

## Enucleação de Cisto da Bifurcação Vestibular: Relato de Caso Clínico

Jordan Sander Batista Santos<sup>1</sup>, Álvaro Rabelo Picanço<sup>2</sup>, João Victor Rodrigues Costa<sup>3</sup>, Marcos Vinícius Carvalho Campos<sup>4</sup>

**Resumo.** O cisto da bifurcação vestibular (CBV) é um cisto odontogênico inflamatório que se destaca por sua raridade, se desenvolve na bifurcação da face vestibular do primeiro molar inferior permanente, em crianças de 6 a 12 anos, representa cerca de 3% de todas as incidências císticas na mandíbula, sua patogênese é incerta. Apresenta características clínicas, muitas vezes semelhantes a outros cistos inflamatórios, apresenta-se como uma imagem radiolúcida, unifocal, circunscrita com bordas nítidas e definidas, o aumento do volume ósseo ao redor do cisto, reabsorção óssea na região de bifurcação das raízes e inclinação das mesmas em direção à parte interna da mandíbula. A compreensão das características radiográficas específicas, em conjunto com a análise clínica e histológica, permite diferenciar o CBV de outras patologias e determinar o tratamento adequado. O presente trabalho relata a remoção cirúrgica de cisto da bifurcação vestibular em uma paciente do gênero masculino, de 9 anos de idade. O procedimento cirúrgico foi realizado na clínica escola da UNAMA Santarém, através da técnica de enucleação.

**Palavras-chave:** Cisto da Bifurcação Vestibular. Diagnóstico. Intervenção. Tratamento.

DOI:10.21472/bjbs.v11n25-011

Submitted on:  
10/05/2024

Accepted on:  
10/10/2024

Published on:  
10/23/2024



Open Access  
Full Text Article



## Enucleation of Vestibular Bifurcation Cyst: Clinical Case Report

**Abstract.** The buccal bifurcation cyst (CBV) is an inflammatory odontogenic cyst that stands out for its rarity, it develops in the bifurcation of the buccal surface of the first permanent lower molar, in children aged 6 to 12 years, it represents approximately 3% of all incidences cystic lesions in the mandible, its pathogenesis is uncertain. It presents clinical characteristics, often similar to other inflammatory cysts, presents as a radiolucent, unifocal, circumscribed image with clear and defined borders, increased bone volume around the cyst, bone reabsorption in the region of bifurcation of the roots and inclination of the same towards the inner part of the mandible. Understanding the specific radiographic characteristics, together with clinical and histological analysis, allows us to differentiate CBV from other pathologies and determine the appropriate treatment. The present work reports the surgical removal of a vestibular bifurcation cyst in a male patient, 9 years old. The surgical procedure was carried out at the UNAMA Santarém school clinic, using the enucleation technique.

**Keywords:** Vestibular Vestibular Bifurcation Cyst. Diagnosis. Intervention. Treatment.

<sup>1</sup> Centro Universitário da Amazônia (UNAMA - CUA), Santarém, Pará, Brasil. E-mail: [jordanbatista1212@gmail.com](mailto:jordanbatista1212@gmail.com)

<sup>2</sup> Centro Universitário da Amazônia (UNAMA - CUA), Santarém, Pará, Brasil. E-mail: [alvarorabelo12332@gmail.com](mailto:alvarorabelo12332@gmail.com)

<sup>3</sup> Centro Universitário da Amazônia (UNAMA - CUA), Santarém, Pará, Brasil. E-mail: [jvictorunama@gmail.com](mailto:jvictorunama@gmail.com)

<sup>4</sup> Centro Universitário da Amazônia (UNAMA - CUA), Santarém, Pará, Brasil.  
E-mail: [viniciuscarvalho992022211@gmail.com](mailto:viniciuscarvalho992022211@gmail.com)

## Enucleación de Quiste de Bifurcación Vestibular: Reporte de Caso Clínico

**Resumen.** El quiste de bifurcación bucal (CBV) es un quiste odontogénico inflamatorio que destaca por su rareza, se desarrolla en la bifurcación de la superficie bucal del primer molar inferior permanente, en niños de 6 a 12 años representa aproximadamente el 3% del total. Incidencia de lesiones quísticas en la mandíbula, su patogenia es incierta. Presenta características clínicas, muchas veces similares a otros quistes inflamatorios, se presenta como una imagen radiolúcida, unifocal, circunscrita con bordes claros y definidos, aumento de volumen óseo alrededor del quiste, reabsorción ósea en la región de bifurcación de las raíces e inclinación de las mismas hacia la parte interna de la mandíbula. La comprensión de las características radiográficas específicas, junto con el análisis clínico e histológico, nos permite diferenciar el VBC de otras patologías y determinar el tratamiento adecuado. El presente trabajo reporta la extirpación quirúrgica de un quiste de bifurcación vestibular en un paciente masculino de 9 años. El procedimiento quirúrgico se realizó en la clínica escolar de la UNAMA Santarém, mediante la técnica de enucleación.

**Palabras clave:** Quiste de bifurcación vestibular. Diagnóstico. Intervención. Tratamiento.

## INTRODUÇÃO

O Cisto da Bifurcação Vestibular (CBV) é um enigma odontológico que intriga os especialistas por sua raridade e origem incerta. Essa formação cística, de natureza inflamatória, se instala na face vestibular do primeiro molar inferior permanente, mas em alguns casos, o segundo molar pode desenvolver essa patologia. Sendo encontrado exclusivamente na face vestibular do primeiro ou segundo molar inferior permanente, aparecendo como uma área radiolúcida bem delimitada, geralmente única. A causa precisa do CBV ainda é um mistério, diversas teorias tentam explicar sua formação, tendo como uma das principais a: “As extensões vestibulares de esmalte se projetam na região da bifurcação podendo aprisionar células epiteliais que darão origem ao cisto”<sup>1</sup>. Para explicar o crescimento dos cistos, duas teorias principais se destacam: a hidrostática e a das prostaglandinas. Na teoria Hidrostática, o acúmulo de resíduos dentro do cisto, é resultado da secreção e degeneração das células epiteliais, aumentando a pressão osmótica no interior do cisto, restando líquido através da parede do cisto, que atua como uma membrana semipermeável, aumentando assim a pressão hidrostática dentro do cisto em comparação com o osso circundante, por sua vez, ativando os osteoclastos, células responsáveis pela reabsorção óssea. Já na teoria das Prostaglandinas, os componentes epiteliais e conjuntivos da parede do cisto liberam prostaglandinas e prostaciclina, assim, ativando os osteoclastos, resultando na reabsorção óssea ao redor do cisto. Independente do mecanismo de expansão, o cisto tende a crescer de forma gradual e contínua, comprometendo a estrutura óssea ao seu redor, os corticais ósseos podem sofrer expansão significativa e até serem completamente absorvidos<sup>2</sup>.

Ainda que sua natureza seja benigna, o CBV apresenta características histológicas que exigem análise cuidadosa, pois apresenta aspectos iguais ou semelhantes a outros cistos, como, epitélio estratificado não queratinizado revestido com uma parede formada por fibras colágenas, vasos sanguíneos e células inflamatórias decorrentes de uma intensa inflamação crônica<sup>3</sup>. Apesar de geralmente ser assintomático, o CBV pode apresentar diversos sinais e sintomas que variam em intensidade e frequência, como: o aumento da profundidade de sondagem periodontal, geralmente superior a 4mm, na região da do primeiro molar inferior, entre as raízes dos dentes, dor que pode variar entre, leve, moderada e intensa, gerados pelo processo de expansão do cisto e inflamação, edema na região da mucosa vestibular e secreção de gosto desagradável decorrente da formação de uma bolsa de pus (abscesso) na região do cisto<sup>4</sup>.

O diagnóstico exige uma investigação meticulosa, combinando avaliação clínica e radiográfica, as características clínicas, muitas vezes semelhantes a outros cistos inflamatórios, aumentam a dificuldade do processo, por este motivo, as imagens radiográficas, bidimensionais e tridimensionais assumem um papel importante, fornecendo pistas valiosas para diferenciar o CBV de outras lesões e garantindo um diagnóstico preciso. O CBV apresenta-se como uma imagem radiolúcida, unifocal, circunscrita com bordas nítidas e definidas, apresentando características visíveis em exame de tomografia computadorizada, o aumento do volume ósseo ao redor do cisto, reabsorção óssea na região de bifurcação das raízes e inclinação das mesmas em direção à parte interna da mandíbula. A compreensão das características radiográficas específicas, em conjunto com a análise clínica e histológica, permite diferenciar o CBV de outras patologias e determinar o tratamento adequado<sup>5</sup>.

Da mesma forma que a maioria das lesões císticas, o tratamento é feito por meio de intervenção cirúrgica, o tamanho do cisto influencia diretamente na técnica a ser empregada, com lesões menores permitindo a enucleação sem maiores complicações e lesões maiores exigindo abordagens mais complexas que podem resultar na exodontia do dente envolvido<sup>6</sup>. Existem duas formas de fazer a intervenção: a primeira é através da técnica de marsupialização, e a segunda, através da técnica de enucleação (e curetagem). A enucleação é uma técnica cirúrgica para remoção completa de uma lesão cística, assume papel fundamental no tratamento de diversas patologias bucais. Compreender seus princípios, nuances e desafios é crucial para o sucesso do procedimento e a minimização de chances de recidiva. Consistindo na remoção íntegra do cisto, sem ruptura, preservando sua forma original. Na prática, a manutenção da arquitetura cística nem sempre é possível, a ruptura do conteúdo cístico pode ocorrer durante a manipulação, principalmente em cistos grandes, friáveis ou aderidos a estruturas adjacentes. A enucleação é uma técnica eficaz para o tratamento, mas exige meticulosidade, conhecimento técnico e experiência do cirurgião<sup>7</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente G.S.S., gênero masculino, 9 anos, melanoderma, compareceu à Clínica Escola do Centro Universitário da Amazônia (UNAMA), queixando-se de aumento de volume da face na região da mandíbula do lado esquerdo (figura 1). O paciente não apresentava queixa de dor, nem dificuldades associadas à deglutição ou disfunção mastigatória, relatando apenas desconforto em relação à aparência.

Figura 1: A: visão interna da lesão (lado esquerdo). B: visão externa da lesão (lado esquerdo).



Fonte: Imagem do autor.

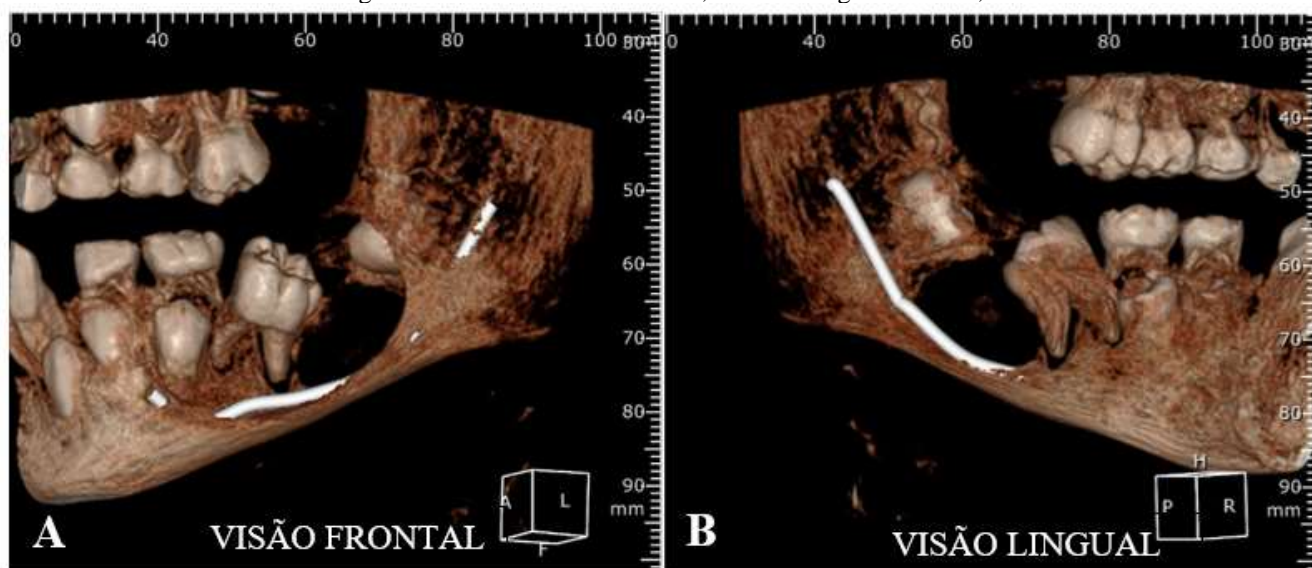
No exame clínico extraoral, observou-se uma assimetria facial causada por uma tumefação na mandíbula do lado esquerdo (figura 1 B). Não foram identificados sinais de infecção, como vermelhidão ou elevação da temperatura local, sem relato de trauma ou de outras condições que justificassem o aumento de volume na face. No exame clínico intraoral, foi observada um aumento no volume da mucosa vestibular na região do elemento 75 (figura 1 A), a tumefação apresentava coloração epitelial normal e consistência rígida, com um tamanho de 24,71mm de largura (figura 5 A) e 20,32mm de altura (figura 5 B). O histórico do paciente não indicava doenças crônicas ou uso de medicações contínuas. Diante do quadro exposto, foi solicitado um exame de imagem: radiografia panorâmica (figura 2). A hipótese diagnóstica inicial foi de cisto odontogênico ou lesão benigna relacionada à formação dentária, visto que o paciente se encontrava em fase de dentição mista e o local da lesão era compatível com a erupção do dente 46 - primeiro molar permanente -. Para um diagnóstico preciso, foi solicitado outro exame de imagem: tomografia computadorizada (figura 2, 3, 4 e 5), para avaliar a extensão e a natureza da lesão.

Figura 2: radiografia panorâmica evidenciando a lesão no lado esquerdo da face.



Fonte: Imagem do autor.

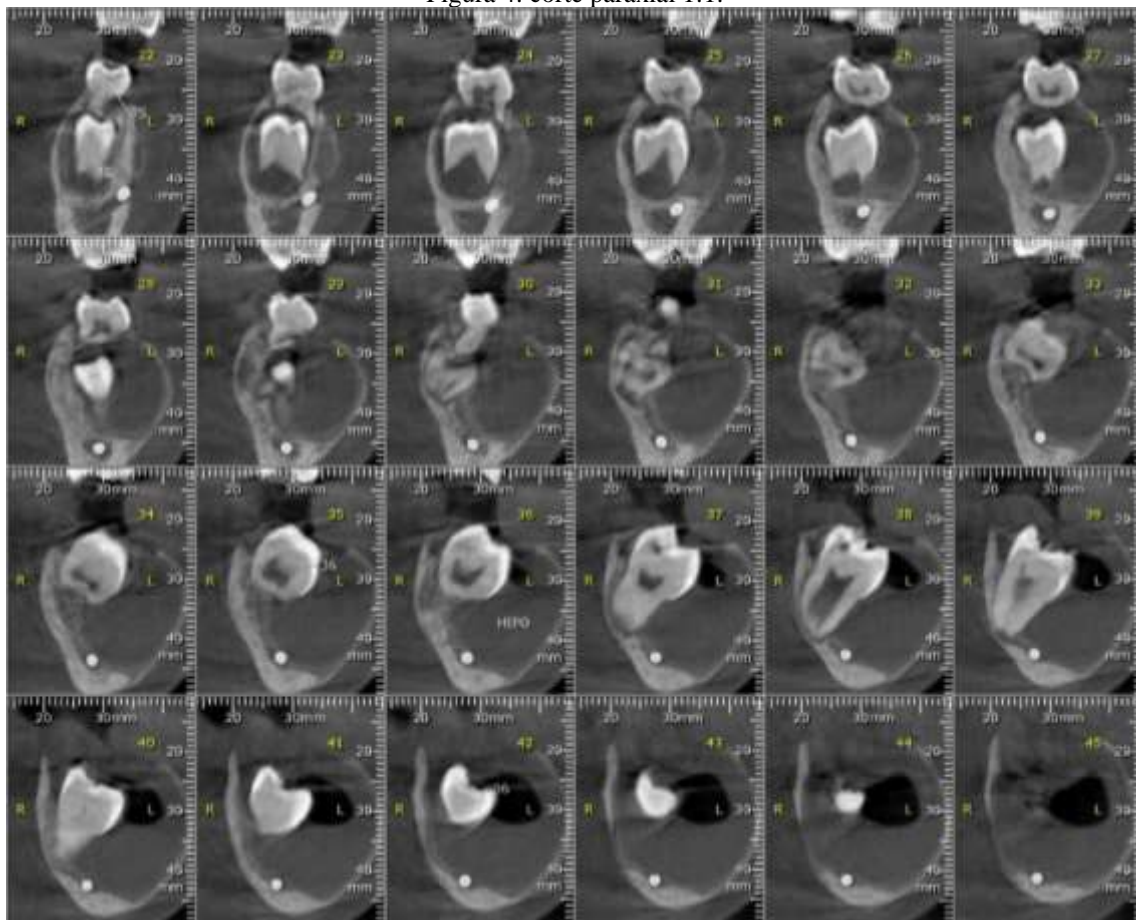
Figura 3: A: visão frontal da lesão; B: visão lingual da lesão;



Fonte: Imagem do autor.

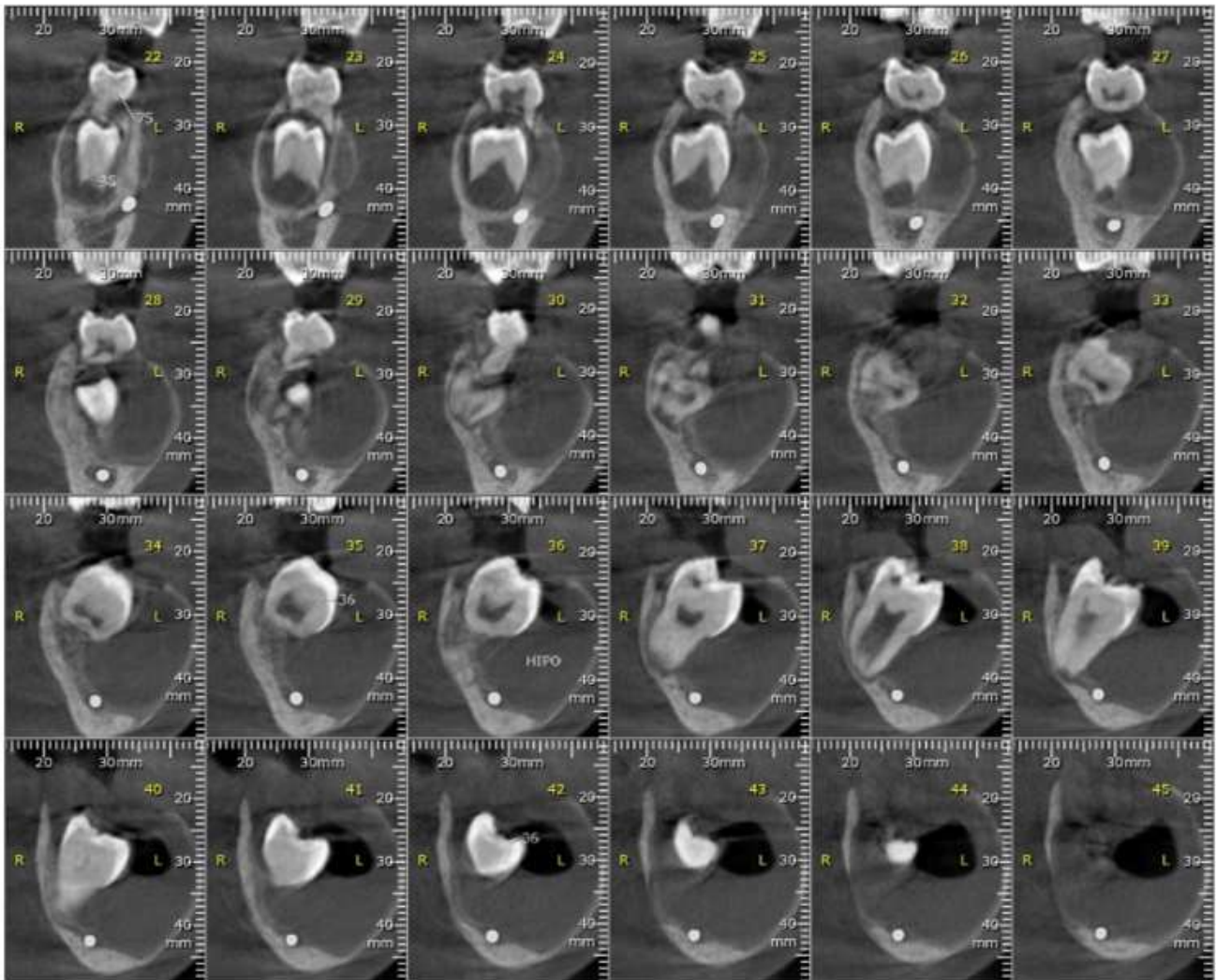


Figura 4: corte paraxial 1:1.



Fonte: Imagem do autor.

Figura 5: A: feixe cônico sagital; B: feixe cônico axial.



Fonte: Imagem do autor.

Ao analisar os achados das imagens radiográficas, conclui-se que a área radiolúcida localizada abaixo do elemento dentário 75 - correspondente ao segundo molar decíduo inferior esquerdo - (figura 2), apresentava características sugestivas de um cisto mandibular, com localização específica na região da bifurcação das raízes na face vestibular. Em vista disso, associado às características clínicas do paciente, levou-se ao diagnóstico de **cisto da bifurcação vestibular**. Diante do diagnóstico, optou-se por um tratamento cirúrgico conservador, sendo o mais indicado para esse tipo de cisto, o tratamento escolhido foi a remoção do cisto através da técnica de enucleação.

Foi realizado o bloqueio regional unilateral do nervo alveolar inferior esquerdo, nervo lingual esquerdo e nervo bucal esquerdo pela técnica BNAI (Figura 6), com a solução anestésica lidocaína a 2% com epinefrina 1.100:000, com aplicação total de 04 tubetes.

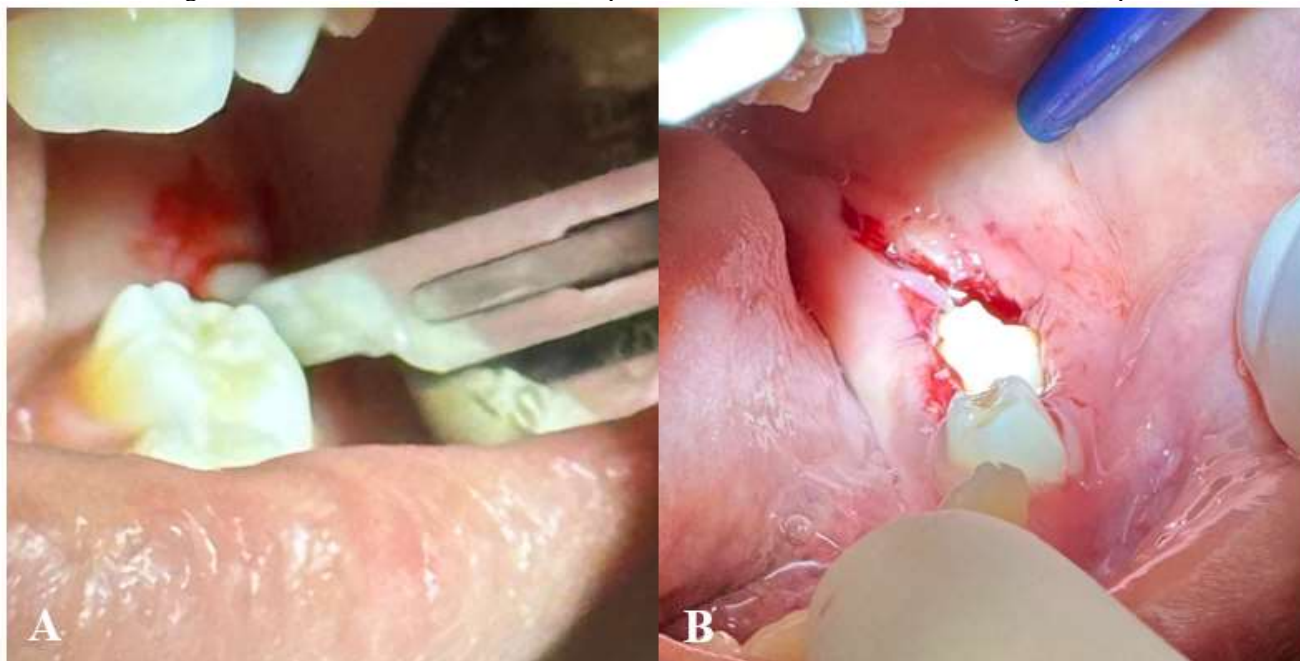
Figura 6: bloqueio do nervo alveolar inferior (BNAI).



Fonte: Imagem do autor.

Utilizando uma lâmina de bisturi nº15 acoplado a um cabo nº3, foi realizada uma incisão de aproximadamente 4 cm na região vestibular da mucosa, visando expor adequadamente a área cirúrgica. A incisão iniciou-se na região do segundo molar decíduo, se estendendo até a área correspondente ao primeiro pré-molar, formando um retalho do tipo envelope (Figura 7 A e B).

Figura 7: A: incisão com bisturi nº15 de aproximadamente 4cm. B: retalho do tipo envelope.

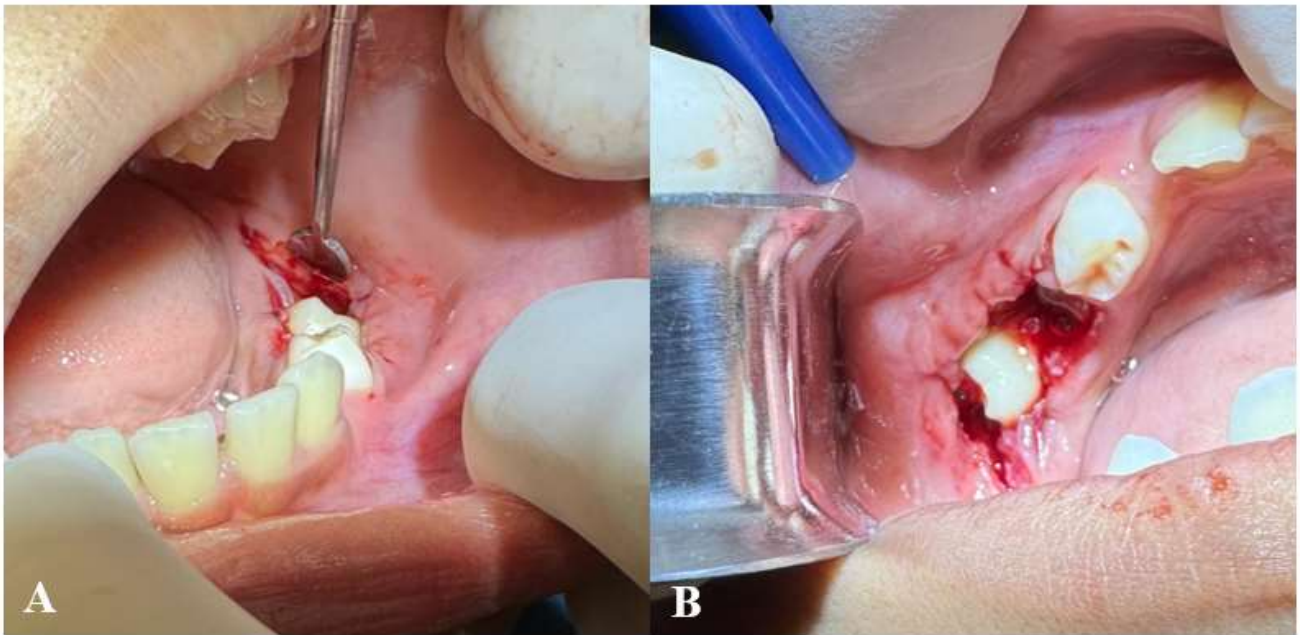


Fonte: Imagem do autor.



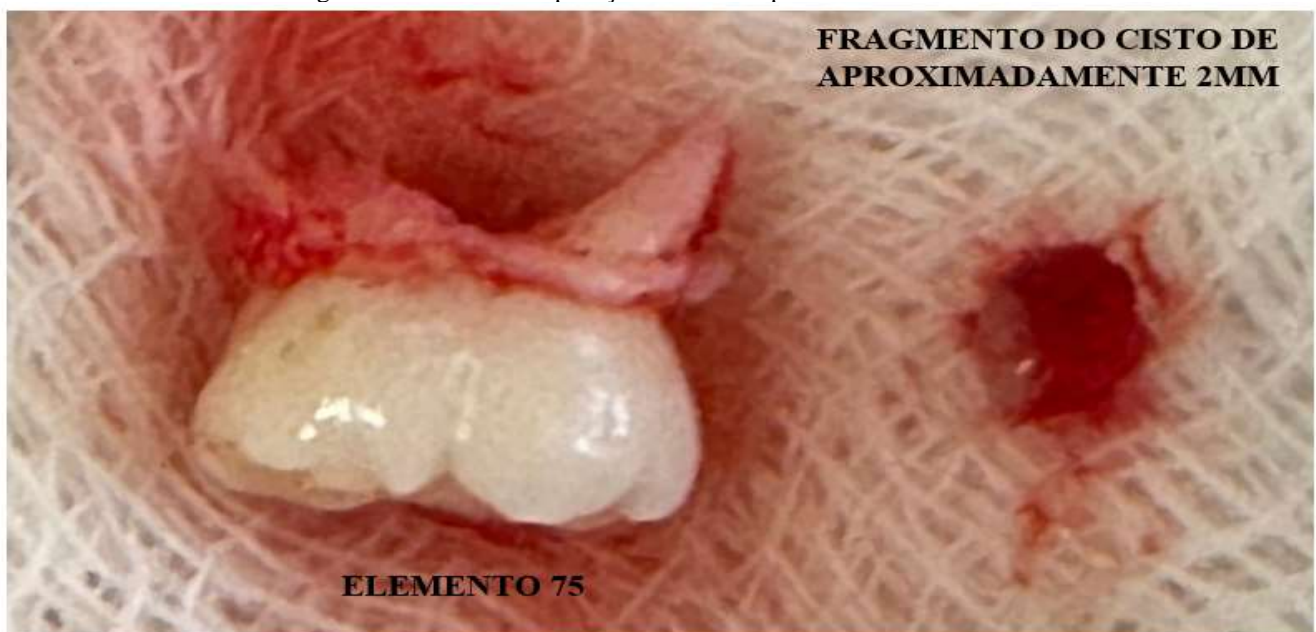
Utilizando o descolador de Molt nº2-4, realizou-se o descolamento da mucosa vestibular até a exposição do cisto (figura 7 A), para otimizar a abordagem cirúrgica e melhorar a visão do cisto, foi feita exodontia do elemento 75 - o segundo molar decíduo inferior esquerdo - (figura 8 B e figura 9). Após a exposição parcial do cisto, deu-se início a sua clivagem com uma cureta de Lucas nº87, ao qual não foi realizada de forma íntegra devido ao volume do cisto (figura 3) e suas paredes friáveis, desta forma, sendo removido em partes (figura 10).

Figura 8: A: descolamento da mucosa vestibular; B: exposição da parede cística.



Fonte: Imagem do autor.

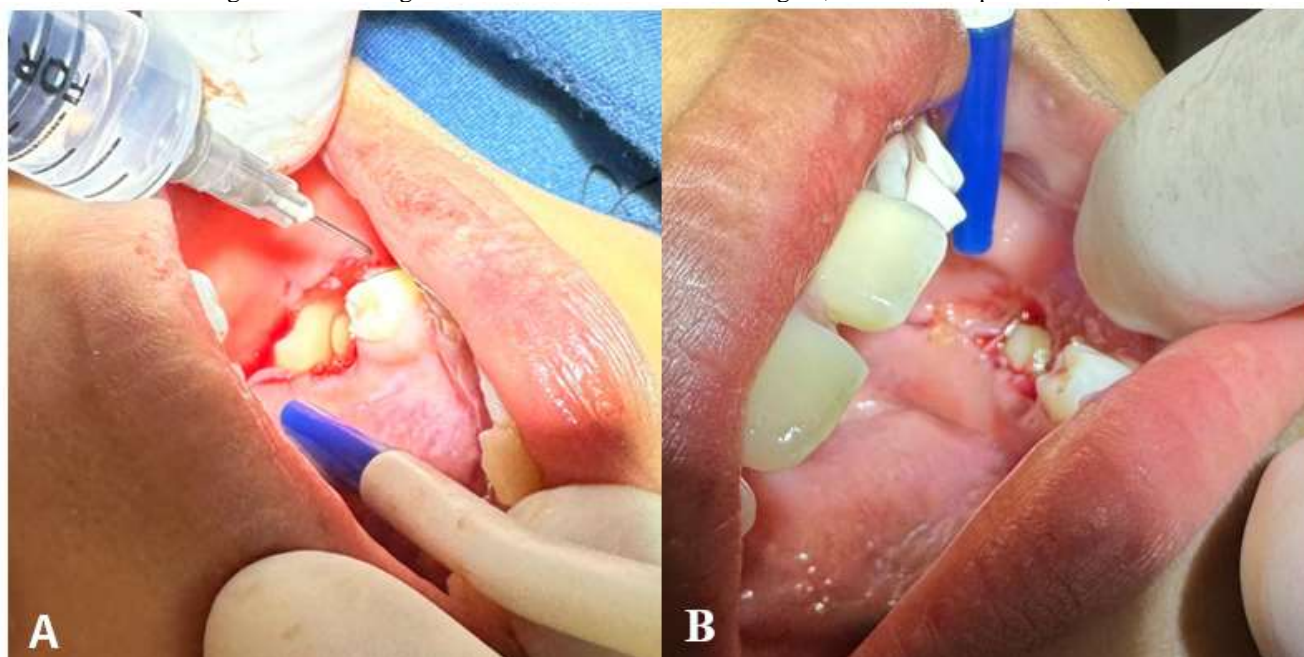
Figura 9: elemento 75 e pedaço do cisto de aproximadamente 2mm.



Fonte: Imagem do autor.

Após a remoção completa do cisto, a cavidade foi lavada com a soro fisiológico para remoção de quaisquer detritos do cisto que tenha restado (figura 10 A), em seguida, foi efetuada a síntese com fio de seda 3-0, utilizando a técnica de ponto simples e em X na região do elemento 75 - o segundo molar decíduo inferior esquerdo - (figura 10 B).

Figura 10: A: lavagem da cavidade com a soro fisiológico; B: sutura simples e em X;



Fonte: Imagem do autor.

Ao final do procedimento, a paciente recebeu as seguintes orientações sobre os cuidados pós-operatórios:

- 1 – Repouso por no mínimo 72hs;
- 2 – Evitar exposição excessiva ao sol por no mínimo 72hs;
- 3 – Alimentação mais líquida, pastosa e fria, e evitar ingerir alimentos muito quente pelas primeiras 24hs;
- 4 – Manter a cabeça elevada ao deitar-se para evitar sangramentos (em caso de sangramento, morder uma gaze por 30 minutos);
- 5 – Compressa de gelo nas primeiras 24hs;
- 6 – Tomar corretamente os medicamentos prescritos e não usar nenhum produto não autorizado;
- 7 – Continuar a higienização normal de forma suave, evitar cuspir e movimentos de sucção;

Foram prescritos os seguintes medicamentos:

- 1 – Bochechos com clorexidina 0,12% de 12 em 12 horas (2x dia) por 7 dias;
- 2 – Amoxicilina suspensão oral (250mg/5ml), 8ml de 8/8h (3x dia) por 7 dias;

3 – Paracetamol gotas (200mg/ml) 25 gotas de 6/6h (4x dia) por 24hs;

4 – Ibuprofeno gotas (100 mg/ml) 25 gotas de 6/6h (4x dia) por 3 dias;

Após 7 dias, o paciente retornou à clínica para a remoção das suturas e avaliação do processo de cicatrização, onde foi constatado que a região apresentava sinais positivos de recuperação, com a mucosa bem adaptada e sem sinais de infecção ou complicações. Quatorze dias após o procedimento, o paciente compareceu novamente para uma nova reavaliação da cicatrização, durante a qual foram observadas melhorias contínuas na aparência da área operatória, com a cicatrização progredindo de forma satisfatória, indicando que o processo estava evoluindo adequadamente e sem intercorrências.

Figura 11: A: 7 dias após o procedimento. B: 14 dias após o procedimento.



Fonte: Imagem do autor.

Seis meses após o procedimento, o paciente retornou à clínica da UNAMA Santarém para uma nova avaliação, para descartar a possibilidade de recidiva do cisto. No exame intraoral, a mucosa apresentava-se saudável, apresentando coloração e textura normais, sem sinais de lesões ou alterações patológicas (figura 12 A). No exame extraoral, observou-se uma diminuição da tumefação (figura 12 B) que havia sido notada anteriormente (figura 1 B), indicando uma resolução da condição inicial.



Figura 12: A: visão intraoral seis meses após. B: visão extraoral seis meses após.



Fonte: Imagem do autor.

Foi solicitado um novo exame radiográfico (radiografia panorâmica). Na imagem obtidas observara-se claros sinais de remissão e cicatrização completa da lesão, evidenciando a reconstituição adequada do tecido e a normalização da arquitetura óssea na região (figura 13). A comparação com os exames radiográficos anteriores (figura 2), revelou a ausência de quaisquer resquícios da lesão (figura 13), confirmando o sucesso da intervenção cirúrgica e a eficácia do processo de cicatrização. Com base na análise clínica e radiográfica atuais, a avaliação concluiu que o paciente apresentava boa saúde bucal geral, sem evidências de complicações ou necessidade de intervenções adicionais naquele momento.

Figura 13: radiografia panorâmica atual (seis meses após a intervenção);



Fonte: Imagem do autor.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora os registros do CBV sejam escassos, sua relevância na odontologia pediátrica não pode ser ignorada, visto que, apresenta 3,0% dos cistos mandibulares e 3,7% dos cistos odontogênicos. Essa raridade se traduz em um número limitado de casos documentados, dificultando a compreensão completa da doença e seus efeitos, ao qual acomete exclusivamente crianças entre 6 e 12 anos, sem distinção de sexo. As ocorrências desses cistos estão estreitamente ligadas ao período de dentição mista, no qual os dentes permanentes estão se formando, esse período em que os restos epiteliais, considerados a principal causa do CBV, continuam presentes. É importante destacar que o CBV nunca foi detectado na maxila e não há relatos em adultos. Essa exclusividade reforça a ligação entre o desenvolvimento do cisto e a formação dos dentes permanentes na infância<sup>8</sup>.

O Cisto da Bifurcação Vestibular (CBV), é um cisto raro que pode causar problemas significativos se não for diagnosticado e tratado precocemente. A inflamação crônica causada pelo cisto pode levar à perda do dente e à disseminação da infecção para outras estruturas da boca. A revisão desse caso, deve fornecer informações atualizadas sobre sua epidemiologia, etiologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prognóstico. O tratamento é feito por intervenção cirúrgica.

Embora a etiologia do cisto da bifurcação vestibular ainda permaneça incerta, alguns fatores têm sido postulados como possíveis correlacionadores e interatores no surgimento e desenvolvimento dessa patologia na cavidade oral. Entre esses fatores, destaca-se a relação com a erupção dentária, anomalias na formação dos dentes e possíveis traumas na região. O diagnóstico é realizado exclusivamente por meio de exames radiográficos, que revelam características essenciais para uma identificação precisa da condição. Entre os sinais radiográficos, a inclinação das raízes para a lingual e a correspondente inclinação da coroa para a distal são notadas, juntamente com a presença de uma área radiolúcida na região da bifurcação vestibular, especificamente entre as raízes do primeiro molar inferior.

O tratamento do cisto da bifurcação vestibular é predominantemente cirúrgico, sendo comumente realizado através da técnica de enucleação, que pode ser complementada, em alguns casos, pela técnica de marsupialização. Embora essa abordagem seja eficaz, o procedimento apresenta riscos que devem ser cuidadosamente considerados. Dentre os principais riscos, destaca-se a possibilidade de parestesia do nervo alveolar inferior, trauma nas estruturas adjacentes, hemorragias e a chance de recidiva da lesão.

O pós-operatório segue protocolos similares aos de outras cirurgias odontológicas, com orientações que se assemelham às de uma exodontia convencional, incluindo o uso de medicamentos antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios para controle da dor, inflamação ou infecção.

Os resultados obtidos comprovam a eficácia desta intervenção cirúrgica e somam-se às razões pelas quais os cistos de bifurcação vestibular necessitam de tratamento precoce. Esta intervenção não só

ajuda na resolução da lesão, mas também contribui para o bem-estar funcional, estético e psicológico da criança. Quando as funções orais, como mastigação e fonação, retornam ao normal, juntamente com a recuperação estética da região afetada, tende a beneficiar a qualidade de vida do paciente. Portanto, um diagnóstico correto apoiado por medidas oportunas forma a base de resultados remotos satisfatórios não apenas do lado clínico, mas também psicológico da questão.

## CONCLUSÃO

Conclui-se, neste caso, que, mesmo com uma intervenção realizada em um estágio tardio, a aplicação de uma técnica conservadora demonstrou eficiência equiparável à de uma intervenção precoce. Essa evidência destaca a importância de abordagens cirúrgicas que respeitem os princípios estabelecidos na literatura, que incluem um profundo conhecimento anatômico, um planejamento cirúrgico meticuloso e a adesão a recomendações terapêuticas específicas. Esses fatores são cruciais para garantir o sucesso do procedimento cirúrgico. Além disso, a eficácia da intervenção não se limita apenas à remoção da lesão, mas também ao restabelecimento das funções do sistema estomatognático, resultando em melhorias significativas na mastigação, fonação e deglutição do paciente. A recuperação funcional do paciente reflete não apenas a resolução do problema inicial, mas também a importância de um tratamento bem-planejado e executado, que considera a saúde global e a qualidade de vida do indivíduo. Portanto, a prática clínica deve sempre priorizar a integridade anatômica e funcional, assegurando que as intervenções realizadas contribuam para um resultado positivo e duradouro.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de um grande esforço, dedicação e apoio de muitas pessoas, às quais somos imensamente gratos.

Primeiramente, agradecemos aos nossos pais, M. Josilene Rodrigues e A. Fernando Costa, M. Alves Carvalho e Vivaldo Campos, Osvaldina Rabelo e Hugo Picanço, a realização deste trabalho não seria possível sem o apoio e o incentivo vocês. Vocês foram a base de tudo, nos proporcionando não apenas o suporte financeiro necessário, mas também o apoio emocional incondicional ao longo de toda nossa jornada acadêmica. Nos momentos mais desafiadores, suas palavras de encorajamento nos deram forças para continuar e acreditar em nossa capacidade. A educação e os valores que vocês nos transmitiram foram essenciais para que pudéssemos chegar até aqui, enfrentando os obstáculos com determinação e persistência. Sabemos que cada conquista nossa também é uma vitória de vocês, e por isso, dedicamos

este trabalho a vocês, que sempre acreditaram em nosso potencial. Muito obrigado por serem nossos maiores exemplos de dedicação, amor e perseverança. Sem vocês, este sonho não seria possível.

Gostaríamos também de expressar nossa imensa gratidão a Deus, que nos deu forças e iluminou nossos caminhos durante este processo. Sem a fé e a esperança que nele depositamos, nada disso seria possível. Agradecemos ao nosso orientador, Jordan Sander, agradecemos pela orientação, paciência e por acreditar no nosso potencial. Sua sabedoria e direcionamento foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Por fim, mas não menos importante à nossa querida amiga Rafaela Viana, que nos ajudou bastante durante a realização deste TCC, oferecendo apoio e seus conselhos extremamente importantes para realização deste trabalho.

A todos, nosso mais sincero e profundo agradecimento.

## REFERÊNCIAS

- 1 NEVILLE, B. W. *et al.* **PATOLOGIA ORAL E MAXILOFACIAL**. 4ª ed. São Paulo: Editora Phoenix Editorial, 2022.
- 2 CHIAPASCO, M. *et al.* **Táticas e técnicas em cirurgia oral**. 3ª ed. São Paulo: Santos Publicações, 2018.
- 3 MENDONÇA, S. J. L. **PATOLOGIA CÍSTICA DE ORIGEM ODONTOGÊNICA: CLASSIFICAÇÃO, HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA**. 2018. p. 20-20. Revisão Bibliográfica (Mestrado) – Universidade de Fernando Pessoa, Portugal, 2018. Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7602/1/PPG\\_29736.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7602/1/PPG_29736.pdf). Acessado em: 20 jun. 2024.
- 4 BAUTISTA, C. R. G. Bilateral mandibular buccal bifurcation cyst: a case report emphasizing the role of imaging examination in the diagnosis. **PubMed Center**. p. 01-05, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6561351/pdf/autopsy-09-02e2018073.pdf>. Acessado em: 25 mar. 2024.
- 5 FRIEDRICH, R. E. Inflammatory Paradental Cyst of the First Molar (Buccal Bifurcation Cyst) in a 6-Year-old Boy: Case Report with Respect to Immunohistochemical Findings. **PubMed Center**. p. 01-06. 2014. Disponível em: <https://iv.iijournals.org/content/invivo/28/3/333.full.pdf>. Acessado em: 06 mai. 2024.
- 6 KRIGER, L. *al et.* **Patologia Oral**. 1ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2016.
- 7 HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. **CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL CONTEMPORÂNEA**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora GEN Guanabara Koogan, 2015.
- 8 CUSTÓDIO, G. P. Cisto da bifurcação vestibular: Relato de caso clínico. **Research, Society And Development**. n. 10, p. 01-09. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15018>. Acessado em: 25. mai. 2024.
- 9 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Minas Gerais: Editora Lisboa Edições. 1977.