



TRATAMENTO CIRÚRGICO MINIMAMENTE INVASIVO DE MÚLTIPLOS QUERATOCISTOS EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE GORLIN GOLTZ: UM RELATO DE CASO¹

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF MULTIPLE KERATOCYSTS IN A PATIENT WITH GORLIN-GOLTZ SYNDROME: A CASE REPORT

José Augusto Cordeiro CERVANTES

Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande/MS

E-mail: drjoseaugustocervantes.ctbmf@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-3082-0770>

Maylson Alves Nogueira BARROS

Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande/MS

E-mail: maylson.bucomaxilofacial@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9596-9479>

Herbert de Abreu CAVALCANTI

Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande/MS

E-mail: herbertcavalcanti_@hotmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1619-3906>

RESUMO

Este trabalho apresenta o seguimento de um acompanhamento em forma de relato de caso, iniciado em 2019. Com diagnóstico feito pelo serviço através dos meios disponíveis, realizou-se investigação genética, biopsia e identificação de sinais da tríade característica da síndrome. Foi identificado condutas de manejo do ceratocisto odontogênico (CCO), devido sua íntima relação com pacientes portadores da Síndrome de Gorlin-Goltz, que representa um desafio clínico significativo devido à sua natureza agressiva e alta taxa de recidiva. As abordagens terapêuticas evoluíram de procedimentos radicais para modalidades conservadoras, visando minimizar a morbidade cirúrgica e preservar estruturas anatômicas vitais. Técnicas menos invasivas já consolidadas foram empregues com resultados satisfatórios, porém reavendo novas lesões. Essa modalidade busca uma melhor qualidade de vida, evitando grandes mutilações e mantendo funções do sistema estomatognático. Nesse relato, foi realizada abordagem cirúrgica sob anestesia geral para remoção de lesões em todos os quadrantes dos maxilares. Utilizando solução de carnoy após curetagem

¹ COMO CITAR: (ABNT): CERVANTES, J. A. C.; BARROS, M. A. N.; CAVALCANTI, H. A. Tratamento Cirúrgico Minimamente Invasivo de Múltiplos Queratocistos em Paciente Portador de Síndrome de Gorlin Goltz: Um Relato de Caso. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Maio de 2026 - Ed. 74. VOL. 01. Págs. 506-524. Disponível: <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. Acesso em: __/__/__.

e osteotomia periférica, dado o período de acompanhamento e constatada recidiva de lesão, realizou-se tratamento endodôntico de elementos dentários envolvidos pela lesão em seus ápices. Durante o acompanhamento do paciente (2019-2025), observou-se regressão considerável de lesões e eliminação de inúmeros sítios que uma vez conteve cistos, justificando e confirmando a eficácia e aplicabilidade de técnicas minimamente invasivas para tratamento de lesão ósseas dessa natureza.

Palavras-chave: Ceratocisto odontogênico. 5-Fluorouracil. Solução de Carnoy. Manejo conservador.

ABSTRACT

This work presents the follow-up of a case study, initiated in 2019. Diagnosis was made by the service using available means, followed by genetic investigation, biopsy, and identification of signs of the characteristic triad of the syndrome. Management strategies for odontogenic keratocyst (OKC) were identified due to its close relationship with patients with Gorlin-Goltz syndrome, which represents a significant clinical challenge due to its aggressive nature and high recurrence rate. Therapeutic approaches evolved from radical procedures to conservative modalities, aiming to minimize surgical morbidity and preserve vital anatomical structures. Established, less invasive techniques were employed with satisfactory results, although new lesions were recurred. This approach seeks to improve quality of life, avoiding major mutilations and maintaining the functions of the stomatognathic system. In this report, a surgical approach under general anesthesia was performed to remove lesions in all quadrants of the jaws. Using Carnoy's solution after curettage and peripheral osteotomy, given the follow-up period and observed lesion recurrence, endodontic treatment was performed on the dental elements involved by the lesion at their apices. During the patient's follow-up (2019-2025), considerable regression of lesions and elimination of numerous sites that once contained cysts were observed, justifying and confirming the efficacy and applicability of minimally invasive techniques for the treatment of bone lesions of this nature.

Keywords: Odontogenic keratocyst. 5-Fluorouracil. Carnoy's solution. Conservative management.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Gorlin-Goltz (SGG), também conhecida como síndrome do carcinoma basocelular nevoide (SCBCN), é uma doença hereditária autossômica dominante rara, caracterizada por um conjunto de manifestações clínicas que afetam múltiplos sistemas orgânicos. A síndrome é causada, primordialmente, por mutações no gene *patched* homólogo 1 (PTCH1), um gene supressor tumoral crítico envolvido na via de sinalização Hedgehog.

Tais mutações levam à ativação aberrante dessa via, resultando no desenvolvimento de múltiplos carcinomas basocelulares (CBCs), ceratocistos odontogênicos e anomalias esqueléticas, entre outras características. A síndrome apresenta alta penetrância, mas expressividade variável, o que complexifica o diagnóstico, visto que os pacientes podem manifestar fenótipos clínicos heterogêneos (Jesus *et al*, 2024).

As principais manifestações clínicas incluem múltiplos carcinomas basocelulares (CBCs), ceratocistos odontogênicos nos maxilares, anomalias esqueléticas, calcificações ectópicas da foice do cérebro (*falx cerebri*) e dismorfismos faciais (Gozzano *et al*, 2018). Os ceratocistos odontogênicos destacam-se como uma das alterações mais precoces e frequentes, sendo comumente identificados em exames radiográficos de rotina em crianças ou adolescentes (Negreiros *et al*, 2025). Tais lesões possuem comportamento agressivo, com potencial de crescimento expansivo, destruição óssea, deslocamento dentário e altas taxas de recidiva (Karaca *et al*, 2018).

O diagnóstico é estabelecido por meio de critérios maiores e menores. Entre os critérios maiores, destacam-se os CBCs cutâneos, os ceratocistos odontogênicos, a calcificação da foice do cérebro e anormalidades esqueléticas, como costelas bífidas, fundidas ou hipoplásicas. Já os critérios menores abrangem fossetas palmares ou plantares, meduloblastoma, macrocefalia e cistos linfomesentéricos. Devido ao caráter multissistêmico da doença, o manejo do paciente requer uma avaliação abrangente e periódica, visando monitorar a progressão das manifestações e minimizar complicações (Gozzano *et al*, 2018).

A complexidade da síndrome exige que os clínicos mantenham um alto índice de suspeita, particularmente devido à sua variabilidade fenotípica, o que pode resultar em diagnósticos tardios ou subnotificados (Lear *et al*, 2020). A identificação precoce permanece fundamental para otimizar o prognóstico e adequar o plano terapêutico.

Entre as manifestações patognômicas da SGG, os ceratocistos odontogênicos (COs) ocorrem com frequência notável, representando uma das primeiras pistas diagnósticas. Originados da lâmina dentária, os COs são lesões císticas de comportamento local agressivo. Na SGG, apresentam-se frequentemente de forma múltipla e manifestam-se durante a infância ou adolescência, o que os distingue dos ceratocistos esporádicos (Barros *et al*, 2020).

Tais lesões afetam predominantemente a mandíbula, em especial a região posterior, e podem estar associadas a dentes inclusos. A prevalência de múltiplos ceratocistos reforça sua importância clínica, visto que cerca de 65% a 75% dos indivíduos com a síndrome os desenvolvem ao longo da vida, frequentemente precedendo o surgimento dos carcinomas basocelulares. Assim, os COs são inestimáveis não apenas para o diagnóstico, mas também para a vigilância da progressão da doença (Jardim *et al*, 2021).

Histopatologicamente, os ceratocistos na SGG caracterizam-se por um revestimento epitelial paraqueratinizado fino e friável, com presença comum de ilhas epiteliais e cistos satélites na cápsula fibrosa, o que corrobora a alta taxa de recorrência. Essa agressividade histológica exige um planejamento terapêutico criterioso e acompanhamento longitudinal rigoroso (Kamil *et al*, 2016).

OBJETIVO GERAL

Descrever o relato de caso clínico de um paciente sindrômico, cujas lesões ósseas, localizadas predominantemente na face, constituem as características principais que, somadas a outras condições genéticas, facilitaram o diagnóstico. Tais lesões foram detalhadas anteriormente, e este estudo visa apresentar as modalidades de tratamento cirúrgico aplicadas, bem como a comprovação de sua eficácia por meio de evidências científicas.

Modalidades de Tratamento Minimamente Invasivo

Abordagens minimamente invasivas para o tratamento do ceratocisto odontogênico (CO) ganharam destaque devido ao seu potencial de reduzir a morbidade cirúrgica e preservar estruturas anatômicas. A marsupialização e a descompressão surgiram como técnicas cirúrgicas conservadoras primárias, destinadas a reduzir o volume cístico, facilitar a regeneração óssea e preparar as lesões para o tratamento definitivo subsequente. A marsupialização envolve a criação de uma janela cirúrgica na parede do cisto para estabelecer a comunicação entre a cavidade cística e o ambiente oral, permitindo a drenagem contínua e o alívio da

pressão intracística. Esse processo leva a uma redução gradual da lesão, promovendo a neoformação óssea e minimizando a extensão das intervenções cirúrgicas posteriores (Negreiros *et al*, 2025)

As técnicas de descompressão utilizam princípios semelhantes, empregando frequentemente dispositivos que mantêm a patência da abertura do cisto, o que sustenta a redução da pressão intracística ao longo do tempo. Essas estratégias são fundamentais para preservar estruturas anatômicas adjacentes críticas, como o nervo alveolar inferior e os germes dentários, que poderiam ser sacrificados em cirurgias mais radicais (Domingues *et al*, 2020).

A abordagem combinada composta por marsupialização ou descompressão, seguida de enucleação demonstrou resultados positivos na redução da lesão e do risco de recidiva. Este protocolo em estágios é particularmente vantajoso em pacientes com lesões extensas ou múltiplas, comuns na síndrome de Gorlin-Goltz, nos quais intervenções agressivas poderiam resultar em morbidade significativa (Dioguardi *et al*, 2024).

A enucleação, definida como a remoção cirúrgica completa da lesão cística, incluindo seu revestimento epitelial, continua sendo um pilar fundamental no tratamento cirúrgico de ceratocistos odontogênicos. Embora eficaz, a enucleação isolada é limitada pelos riscos de remoção incompleta, ruptura da lesão e alta recorrência, especialmente para cistos maiores ou multiloculares. Portanto, terapias adjuvantes foram desenvolvidas para aumentar o sucesso do tratamento e reduzir as taxas de recorrência. Adjuvantes químicos, como a solução de Carnoy, um agente fixador com propriedades destrutivas de tecidos, são aplicados na cavidade óssea após a enucleação. Mesmo a ressecção mantendo uma opção mais resolutiva (Al-moraissi, *et al*, 2017).

Este tratamento erradica restos epiteliais residuais ou cistos-filhos que podem causar recidiva. A solução de Carnoy tem sido associada a resultados favoráveis, equilibrando a erradicação da lesão e a preservação de estruturas vitais quando usada criteriosamente (Barros, 2020). Outras medidas adjuvantes incluem a aplicação de eletrocautério e crioterapia com nitrogênio líquido, que têm sido utilizadas para ablacionar resíduos epiteliais microscópicos e reduzir ainda mais a recidiva (Barros, 2020).

Apesar de esses métodos aumentarem a eficiência da enucleação, a seleção da modalidade de tratamento deve ser guiada pelo tamanho da lesão, localização, características histopatológicas e fatores específicos do paciente. Especialmente dada a diversidade de lesões em pacientes com síndrome de Gorlin-Goltz, outros

medicamentos também vêm sendo utilizados com resultados efetivos, associados à osteotomia periférica; entre eles, o uso do quimioterápico 5-Fluorouracil, que apresenta menos agressão a estruturas nobre (Oliveira *et al*, 2024).

METODOLOGIA

O presente estudo adota uma abordagem de análise documental, por meio de coleta de dados realizada em prontuários médicos, radiografias e exames de imagem, com o objetivo de detalhar a evolução clínica e os achados de imagem.

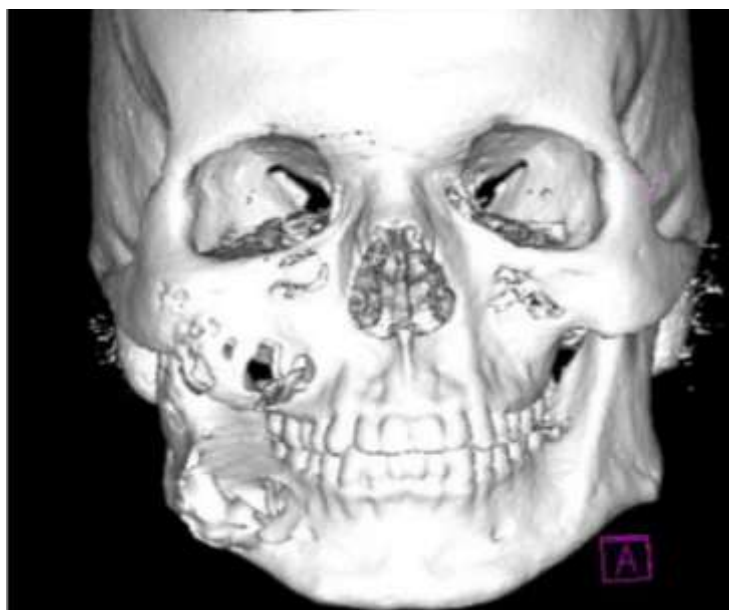
Local e Período de Realização

O paciente vem sendo acompanhado em nível ambulatorial pela especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Campo Grande/MS, desde o diagnóstico em 2019 até a presente data. O paciente foi referenciado via SISREG, proveniente do interior do estado.

Descrição de Caso

Paciente de 24 anos, xantoderma, sexo masculino, sem histórico sindrômico familiar, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Campo Grande/MS. Por meio do exame imaginológico inicial, evidenciaram-se diversas lesões radiolúcidas nos maxilares (Figuras 1, 2 e 3), além de radiografias complementares de foice cerebral calcifica, porém, alterações em arcos costais (Figura 4 e 5).

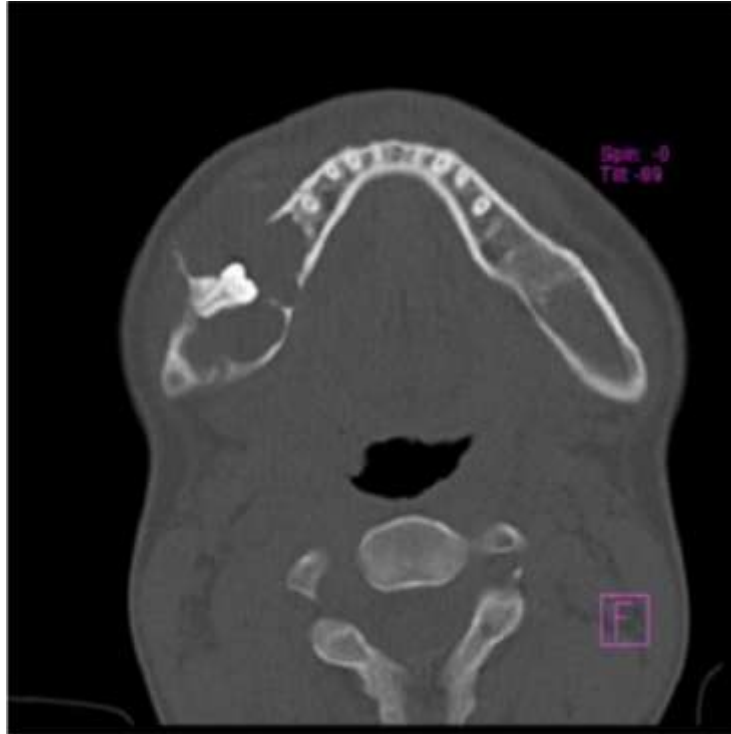
Figura 1: Reconstrução 3D.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face inicial do ano de 2019, evidenciando múltiplas lesões em quadrantes de maxila e mandíbula com expansão de cortical.

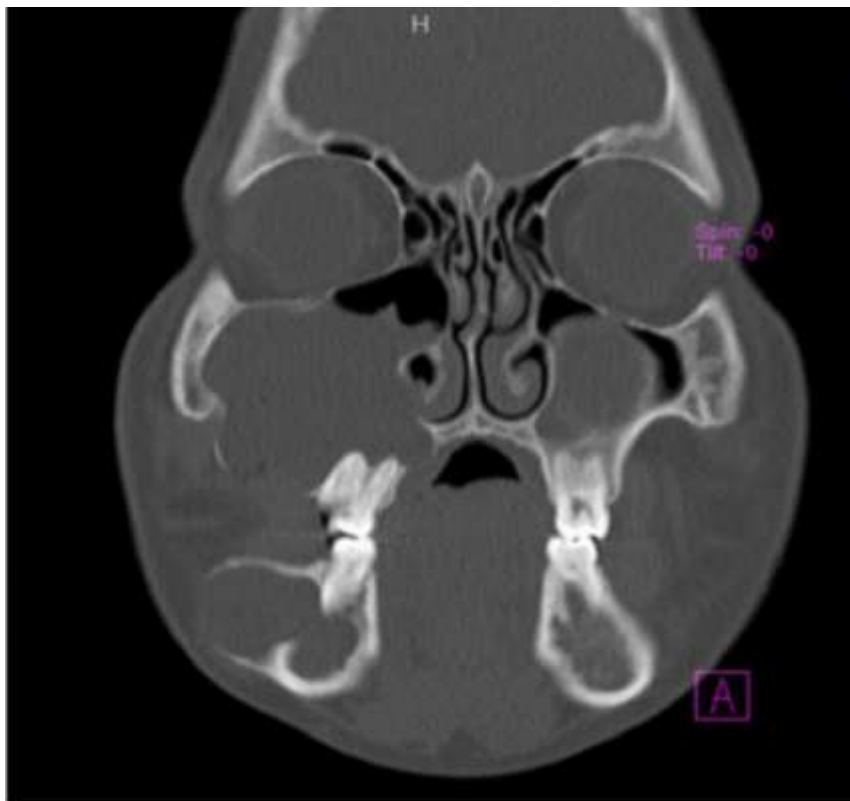
Figura 2: Corte axial.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face inicial do ano de 2019, evidenciando lesão em região de ramo mandibular associado a elemento dentário incluído.

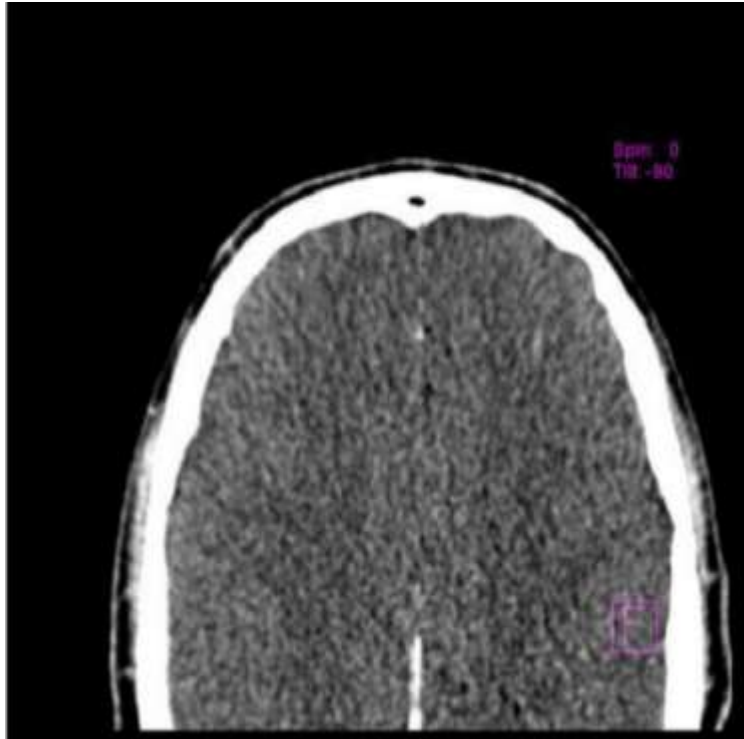
Figura 3: Corte coronal.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face inicial do ano de 2019 evidenciando lesão em região de ramo mandibular e maxila bilateral.

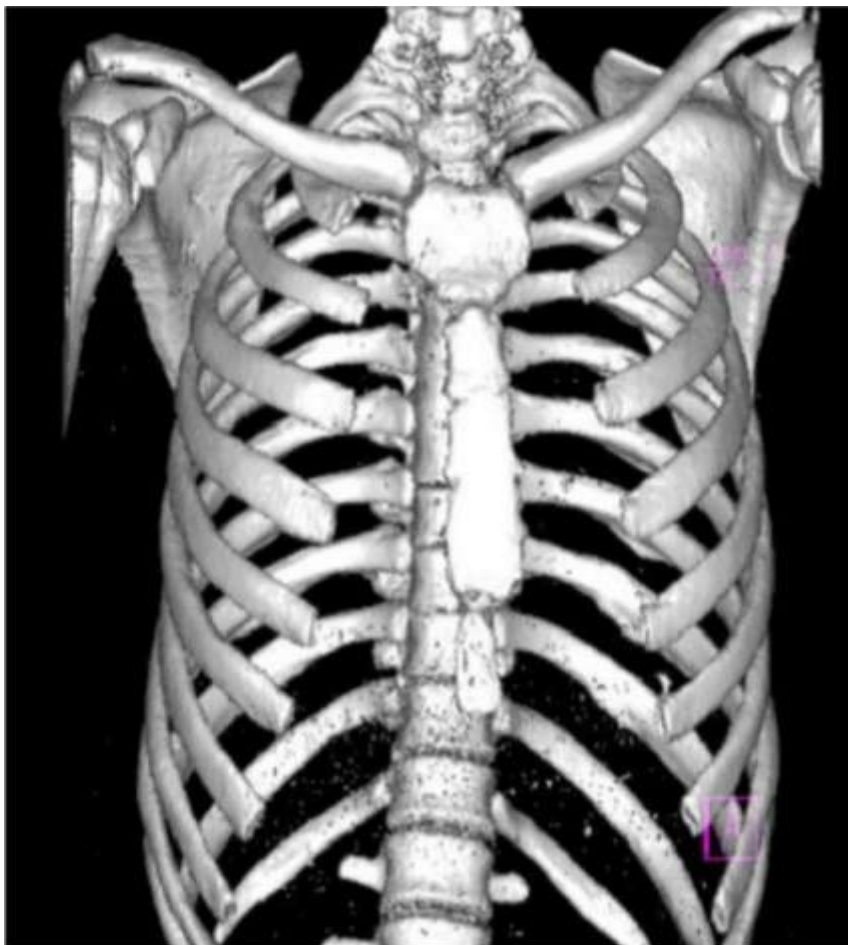
Figura 4: Corte axial.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de crânio do ano de 2019 evidenciando calcificação de lâmina cerebral.

Figura 5: Reconstrução 3D.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de tórax do ano de 2019 não identificando costelas bífidas.

O paciente já havia sido submetido a tratamento anterior no mesmo serviço. Devido à natureza da lesão, estabeleceu-se um acompanhamento prolongado, sendo o relato de caso particionado em formato de continuidade por se prezar pela filosofia conservadora, evitando-se intervenções agressivas mesmo em lesões com aspectos desfavoráveis. Elaborou-se, inicialmente, um plano escalonado de tratamento, com início pelo diagnóstico por meio de anamnese completa e levantamento de histórico.

Realizou-se o mapeamento genético para confirmação da síndrome e, após a confirmação, iniciou-se o protocolo cirúrgico com biópsia incisional, seguida de nova abordagem após o diagnóstico de ceratocistos nos maxilares. Optou-se, inicialmente, pelo tratamento de curetagem e osteotomia periférica auxiliada pela solução de Carnoy convencional, de forma resumida. Após o período de acompanhamento, evidenciou-se, por meio de tomografia computadorizada, a recidiva de lesões em região retromandibular bilateral e na região de túber maxilar direito (Figuras 6, 7 e 8).

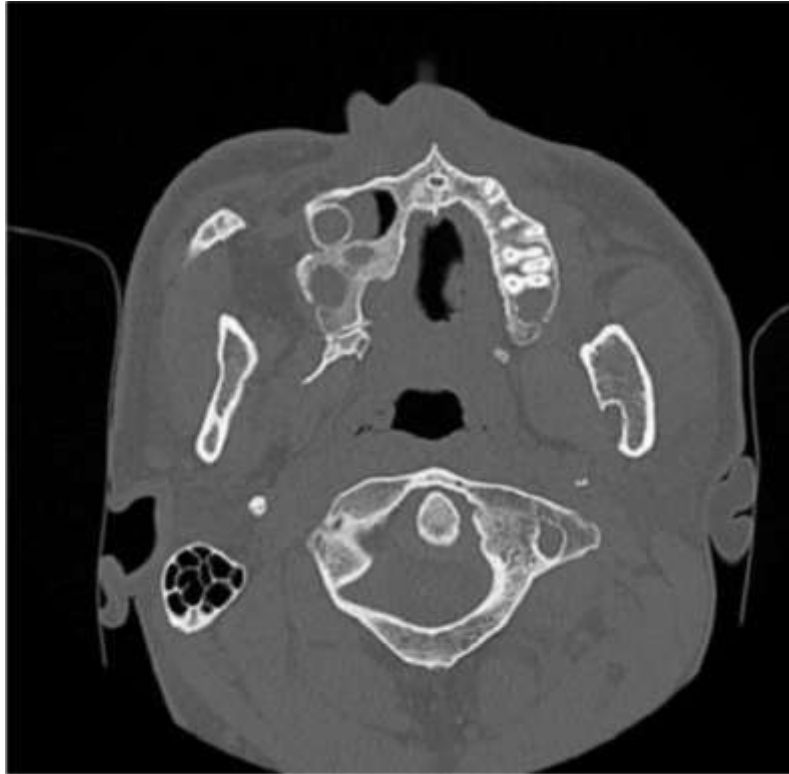
Figura 6: Reconstrução 3D.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face do ano de 2024 evidenciando melhora considerável em abaulamento de corticais.

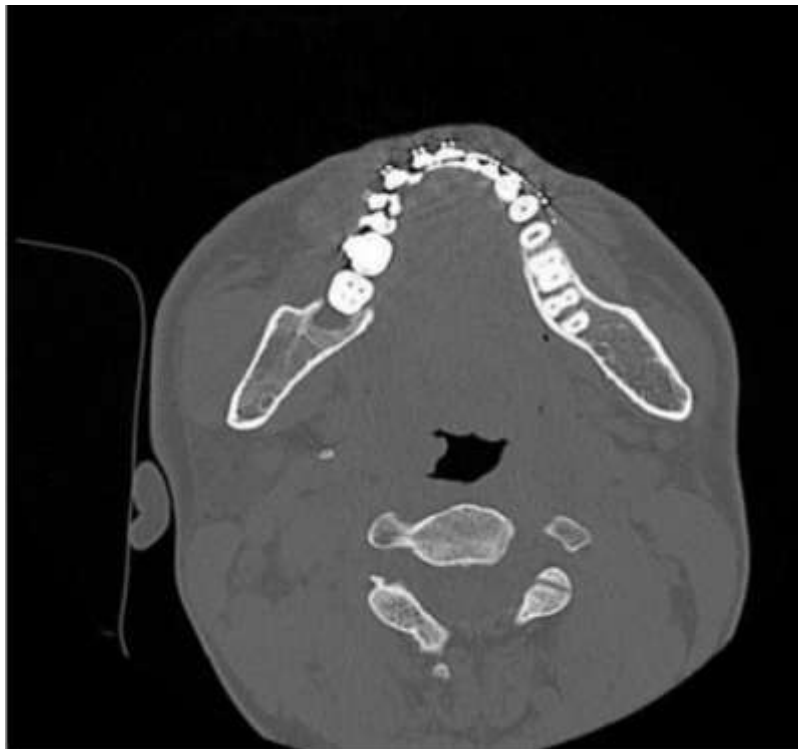
Figura 7: Corte axial.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face do ano de 2024 evidenciando lesão em região bilateral de maxila.

Figura 8: Corte axial.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face do ano de 2024 evidenciando lesão em mandíbula.

Realizado pré-operatório de controle com avaliações cardiológica e anestesiologia, programada nova abordagem cirúrgica. Foi realizada em ambiente

hospitalar sob anestesia geral e intubação naso enteral, infiltração anestésica com epinefrina 1.100.000 para controle de sangramento e melhora de campo cirúrgico, realizado incisão intra sulcular com relaxante do tipo mead em segundos molares em todas as hemiarcada. Em seguida realizado o descolamento subperiosteal com auxílio de sudesmoto e molt, identifica e mapeadas lojas císticas observadas em exame prévio. (Figura 9, 10 e 11).

Figura 9: Incisão Tipo Mead.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: Em região posterior de maxila a esquerda e exposição de lesão cística.

Figura 10: Incisão.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: Vestíbulo maxilar unilateral em maxila a direita e exposição de lesão cística.

Figura 11: Incisão tipo Mead.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: Em região posterior de mandíbula a direita e exposição de lesão cística.

Realizada curetagem inicial com cureta de Lucas nº 15 em seguida optou-se pela osteomia periférica com auxílio de broca em peça reta do tipo carbide esférica n. 4 e tronco-cônica n.702 em rotação de 4.000 RPM - 1.1 (motor NSK), sob irrigação abundante com solução salina fisiológica estéril com concentração 0,9% sob fluxo contínuo (Figura 12, 13 e 14).

Figura 12: Loja cirúrgica.



Fonte: Arquivo de prontuário

Legenda: Região posterior de maxila direita após curetagem de lesão cística e osteotomia periférica.

Figura 13: Loja cirúrgica.



Fonte: Arquivo de prontuário

Legenda: Região retromolar a direita após curetagem de lesão cística e osteotomia periférica.

Figura 14: Loja cirúrgica.



Fonte: Arquivo de prontuário

Legenda: Região posterior de maxila a esquerda após curetagem de lesão cística e osteotomia periférica.

Realizada curetagem adicional posterior a osteotomia buscar enfatizar áreas de difícil acesso, principalmente ápices entre raízes de elementos dentários com

íntima relação com lesão, tende se observado que remanescente de lesão se dá principalmente devido restos capsulares de presente entre ápices. Coletado material de rotina para análise anatomopatológica de rotina. Na sequência foi aplicado sob uma gaze estéril o composto de butano, etanol e benzoato de sódio de nome comercial de endo ice, que pode chegar a temperatura de cerca de -50 °C.

Foi utilizado a protocolo de 5 segundo de aplicação até recobrimento completo de gaze, nesse meio tempo, aspiração rigorosa de leito a receber crioterapia e mantido. Imediatamente após aplicação o conjunto e levado e adaptado em cavidade pelo um período de 3 a 5 minutos aproximado, protocolo realizado em tocas cavidades císticas e repetido uma segunda vez. Já em processo de finalização, removem-se gazes, inspeção e irrigação de leito com mesma solução salina inicia. Finalizada com síntese interpapilar com fio monofilamentar do tipo nylon da marca monosof. Paciente encaminhado para tratamento endodôntico de elementos 16 e 17 devido risco de necrose e comprometimento de feixe vasculonervoso em seus respectivos ápices radiculares.

Após o período de 6 meses de pós-operatório, foi solicitado exame tomográfico de controle, porém identificado pequenas lesões como possível foco de recidiva em região de ápice radiculares de molares em hemi arcada maxilar à direita, demais lesões, observou- se uma neoformação óssea sem sinais de recidiva em período observado. (Figura 15, 16 e 17).

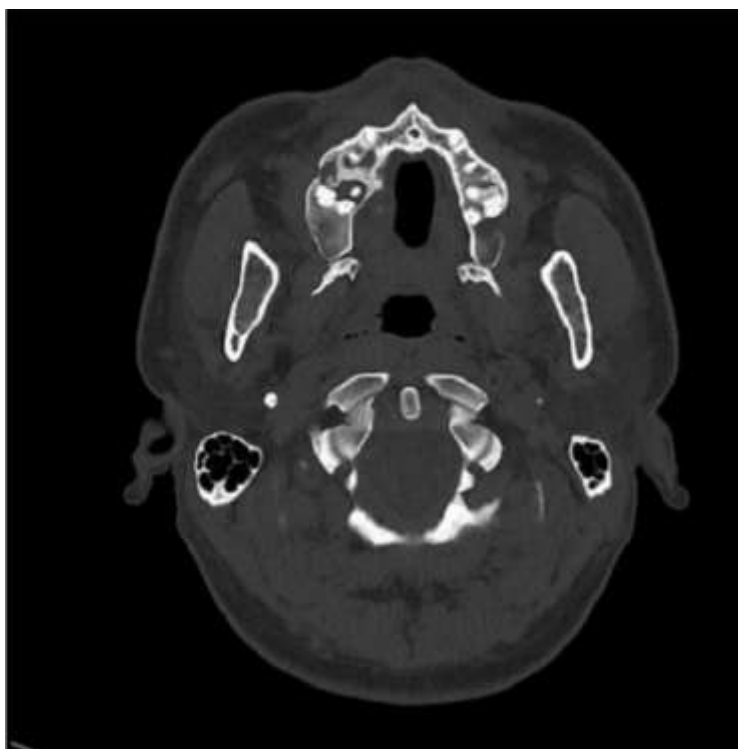
Figura 15: Reconstrução 3D.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face do ano de 2025 evidenciando melhora considerável de lesões, porém recidiva de lesão em hemimaxila direita.

Figura 16: Corte axial.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Legenda: TC de face do ano de 2025, evidenciando lesão recidivante em região de hemimaxila direita.

Figura 17: Corte axial.



Fonte: Arquivo de prontuário

Legenda: TC de face do ano de 2025, evidenciando lesão recidivante em região de hemimaxila direita.

Figura 18: Radiografia periapical.



Fonte: Arquivo do pesquisador.

Legenda: Elementos 16 e 17 após tratamento endodôntico realizado.

Figura 19: Radiografia panorâmica de controle dos maxilares realizada no mês de janeiro de 2024.



Fonte: Arquivo de prontuário.

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande sob o parecer nº 8.091.132 e CAAE nº 94561025.3.0000.0134.

Riscos e Benefícios do Estudo aos Participantes

O risco geral deve-se à possível quebra de sigilo e/ou à exposição indevida de dados e imagens do paciente utilizado no estudo. Outros riscos estão associados à fase cirúrgica que envolve a pesquisa, como a necessidade de novas intervenções, riscos de infecção, perdas dentárias, alterações visuais, entre outros.

Quanto ao custo-benefício, tem-se como principal fator a resolução total ou parcial da lesão em questão, além da melhora na qualidade de vida devido à correção da assimetria facial e à redução da queixa álgica, restabelecendo a condição de saúde do paciente. Trata-se de uma via de mão dupla, que une a contribuição científica para o acervo acadêmico comprovando a eficácia de modalidades cirúrgicas à resolutividade do caso clínico, que é o principal objetivo do paciente.

CONCLUSÃO

A finalidade deste trabalho foi identificar e comparar modalidades de tratamento distintas, desde o início do acompanhamento com o diagnóstico precoce e posteriormente modalidade de tratamento, como foco o máximo de conservador possível, preservando estruturas saudáveis, mesmo que comprovado a índices de recidiva e necessidade de novas intervenções, porém justifica a menor morbidade e melhora da condição de vida.

Foram realizados dois procedimentos cirúrgicos distintos, utilizando solução fixadoras (Solução de Carnoy) e crioterapia (Endo ice) como solução coadjuvante associado a curetagem e osteotomia periférica, um deles vem com uma proposta menos agressiva as estruturas adjacentes, tendo resultados mais favoráveis quando comparados.

Comprovado pelo acompanhamento em longo prazo (2019-2025) os efeitos favoráveis dessa modalidade de tratamento, com regressão considerável de lesão e até mesmo remissão total de lesão em sítios uma vez com lesão. Única e principal desvantagem da técnica e maior chance recidiva, porém justificável, mesmo que o tratamento não seja resolutivo em 100% dos casos e necessite de cirurgia secundária. Devido às técnicas menos invasivas, paciente com recuperação mais rápida e retorno às funções e atividades laborais em menos tempo, menor morbidade e menos riscos. Tendo como objetivo a qualidade de vida do paciente, função e autoestima.

REFERÊNCIAS

AL-MORAISSEI, E.A. *et al.* What surgical treatment has the lowest recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: a large systematic

review and meta- analysis. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, v. 45, n. 1, p. 131-144, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2016.10.013>. Acesso em: 2 out. 2025.

BARROS, M.A.N.; TESLENCO, V.B.; REIS, G.N.; ABREU, H.C. Queratocisto odontogênico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 11, 2020. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ARCHI/article/view/4636>. Acesso em: 10 out. 2025.

DIOGUARDI, M. *et al.* Factors and management techniques in odontogenic keratocysts: a systematic review. **European Journal of Medical Research**, v. 29, n. 287, p. 1-9, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40001-024-01854-z>. Acesso em 10 dez. 2025.

DOMINGUES, N.R.A.P. *et al.* Conservative treatment of mandibular keratocyst - 1 year follow-up. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e865974790, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/4790>. Acesso em: 10 dez. 2025.

NEGREIROS, M.F.V. *et al.* Marsupialização de queratocisto odontogênico em região posterior de mandíbula: relato de caso. **Revista DCS**, v. 22, n. 80, p. e2994, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/2994>. Acesso em: 10 dez. 2025.

GOZZANO, M.C.C. *et al.* Síndrome Gorlin-Goltz: relato de caso. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 1, p. 59-62, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/31384>. Acesso em: 10 out. 2025.

JARDIM, V.B.F. *et al.* Síndrome de Gorlin-Goltz: relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e49610210476, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10476>. Acesso em: 10 dez. 2025.

JESUS, A. L. C. S. *et al.* Manifestações da Síndrome de Gorlin-Goltz: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. e68658, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68658>. Acesso em: 10 dez. 2025.

KAMIL, A. H.; TARAKIJ, B. Odontogenic keratocyst in children: a review. **Open Dent J**, v. 30, n. 10, p. 117-123, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27335612/>. Acesso em: 10 dez. 2025.

KARACA, Ç. *et al.* Recurrence rate of odontogenic keratocyst treated by enucleation and peripheral ostectomy: retrospective case series with up to 12 years of follow-up. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 23, n. 4, p. e443-e448, jul. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4317/medoral.22366>. Acesso em: 2 out. 2025.

LEAR, J.T. *et al.* Efficacy and Safety of Sonidegib in Adult Patients with Nevoid Basal Cell Carcinoma Syndrome (Gorlin Syndrome): Results from a Phase 2, Double-Blind, Randomized Trial. **Clin Cosmet Investig Dermatol**, v. 13, p. 117–121, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32104037/>. Acesso em: 10 out. 2025.

OLIVEIRA, T. S. *et al.* Tratamento cirúrgico de ceratocisto em paciente com Síndrome de Gorlin-Goltz: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, p. e76162, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/761622>. Acesso em: 10 dez. 2025.