais da região de maxila esquerda por causa do acidente. No exame clínico extrabucal não foi observado alteração visível na simetria facial ou tumefação (Figura 1).

No exame intrabucal observou uma pequena tumefação na região de tuberosidade de maxila esquerda (figura 2), à palpação a lesão possuía consistência firme e apresentava coloração de aspecto normal.



Figura 1-Visão Extrabucal, frontal da face



Figura 2- Visão intrabucal, tumefação em tuberosidade de maxila esquerda

Logo após avaliação, como primeira conduta, foi realizado procedimento de punção aspirativa com agulha fina (PAAF), acoplado a uma seringa descartável de 20 ml (figura 3), dessa região, para descartar algumas suspeitas e auxiliar no plano de tratamento da lesão. Após a retirada do líquido da lesão, vimos que o líquido se apresentava espesso pela dificuldade na realização da punção e tinha uma coloração amarelada (Figura 4), aumentando a hipótese diagnóstica de cisto.

A substância foi armazenada e enviada para o laboratório, para o exame citopatológico, para obtenção do diagnóstico da lesão em seio maxilar. Após algumas semanas o resultado foi confirmado como lesão cística (figura 5).



Figura 3- Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF)

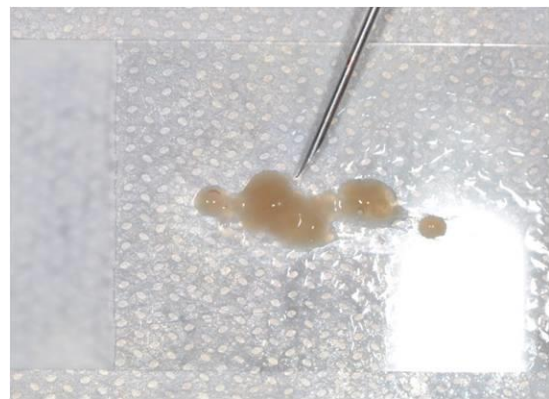


Figura 4- Líquido Retirado da Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF)

RESULTADO DE EXAME CITOPATOLÓGICO	
CÓDIGO SUS: 1201103-7	
Nome : ██████████	Citológico Nro: 0001/2014
Sexo : FEMININO	Prontuário : ██████████
Profissão: APOSENTADA	Idade: 63
Cor : PARDA	Raça : NDA
Estado Civil : CASADA	Nacionalidade : BRASILEIRO
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO : ██████████	
I - COLORAÇÃO	: PAPANICOLAOU
II - ESTUDO CITOPATOLÓGICO	: ██████████
III - REAÇÃO INFLAMATÓRIA	: ██████████
IV - MICROBIOTA BUCAL	: ██████████
V - CLASSE	: ██████████
VI - OBSERVAÇÕES	: Compatível com lesão cística.
SOLICITANTE DA BIÓPSIA : PÓS-GRADUAÇÃO	
DR. RAFAEL SANTIAGO DE ALMEIDA	

Figura 5- Resulta Laboratorial do Exame Citopatológico

Simultaneamente ao exame citopatológico, foram solicitados exames complementares imaginológicos, obtidos através de radiografia panorâmica (figura 6) e tomografia computadorizada (TC) (figura 7 e 8). Então foi observada em seio maxilar esquerdo uma zona radiopaca bem delimitada, homogênea de forma arredondada, ocupando

próximo a metade do seio maxilar. Não tendo efeitos sobre as paredes ósseas e o assoalho adjacentes. Na Tomografia Computadorizada da cavidade paranasal, massa hiperdensa está evidente no seio maxilar esquerdo. E foi pedido uma imagem em 3D para maiores detalhes da lesão cística (figura 5).



Figura 6- Radiografia Panorâmica



Figura 7- Tomografia Computadorizada (TC), corte frontal



Figura 8- Imagem 3D da tomografia computadorizada da região esquerda de tuberosidade de maxila

Após a análise dos exames imaginológicos, foi marcada a cirurgia para retirada da lesão, na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, 2 meses após a consulta inicial.

Foram então solicitados exames pré-operatórios: hemograma completo, coagulograma, tempo de protrombina e tempo de tromboplastia parcialmente ativada, glicemia, triglicérides, uréia, creatinina, TGO, TGP, urina. Estando todos exames em seus valores normais.

Com isso, optou-se pela enucleação da lesão e curetagem óssea. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral, paciente estava em DDH (decubito dorsal horizontal), realizando intubação naso traqueal, colocado tapão orofaríngeo e proteção ocular

com micropore, foi feita antissepsia intra e extra bucal com PVPI degermante e tópico 10%, Para efeito anestésico foi utilizado solução de cloridrato de bupivacaína 0,5% contendo epinefrina 1:200.000 diluída em água destilada 1:1 em região de fundo de fónix em região posterior de maxila esquerda, a incisão com lamina 15, foi realizada no rebordo e uma relaxante (Newman), em maxilar esquerdo com o descolamento mucoperiostal (figura 9 e 10), realizou-se ostotomia da parede vestibular do seio maxilar, então foi realizada enucleação da lesão cística (figura 11), curetagem óssea com a cureta luco e a coleta o material para a biópsia (figura 12). Foi utilizada esponja estéril de gelatina absorvível (gelfoam) para hemostasia na cavidade cirúrgica (figura 13), depois de realizar a curetagem no óstio da maxila. Foi realizada reposição do retalho e sutura com fio vicryl 4-0. Após a sutura foi feita a remoção do tampão orofaríngeo, a extubação do paciente e o término do procedimento cirúrgico.

O material para a biópsia foi enviado para análise histopatológica (figura 12). O laudo histopatológico confirmou o resultado de cisto de retenção mucoso em seio maxilar (figura 14). Histologicamente descrito por Regezi, et al. (2008), o cisto de retenção mucoso, é composto com revestimento de epitélio do tipo colunar, pseudo-estratificado cilíndrico ciliado. O tecido conjuntivo adjacente é do tipo fibroso-elástico, sendo denominado túnica própria da mucosa. Entre as fibras encontra-se a substancia fundamental do tecido conjuntivo rica em carboidratos e proteínas. Além destes, encontram-se células polimorfonucleares, linfócitos, plasmócitos e macrófagos quando em presença de estados inflamatórios. Os vasos sanguíneos aparecem em pequeno número. Podem-se encontrar de forma dispersa, elementos glandulares mistos do tipo glândulas sero-mucosas. As células mucosas localizam-se ao redor dos ostios dos ductos enquanto as serosas situam-se no fundo do ácinos (figura 15).

Durante um período de 2 anos, a paciente vem sendo acompanhada e não houve alteração pós-operatória como parestesia ou qualquer sinal de recidiva da lesão (Figura 16 e 17).



Figura 9- incisão de fundo de fónix



Figura 10 - descolamento do retalho mucoperiostal



Figura 16- Radiografia Panorâmica, acompanhamento de 2 anos.



Figura 17- Visão intrabuca, após 2 anos.

DISCUSSÃO

Allard et al. (1981) e Neville et al. (1995), descrevem os seios paranasais, como cavidades de ar que se comunicam com as cavidades nasais por canais e óstios. Os seios são cobertos por uma fina membrana mucosa que adere ao periósteo, e o epitélio ciliado ajuda a remover as secreções formadas na cavidade nasal, segundo Rizzolo e Madeira (2009), os seios maxilares podem apresentar várias formas e tamanhos, dependendo também de diversos fatores, como, por exemplo, tipo facial do indivíduo, idade e número de dentes presente. Ele tende a invadir os espaços deixados pelos dentes que vão sendo progressivamente extraídos, tornando-se bastante desenvolvidos nos pacientes desdentados.

Bulgarelli et al. (2002), Shafer et al. (1989) e Tommasi (1998), dizem que os cistos são lesões assintomáticas de natureza inflamatória crônica, que acometem paciente de todas as raças, ambos os gêneros e que podem ocorrer em qualquer idade. Apresentam crescimento lento e expansivo, com crepitação a sua palpação. Constitui o cisto mucoso do seio maxilar um fenômeno de retenção de muco a partir das glândulas mucosas do epitélio de revestimento do seio maxilar, sendo detectado como um achado radiográfico, nos exames dentários por imagem. Os cistos maxilares por serem lesões crônicas, possuem crescimento lento e assintomático sendo detectado na maioria das vezes, por exames radiográficos de rotina, assim como Wang et al. (2007), diz que na maioria dos cistos de retenção de mucoso é assintomática, mas Koki et al. (2005) diz, quando ocorre sintomas, como dor de cabeça, periorbital ou dor facial, repetidas infecções dos seios paranasais, e/ou obstrução nasal, o tratamento cirúrgico pode ser necessário.

Na casuística em questão, ocorreu o que Koki et al. (2005) relatou em seus estudos, no qual, apresentou dor na região de maxila esquerda, e foi submetida a radiografia panorâmica e tomografia computadorizada, sendo realizado o tratamento cirúrgico. Os autores Paparella (1963), Ruprecht et al. (1986), Rhodus (1990), Kanagalingam et al. (2009) e Gardner (1984), condizem que cistos de retenção mucoso em seios maxilares são entidades benignas que resultam em obstrução do ducto de uma glândula seromucosa, que por sua vez provoca acúmulo de muco e dilatação cística da glândula,

Pesquisa realizada por González (1996), a incidência de cisto de retenção mucoso foi de 29,4% (150 casos). A média de idade de 37,9 anos (17-76), e a relação masculino-feminino foi de 1,7:1. Vinte e cinco pacientes (16,6%) demonstraram cistos bilaterais no seio maxilar, enquanto houve 118 (78,6%) casos unilaterais, 54 (45,8%) com cisto de retenção mucoso no seio maxilar direito, e 64 (54,2%) no seio maxilar esquerda. Alguns doentes tiveram cistos em

mais do que um seio. A pesquisa Schalek et al. (2013), descreveu que dos 64 pacientes que preencheram os critérios de inclusão para o estudo de cisto, 36 (56,25%) eram homens e 28 (43,75%) eram mulheres, com idade média de 40,4 anos (intervalo 18-70 anos). Em 34 pacientes, o cisto estava localizado no seio maxilar direito, em 28 pacientes do seio maxilar esquerdo e, em dois casos, os cistos eram bilaterais, Ruprecht et al. (1986), encontrou o predomínio do gênero masculino de 2:1 e Aydin et al. (2013), observou que uma proporção entre homens e mulheres de 2:1 (31,96% X 14,44%).

A etiologia desta patologia é controversa, Myall e Eastep e Silver (1974) e Casamassimo e Lilly (1980) em seus estudos acreditam na correlação com os processos alérgicos e Halstead (1973) acreditam na possível relação com problemas dentários e periodontais, principalmente através de infecções que penetram no seio dando origem ao cisto mucoso e acrescentando-se a essas citações, Gothberg et al. (1976) acreditam na história de trauma e processo infeccioso dental. Como GOTHBERG et al. (1976) citaram, em sua pesquisa, a paciente relatou que alguns anos atrás, sofreu acidente automobilístico, no qual, perdeu todos os elementos dentais da região de maxila esquerda, podendo esta ser a causa do surgimento da lesão.

Os tratamentos para o cisto de retenção mucoso com descompressão e marsupialização foram sugeridas pela primeira vez por PAETSCH et al. (1892) e PAETSCH et al. (1910), este tratamento foi apresentado nessa altura como um tratamento definitivo para cistos, e, essencialmente, consistiu na remoção do epitélio sobrejacente e osso com o cisto. Se possível, a sutura do revestimento do cisto ao epitélio oral para manter a abertura também foi realizada. A justificativa na época era que ele descompacta o cisto e diminuir o crescimento. Clark et al. (2006), relata que a marsupialização de grandes lesões cística demonstrou diminuir de tamanho o tumor em 47%, resultando em uma enucleação muito mais simples. E Borgonovo et al. (2011), condiz que abordagem de marsupialização permite uma abordagem menos invasiva, com excelentes resultados, evitando exaustivos procedimentos traumáticos. Já Bland et al. (2012) e Pogrel (2003), expõe que a condutas de marsupialização alivia a pressão no interior da cavidade cística e permite remodelação óssea para o preenchimento do defeito com morbidez cirúrgica mínima.

Estruturas contíguas do seio maxilar, como dente, ou o canal alveolar inferior pode ser salvo de danos. O procedimento tem um elevado sucesso na diminuição do tamanho do cisto antes da enucleação e é útil para evitar a cirurgia extensa. Eyre et al. (1985) e Nakamura et al. (2002), relata que a descompressão pode ser realizada através de uma pequena abertura no cisto e mantendo-o aberto, com um dreno de algum tipo, no entanto Wang et al.

(2007) relataram que a maioria dos cistos de retenção do seio maxilar regridem espontaneamente ou não mostram nenhuma mudança significativa no tamanho, a longo prazo e Halstead (1973), relatou que o tratamento é apenas o acompanhamento radiográfico, através de radiografias panorâmicas e nos casos sintomáticos extremos é indicado a exérese da lesão.

O acompanhamento médico é indicado apenas nos pacientes com histórias alérgicas recentes. Assim como Costa et al. (1992), observou que estes cistos podem permanecer estacionados em tamanho durante muitos anos, contudo podem também romper e desaparecer por completo em um tempo relativamente curto, sem qualquer intervenção cirúrgica. Além disso, ao contrário dos cistos odontogênicos, é muito difícil que ocorra expansão das paredes ósseas do antro sinusal mesmo quando a lesão ocupe por completo o seio maxilar. E Finkelstein et al. (2013), relata que as recidivas císticas, podem estar relacionadas a características do cisto no nível celular, ou dificuldade de tratamento cirúrgico.

No caso clínico descrito o tratamento optado foi cirúrgico, pois Halstead (1973) relatou, em caso de sintomas da lesão cística deve haver intervenção. A paciente relatou dor na região esquerda de maxila e foi optado pela enucleação do cisto de retenção mucoso. Como os autores Bland et al. (2012) e Pogrel (2003) frisaram, a marsupialização com a descompressão da lesão é indicada quando apresenta algum risco a integridade da paciente e estrutura adjacente, neste caso não houve riscos a qualquer estrutura.

CONCLUSÃO

O cisto de retenção mucoso de seio maxilar é uma patologia frequentemente identificado em exames de imagem de rotina. A conduta clínica deste caso, tratado pelo método da enucleação foi adequado o acompanhamento de 2 anos.

REFERÊNCIA

NEVILLE, Brad W. **Patologia oral e maxillofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

POLITANO, GABRIEL T. **Cisto radicular- Relato de caso clínico**. Conscientiae saúde, São Paulo, 2009, p. 129-132.

NEVILLE, Brad W. **Patologia oral e maxillofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

HESSELINK J. R.; WEBER A. L.; NEW P. F. **Evaluation of mucoceles of the paranasal sinuses with computed tomography**. radiology. 1979. p. 397-400.

BERMEJO A. et al. **Mucocele superficial: Relatório de 4 caso**. Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral radiolEndod 1999. p. 469-472.

MOON I.J. et al. **Mucosal cysts in the paranasal sinuses: long-term follow-up and clinical implications**. Am J Allergy Rhinol, 2011. p. 98-102.

REGEZI et al. **Patologia Oral: correlações clinico patológicas**. 5. ed. Elsevier Editora Ltda, 2008.

KENNEDY D.W. et al. **Endoscopic sinus surgery for mucoceles: a viable alternative**. Laryngoscope, 1989. p. 885-889.

ALLARD R.H.B; VAN der Kwast W.A.M; VAN der Waal I. **Mucous cysts antral. A review of the literature and report of a radiographic survey.** Oral surgpathol Oral Med 1981. p. 2-9.

NEVILLE B.W et al. **Patologia Bucal.** Philadelphia: WB Saunders Company, 1995. p. 231-232.

RIZZOLO, R. J. C.; MADEIRA, C. M. **Anatomia Facial com fundamentos de anatomia geral.** 3. ed. São Paulo: Savier, 2009.

BULGARELLI A.F.; SILVA A.B.M.; PAILINO S.M. **Cisto de Retenção do Seio Maxilar -Considerações para o Clínico Geral.** Rev. Assoe. Paul. Cirurg. Dent. 2002. p. 178-81.

SHAFER W.G.; HINE M.K.; LEVY B.M. **Patologia bucal.** 3 ed. Rio de janeiro; 1989.

TOMMASI A.F. **Diagnostico em patologia bucal.** São Paulo;Artes Médicas; 1988.

WANG J.H.; JANG Y.J.; LEE B.J. **Natural course of retention cysts of the maxillary sinus: long-term follow-up results.** Laryngoscope, 2007. p. 341-344.

KOKI S.; KIYOSHI Y.; YUTAKA S.; TOORU I. **Três casos de cisto de retenção esfenoidal seio da uma discussão de abordagens cirúrgicas para o seio esfenoidal-incluindo dor de cabeça.** Otolaryngol Head NeckSurg (Tokyo), 2005. p. 174-181.

PAPARELLA M.M. **Mucosal cyst of the maxillary sinus.** ArchOtolaryngol, 1963. p. 650-70.

RUPRECHT A.; BATNIJI S.; EL-NEWEIHI E. **Mucous retention cyst of the maxillary sinus.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986. p. 728-31.

RHODUS N.L. **The prevalence and clinical significance of maxillary sinus mucous retention cysts in a general clinic population.** 1990. p. 86-7.

KANAGALINGAM J. et al. **Maxillary mucosal cyst is not a manifestation of rhinosinusitis: results of a prospective three-dimensional CT study of ophthalmic patients.** Laryngoscope. 2009. p. 8-12.

GONZÁLEZ ORTIN M. **Salivary cysts of the maxillary sinus. One case report.** An Otorrinolaringol Ibero Am, 1996. p. 589-95.

SCHALEK P.; OTRUBA G.; HORNÁČKOVÁ Z.; HAHN A. **Mucosal maxillary cysts: long-term subjective outcomes after surgical treatment.** EurArchOtorhinolaryngol, 2013. p. 2263-6.

RUPRECHT A.; BATNIJI S.; EL-NEWEIHI E. **Mucous retention cyst of the maxillary sinus.** Oral SurgPathol Oral Oral Med, 1986. p. 728-31.

AYDIN E.; YERLI H.; TANRIKULU S.; HIZAL E. **Mucosal cysts of the maxillary sinus in solid organ transplant population: computerised tomography follow-up results.** BalkanMedJ, 2013. p. 305-8.

MYALL, R.W.; EASTEP, P. B.; SILVER, J. G. **Cistos de retenção mucoso de seio maxila.** J. Am. Dent. Assoe, 1974. p. 1338-1342.

CASAMASSIMO, P. S.; LILLY, G. E. **Mucosal cysts of the maxillary sinus: A clinical and radiographic study.** Oral Surg, 1980. p. 282-286.

HALSTEAD, C. L. **Mucosal cysts of the maxillary sinus: report of 75 cases.** J. Am. Dent. Assoc, 1973. p. 1435-1441.

GOTHBERG, T. K. A.; LITTLE, J. W.; KING, D. R.; BEAN, L. R. **A clinical study of cysts arising from mucosa of the maxillary sinus.** Oral Surg, 1976. p. 52-58.

PARTSCH C. **Kieferzysten der deutschen Monatszeitschrift für Zahnheilkunde.** 1892. p. 271-304.

PARTSCH C. **Behandlung Kieferzysten. Deutsch Monatszeitschrift für Zahnmedizin.** 1910. p. 252-260

CLARK P.; MARCADOR P.; BASTIAN H.L.; KROGDAHL A. **Expression of p53, Ki-67, and EGFR in odontogenic keratocysts before and after decompression.** J Pathol Oral Med, 2006. p. 568-572.

BORGONOVO A. E.; DI LASCIA S.; GROSSI G.; MAIORANA C. **Two-stage treatment protocol of keratocystic odontogenic tumour in young patients with Gorlin-Goltz syndrome: marsupialization and later enucleation with peripheral ostectomy. A 5-year-follow-up experience.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011. p. 1565-1571.

BLAND P. S.; SHILOAH J.; ROSEIRA M. S. **Odontogenic keratocyst: a case report and review of an old lesion with new classification.** J Dent Assoc Tenn, 2012. p. 33-6.

POGREL M. A. **Decompression and marsupialization as a treatment for the odontogenic keratocyst.** Maxillofac Oral SurgClin North Am, 2003. p. 415-27.

EYRE J.; ZAKRZEWSKA J. M. **The conservative management of large odontogenic keratocysts.** Br J Oral MaxillofacSurg, 1985. p. 195-203.

NAKAMURA N. et al. **Marsupialization for odontogenic keratocysts: long-term follow-up analysis of the effects and changes in growth characteristics.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod, 2002. p. 543-53.

WANG J. H.; JANG Y. J.; LEE B. J. **Natural course of retention cysts of the maxillary sinus: long-term follow-up results.** Laryngoscope 2007. p. 341 -344.

COSTA C.; COSTA C. A. C.; FERREIRA E. T. T.; OLIVEIRA J. X. **Cisto mucoso do seio maxilar: apresentação de dois casos.** Ver. inst. Ciênc. Saúde. 1992. p. 63-65.

FINKELSTEIN M. W.; HELLSTEIN J. W.; LAKE K. S.; VINCENT S. D. **Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective analysis of genetic, immunohistochemical and therapeutic features. Proposal of a multicenter clinical survey tool.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2013. p. 75-83.