

## Cisto ósseo traumático em mandíbula: relato de caso

Alexandre Augusto Sarto DOMINGUETTE<sup>1</sup>

Henrique Mateus Alves FELIZARDO<sup>2</sup>

Matheus Henrique Lopes DOMINGUETE<sup>3</sup>

Bruno Henrique Figueiredo MATOS<sup>4</sup>

Lucinei Roberto de OLIVEIRA<sup>5</sup>

Paulo Roberto DOMINGUETE<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Mestrando em Clínica Odontológica (Diagnóstico Bucal) pela Universidade Vale do Rio Verde - UninCor alexandre.dominguette@gmail.com

<sup>2</sup> Graduando em Odontologia pela Universidade Vale do Rio Verde - UninCor

<sup>3</sup> Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais - Mestrando em Clínica Odontológica (Diagnóstico Bucal) pela UninCor

<sup>4</sup> Professor da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor / Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais - Mestrando em Clínica Odontológica (Diagnóstico Bucal) pela UninCor

<sup>5</sup> Professor da Universidade Vale do Rio Verde - UninCor / Especialista em Periodontia – Doutor em Patologia pela USP

<sup>6</sup> Professor da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor / Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais - Mestre em Clínica Odontológica (Diagnóstico Bucal) pela UninCor

**Recebido em: 30/10/2012 - Aprovado em: 23/12/2012 - Disponibilizado em: 30/12/2012**

### RESUMO

O cisto ósseo traumático (cisto ósseo simples, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo solitário) é uma lesão não-neoplásica que representa aproximadamente 1% de todos os cistos maxilares, acometendo as regiões de corpo e sínfise de mandíbula com maior frequência. Trata-se de uma cavidade intra-óssea delimitada por fina camada de tecido conjuntivo frouxo, sem revestimento epitelial. É uma lesão assintomática comumente identificada em exames radiográficos de rotina, apresentando imagem radiolúcida unilocular bem definida. Sua etiopatogênese não está bem esclarecida, mas acredita-se que o trauma local seja um fator relacionado ao seu desenvolvimento. O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de cisto ósseo traumático, descoberto em um exame radiográfico panorâmico de rotina para avaliação de terceiros molares inclusos, bem como realizar uma revisão da literatura acerca desta patologia.

**Palavras-Chave:** Cisto ósseo simples. Cistos maxilomandibulares. Mandíbula/patologia.

### ABSTRACT

The traumatic bone cyst (simple bone cyst, hemorrhagic bone cyst, solitary bone cyst) is a non-neoplastic lesion which represents about 1% of all jaw cysts, affecting regions of the body and symphysis of mandible more often. It is a cavity delimited intraosseous thin layer of loose connective tissue with no epithelial lining. It is commonly an asymptomatic lesion identified on routine radiographic examination, unilocular radiolucent lesion well defined. Its etiopathogenesis is not well understood, but it is believed that the local trauma is a factor related to its development. The aim of this study was to report a case of traumatic bone cyst, discovered in a routine panoramic radiographs for evaluation of third molars, as well as to review the literature on this disease.

**Keywords:** Simple bone cyst. Maxillomandibular cysts. Jaw / pathology.

### INTRODUÇÃO

O cisto ósseo simples, também conhecido como cisto ósseo traumático, cisto ósseo hemorrágico e cisto ósseo solitário, foi

inicialmente descrito por Lucas em 1929, sendo geralmente relatado na literatura científica médica e odontológica, desde então. Constitui uma lesão óssea não neoplásica que representa aproximadamente 1% de todos os

cistos maxilares, acometendo as regiões de corpo e sínfise de mandíbula com maior frequência (SAPP *et al.*, 1990; SHEAR, 1999; TONG *et al.*, 2003).

É uma lesão que possui a característica peculiar de geralmente não apresentar abaulamento cortical, com respostas positivas aos testes de vitalidade pulpar (LAGO *et al.*, 2006). Este cisto ocorre em indivíduos jovens, principalmente durante a segunda década de vida. Sua etiologia e patogênese ainda não são bem conhecidas, mas acredita-se em uma origem traumática, que levaria à hemorragia intra-óssea e consequente liquefação do coágulo, levando ao desenvolvimento do cisto (SHEAR, 1999).

Por ser assintomático, freqüentemente é diagnosticado em exames radiográficos de rotina, apresentando imagem radiolúcida unilocular, delimitada por uma fina cortical, muitas vezes contornando as raízes dos dentes adjacentes, resultando em um aspecto festonado ou recortado (MATSUMURA *et al.*, 1998). Em 2003, GUERRA *et al.*, relataram a alta prevalência de cisto ósseo traumático em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico, enfatizando que os exames radiográficos rotineiros realizados nesta população permitem a detecção mais freqüente de lesões.

A escassez de conhecimento sobre sua natureza e comportamento biológico reflete a divergência existente na literatura em relação

às formas de tratamento (LOKIEC *et al.*, 1998).

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de cisto ósseo traumático em mandíbula e o tratamento proposto.

## CASO CLÍNICO

Paciente V.O.R., 18 anos, gênero masculino, melanoderma, residente na cidade de Varginha-MG, foi encaminhado ao cirurgião buco-maxilo-facial, devido a uma imagem radiolúcida na região de sínfise mandibular, observada pelo ortodontista, em uma radiografia panorâmica. Na anamnese o paciente referiu ter sofrido queda da própria altura há cerca de sete anos, não lembrando ter traumatizado o mento. Ao exame extrabucal, não foi observado aumento de volume na região do mento. Não apresentava sintomatologia dolorosa. Na avaliação da radiografia panorâmica (figura 1), observou-se imagem radiolúcida, unilocular, em região de sínfise mandibular, que se estendia das raízes dos elementos 33 ao 45 (figura 2), sem expansão das corticais óssea vestibular ou lingual (figura 3). Ao teste de vitalidade pulpar percussivo e térmico, obteve-se resposta positiva em todos os elementos dentários, cujas raízes apresentavam-se envolvidas na lesão. Com os dados clínicos coletados e análise radiográfica, a hipótese de cisto ósseo traumático ficou evidenciada,

sendo proposta uma biópsia excisional. Foi prescrito Decadron® 4mg 01 hora antes do procedimento como medicação pré-operatória. Com o paciente sob anestesia local, procedeu-se incisão em fórnice de vestibulo estendendo do elemento 34 ao 44, e descolamento mucoperiosteal. Foi realizada inicialmente punção na lesão, sendo observado presença de sangue de coloração escura (figura 4). Realizou-se a exposição da área da lesão, acessada através da cortical óssea vestibular, com a utilização de peça reta e broca esférica nº 6 sob irrigação contínua de soro fisiológico 0,9%, onde se observou presença de secreção sanguinolenta intralesional. Realizou-se então curetagem do leito cirúrgico com regularização dos bordos, irrigação com soro fisiológico 0,9% e sutura com fio Vicryl® 5-0. Foi feita prescrição de antibiótico (Amoxicilina 500mg), anti-inflamatório (Nimesulida 100mg) e analgésico (Dipirona 500mg). Após 07 dias, paciente retornou para avaliação, onde notou-se boa cicatrização e ausência de sintomatologia dolorosa. Paciente em proervação para avaliação de neoformação óssea.



Figura 1: Radiografia Panorâmica

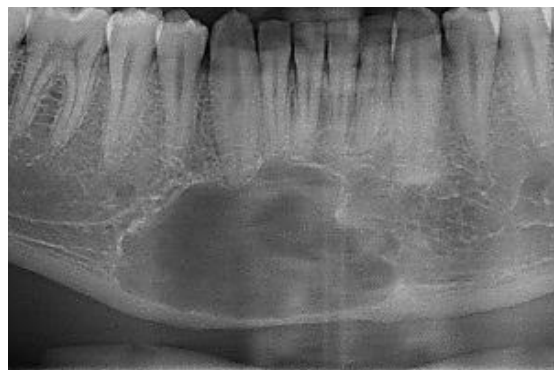


Figura 2: Radiografia Panorâmica em aumento evidenciando lesão radiolúcida em sínfise mandibular



Figura 3: Radiografia de perfil, notando ausência de abaulamento das corticais vestibular e lingual.



Figura 4: Punção – sangue de coloração escura

## DISCUSSÃO

Para se diagnosticar um cisto ósseo traumático deve haver uma associação entre história clínica, exame físico e imaginológico, e exploração cirúrgica. Deve-se discutir

diagnósticos diferenciais, como cisto dentífero, ceratocisto odontogênico, tumor odontogênico adenomatóide, ameloblastoma (WOOD *et al.*, 1991), ou granuloma central de células gigantes (CHIBA *et al.*, 2002).

Na literatura não há uma concordância a respeito de características como a predileção do gênero ou idade. No caso relatado, o paciente encontrava-se com 18 anos e era do gênero masculino. Segundo BAQAIN *et al.* (2005); HANSEN *et al.* (1974) e TONG *et al.* (2003), o cisto ósseo traumático acomete, principalmente, jovens na segunda década de vida, diferente de PEÑARROCHA-DIAGO *et al.* (2001), que relatam uma maior frequência numa faixa etária entre 12 e 15 anos. Em relação ao gênero, alguns autores relatam que há uma distribuição proporcional (DE TOMASI *et al.*, 1985; PEÑARROCHA-DIAGO *et al.*, 2001; PERDIGÃO *et al.*, 2003), enquanto outros descrevem uma leve predileção pelo gênero masculino (BAQAIN *et al.*, 2005). Existem, ainda, evidências de um maior acometimento do gênero feminino, principalmente em pacientes de idade mais avançada (SAPP *et al.*, 1990; MATSUMURA *et al.*, 1998; PEÑARROCHA-DIAGO *et al.*, 2001; PERDIGÃO *et al.*, 2003; TONG *et al.*, 2003).

No que diz respeito a região, a mandíbula é o osso do arcabouço facial, que responde pela grande maioria dos casos, podendo tal lesão ser encontrada também na maxila, porém com menor frequência

(AZEVEDO *et al.*, 2002). Dentre os casos analisados no estudo de PEÑARROCHA-DIAGO *et al.* (2001), a região mentoniana foi a de maior prevalência, estando de acordo com o caso relatado neste trabalho. Porém, para NEVILLE (1998), pode ocorrer nas áreas de pré-molares, molar e ramo ascendente.

Clinicamente, o cisto ósseo traumático pode se apresentar de diversas formas: assintomática, como relatado por SVERZUT *et al.* (2002), na qual a lesão comprometia a região dos elementos dentários 38 e 37; ou pode haver alteração local como no caso relatado por PURICELLI *et al.* (1997), no qual o paciente apresentava aumento de volume em rebordo alveolar, correspondendo à região de molar e retromolar. O caso deste trabalho apresentava-se assintomático e sem abaulamento das corticais ósseas vestibular e lingual.

Em relação à vitalidade pulpar, estamos de acordo com alguns trabalhos na literatura, pois esta dificilmente é alterada (PEÑARROCHA-DIAGO *et al.*, 2001; GAYOTTO *et al.*, 1996). Porém, devido à expansão cística, pode ocorrer o aumento da pressão na raiz dos dentes envolvidos, que devido à força traumática poderia causar diminuição temporária da resposta ao teste elétrico da polpa (PILEGGI *et al.*, 1996).

Diversas formas de tratamento foram relatadas, como ressecção, curetagem, enxerto ósseo, injeção de corticosteróides e injeção de medula óssea autóloga (LOKIEC *et al.*, 1998;

FIELDING *et al.*, 1999). No entanto, a exploração cirúrgica da cavidade cística tem sido geralmente recomendada (SHEAR, 1999; PEÑARROCHA-DIAGO *et al.*, 2001; TONG *et al.*, 2003). A existência de relatos de cisto ósseo traumático que regrediram de forma espontânea revela uma opção de preservação clínico-radiográfica ao invés da intervenção cirúrgica (SAPP *et al.*, 1990; SHEAR, 1999; TONG *et al.*, 2003). Neste caso optou-se pela intervenção cirúrgica por curetagem, pois quando a cavidade é aberta, a hemorragia promovida resulta numa rápida obliteração da lesão (SHEAR, 1999) e nova formação óssea (NEVILLE *et al.*, 1998). Fatores como tamanho da lesão e relatos do paciente quanto a ansiedade de dar início ao tratamento ortodôntico também foram levados a favor do ato cirúrgico.

Embora sua recidiva seja rara (PEÑARROCHA-DIAGO *et al.*, 2001; BAQAIN *et al.*, 2005) e esteja relacionada a uma intervenção inadequada, recomenda-se um período de preservação para acompanhar a regressão da lesão (TONG *et al.*, 2003).

## CONCLUSÃO

De acordo com a literatura e o caso relatado, os achados clínicos, radiográficos e cirúrgicos são de grande relevância para o diagnóstico do cisto ósseo traumático. A biópsia excisional através da exploração

cirúrgica por curetagem é uma forma de tratamento satisfatória para esta patologia.

## BIBLIOGRAFIA

1. AZEVEDO, R. A. et al. Cisto ósseo simples. Relato de Casos. **BCI**, Curitiba, v. 9, n, 34, p. 139-143, 2002.
2. BAQAIN, Z. H. et al. Recurrence of a solitary bone cyst of the mandible: case report. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburgh, v. 43, no. 4, p. 333-335, Aug. 2005.
3. CHIBA, I. et al. Conversion of a traumatic bone cyst into central giant cell granuloma: implications for pathogenesis - a case report. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 60, n. 2, p. 222-225, 2002.
4. DE TOMASI, D.; HANN, J. R. Traumatic bone cyst: report of case. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 111, n. 1, p. 56-57, 1985.
5. FIELDING, A. F.; LOUDEN, R. D.; JOHNSON, A. R. D. H. Simple bone cyst. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 88, no. 3, p. 277-278, Sept. 1999.
6. GAYOTTO, M. V. et al. Cisto ósseo hemorrágico: relato de caso clínico. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 45-47, 1996.
7. GUERRA, E. N. S.; DAMANTE, J. H.; JANSON G. R. P. Relação entre o tratamento ortodôntico e o diagnóstico do cisto ósseo traumático. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 41-48, mar./abr. 2003.
8. HANSEN, L. S.; SAPONE, J.; SPROAT, R. C. Traumatic bone cysts jaws. **Oral Surg. Oral Med. Oral**

- Pathol.**, St. Louis, v. 37, n. 6, p. 899-910, 1974.
9. LAGO, C. A.; CAUAS, M.; PEREIRA, A. M. Cisto ósseo traumático em mandíbula: relato de caso. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.** 2006; 2(6): 23-7.
  10. LOKIEC, F.; WIENTROUB, S. Simple bone cyst: etiology, classification, pathology, and treatment modalities. **J. Pediatr. Orthop.**, New York, v. 7, no. 4, p. 262-273, Oct. 1998.
  11. LUCAS, C. D. Do all cysts of the jaw originate from the dental system? **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 16, p. 647-661, 1929.
  12. MATSUMURA, S. et al. Histopathologic and radiographic findings of the simple bone cyst. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 85, no. 5, p. 619-625, May 1998.
  13. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Philadelphia: WB Saunders Company, 1998.
  14. PEÑARROCHA-DIAGO, M. et al. Surgical treatment and follow-up of solitary bone cyst of the mandible: a report of seven cases. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburgh, v. 39, no. 3, p. 221-223, June 2001.
  15. PERDIGÃO, P. F. et al. Idiopathic bone cavity: a clinical, radiographic, and histological study. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburgh, v. 41, no. 6, p. 407-409, Dec. 2003.
  16. PILEGGI, R.; DUMSHA, T. C.; MYSLINKSI, N. R. The reliability of electric pulp test after concussion injury. **Endod. Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 12, n. 1, p. 16-19, 1996.
  17. PURICELLI, E. et al. Cisto ósseo traumático em área de rizogênese: relato de um caso. **Rev. Fac Odontol.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 19-25, 1997.
  18. SAPP, J. P.; STARK, M. L. Self-healing traumatic bone cysts. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 69, no. 5, p. 597-602, May 1990.
  19. SHEAR, M. **Cistos da região bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento.** 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999.
  20. SVERZUT, C. E. et al Cisto Ósseo Solitário: Relato de um caso clínico. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, maringá, v. 7, n. 4, p. 63-67, 2002.
  21. TONG, A. C.; NG, I. O.; YAN, B. S. Variations in clinical presentations of the simple bone cyst: report of cases. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 61, no. 12, p. 1487-1491, Dec. 2003.
  22. WOOD, N. K.; GOAZ, P. W. **Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions.** 5th ed. St Louis: Mosby Year Book, 1991.