

CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO COM ACOMPANHAMENTO DE CINCO ANOS

TRAUMATIC BONE CYST IN MANDIBLE: CASE REPORT WITH 05-YEAR FOLLOW-UP

Wagner da Silva Oliveira¹; Daianny Regina da Silva Pereira¹; Marjhory Fernandes de Moura²; Maria Vitória Fragoso Verçosa²; Viviane Dantas Minervino³; José Wilson Noleto Ramos Junior⁴.

¹Graduando(a) em Odontologia. FACENE, João Pessoa, Paraíba – Brasil

²Graduando(a) em Odontologia. Universidade Federal da Paraíba – Campus I, João Pessoa, Paraíba – Brasil

³Graduando(a) em Odontologia. UNIPÊ, João Pessoa, Paraíba – Brasil

⁴Docente do curso de Odontologia. Departamento de Odontologia Restauradora. Universidade Federal da Paraíba – Campus I – João Pessoa, Paraíba – Brasil

Correspondência: Wagner da Silva Oliveira, Rua Jacinto Tavares, 81 - José Américo de Almeida, João Pessoa - CEP: 58073-140.
E-mail: owagner.h@gmail.com

Editor Acadêmico: Thiago Lucas da Silva Pereira

Received: 05/05/2023 / **Review:** 30/06/2023 **Accepted:** 30/07/2023

Como citar este artigo: Oliveira WS, Pereira DRS, Moura MF, Verçosa MVF, Minervino VD, Junior JWNR. Cisto Ósseo Traumático em Mandíbula: Relato de Caso com acompanhamento de cinco anos. RevICO. 2023; 21:e003

RESUMO

Introdução: O cisto ósseo traumático (COT) é uma lesão pseudocística intra óssea benigna, que caracteriza-se por uma cavidade vazia ou com conteúdo líquido sero-sanguinolento, delimitada por uma fina camada de tecido conjuntivo frouxo sem revestimento epitelial. O COT é geralmente identificado após exames radiográficos de rotina. Porém, o diagnóstico definitivo se dá durante a exploração cirúrgica da cavidade com finalidade diagnóstica, quando se observa uma cavidade vazia com paredes ósseas lisas, algumas vezes com material sero-sanguinolento. **Objetivo:** Este trabalho se propõe a apresentar um caso de COT em um paciente pediátrico tratado por exploração cirúrgica e curetagem. **Relato de caso clínico:** Paciente de cinco anos de idade, do gênero masculino, com histórico de trauma de face por queda de própria altura, no qual o COT foi descoberto em radiografias solicitadas para tratamento ortodôntico. O mesmo foi tratado por exploração cirúrgica e curetagem da loja óssea. O paciente foi acompanhado clínico-radiograficamente por cinco anos, não apresentando sinais ou sintomas de recidiva. **Comentários:** A etiologia do COT é controversa, sendo o histórico de trauma na região fator pertinente no diagnóstico, porém nem sempre presente. O pouco ou nenhum material para análise histopatológica corrobora para o diagnóstico definitivo ser invariavelmente alcançado durante o período transoperatório.

Descritores: Cistos não Odontogênicos. Patologia Bucal. Cistos Ósseos.



Introdução

O cisto ósseo traumático (COT) é uma lesão intra óssea benigna, a qual caracteriza-se por uma cavidade vazia ou com conteúdo líquido sero-sanguinolento, delimitada por uma fina camada de tecido conjuntivo frouxo sem revestimento epitelial. A literatura difere quanto à denominação da lesão, salientando como sinônimos os termos: unicameral, simples, solitário, hemorrágico e idiopático¹. O COT é comumente encontrado na região de metáfise dos ossos longos, sendo raro nos ossos maxilares².

Estudos epidemiológicos indicam que a lesão é mais frequente em pacientes na 2ª década de vida, sem definição exata de qual gênero é mais afetado. Em relação à localização, há uma marcante predileção pela mandíbula, especialmente na região do corpo mandibular, seguido da região sinfisária. O COT é geralmente assintomático, o que dificulta a percepção por parte do paciente. Em alguns casos pode existir um discreto aumento de volume da região. Além disso, os dentes envolvidos na lesão apresentam teste de vitalidade positiva, com coloração normal e sem mobilidade, não levantando suspeitas clínicas para o cirurgião-dentista^{3,4}.

O diagnóstico do COT é geralmente acidental após exames radiográficos de rotina. Radiograficamente se manifesta como uma imagem radiolúcida unilocular, com contornos regulares, podendo ou não apresentar margens bem definidas. Pode se projetar por entre as raízes dentárias dos dentes associados, lembrando o formato de cone, lembrando o aspecto de “dedos de luva”⁵.

Histologicamente o COT se caracteriza pela inexistência de revestimento epitelial. Suas paredes são revestidas apenas por uma pequena porção de tecido conjuntivo de caráter fibroso e vascular adjacente ao osso, podendo apresentar proliferação fibromixomatosa entre o trabeculado ósseo. Somado a tais características, pode haver áreas com presença de fibrina, eritrócitos, células gigantes e calcificações⁶.

Segundo alguns autores, o COT é uma lesão que pode apresentar cura espontânea. Entretanto, o tópico é controverso, pois a literatura também sugere que a intervenção cirúrgica é indicada por oferecer um diagnóstico definitivo mais seguro. O protocolo de tratamento envolve a exploração da lesão, seguida de curetagem vigorosa das paredes da cavidade, levando ao sangramento local, o qual favorecerá o processo cicatricial por meio de neoformação óssea local. Tal neoformação é esperada a partir do terceiro mês após o procedimento, podendo chegar à 12 meses para o total preenchimento da lesão por tecido ósseo neoformado. Embora não seja comum, durante o ato cirúrgico para exploração da lesão, uma parte da mesma pode ser separada e enviada para a análise histológica, sendo mais um fator para contribuir para o diagnóstico⁷.

O objetivo deste trabalho se propõe a apresentar um caso de COT em um paciente do gênero masculino, de cinco anos de idade, tratado por meio de exploração cirúrgica, curetagem e acompanhado por cinco anos, sendo observada neoformação óssea local e cicatrização da lesão.



Relato de Caso

Paciente do gênero masculino, cinco anos de idade, foi encaminhado ao Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFPB (HULW) por um ortodontista para avaliação e conduta quanto à lesão intraóssea na região de corpo mandibular esquerdo, a qual foi descoberta em radiografia panorâmica obtida antes do início do tratamento ortodôntico. Ao exame clínico intraoral, as estruturas bucais estavam dentro dos padrões de normalidade. A responsável pelo paciente relatou um histórico de traumatismo na região há cerca de dois anos devido à queda da própria altura.

O exame tomográfico evidenciou uma área radiolúcida unilocular, medindo em torno de 15mm em seu maior diâmetro, com limites regulares e bem definidos, localizada próxima aos ápices dos dentes 31, 32, 41 e 42, os quais responderam positivamente aos testes de vitalidade pulpar.

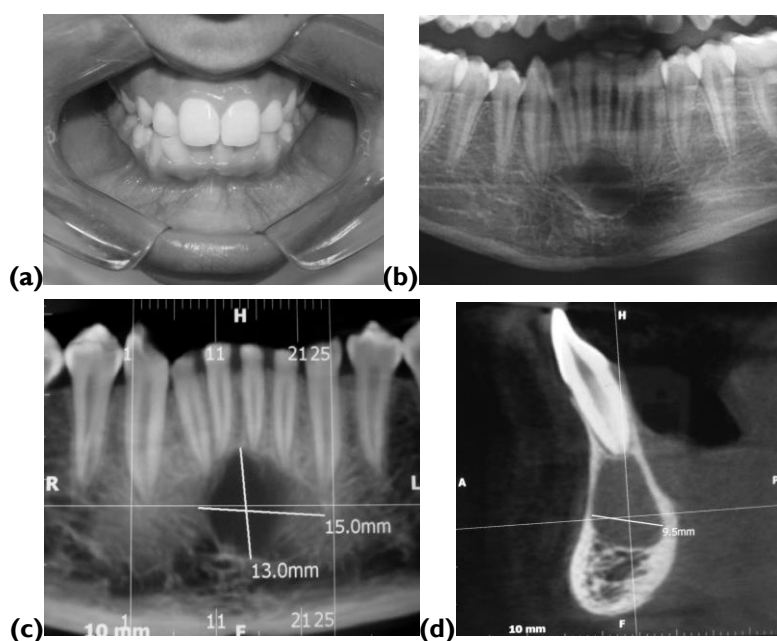


Figura 1. Aspecto clínico-radiográfico inicial. **a)** Oclusão sem alterações patológicas. **b)** Radiografia panorâmica evidenciando lesão em região de sínfise mandibular. **c)** Tomada panorâmica de TCCB mostrando dimensões da lesão. **d)** Corte sagital salientando a lesão

A lesão se mostrou assintomática, não causava abaulamento das corticais ósseas e a mucosa de recobrimento apresentava aspecto de normalidade. Pelo observado clínica e radiograficamente, a primeira hipótese diagnóstica levantada foi de COT. Antes da abordagem direta da lesão, sob anestesia local (Técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior, complementada pelo bloqueio do nervo bucal. Foram utilizados aproximadamente 2,5 ml de solução de lidocaína a 2% com adrenalina na concentração de 1:100.000), a mesma foi aspirada com o auxílio de uma agulha de calibre 18, acoplada a uma seringa de 10ml, obtendo-se apenas ar, corroborando com a hipótese diagnóstica de COT. Na sequência, a exploração cirúrgica da lesão foi realizada para fins de diagnóstico. Durante o procedimento foi observado que a lesão não possuía revestimento interno, aumentando as suspeitas de se tratar de um COT.



Figura 2. Aspecto transcirúrgico. **a)** Acesso intraoral em vestibulo. **b)** Abertura cirúrgica de loja óssea, remoção de fragmentos da lesão e curetagem. **c)** Sutura.

Em seguida foi realizada a curetagem das paredes ósseas com o auxílio de uma cureta alveolar de Lucas para estimular o sangramento em seu interior. Esta manobra visou promover a formação de um coágulo com a consequente neoformação óssea. Vale ressaltar que, durante a curetagem, houve o cuidado de não romper inadvertidamente o feixe vasculo-nervoso dos dentes associados. A ferida cirúrgica foi suturada com fio de seda preta 3-0, sendo removida cerca de sete dias após o procedimento. O paciente foi acompanhado por cinco anos, sendo observada neoformação óssea e a cicatrização da lesão.



Figura 3. Aspecto clínico-radiográfico cerca de cinco anos após a cirurgia. **a)** Aspecto clínico intraoral evidenciando a normalidade dos tecidos de recobrimento. **b)** Radiografia panorâmica salientando a neoformação óssea local.

Comentários

A etiologia do COT é controversa. Alencar et al. (2015)⁸ citam como fatores etiológicos a degeneração de um tumor ósseo, metabolismo do cálcio alterado, infecção de baixo grau, obstrução venosa, aumento da osteólise, alterações locais de crescimento ósseo, trauma e sangramento local. Contudo, os autores chamam a atenção para o fato de que o traumatismo local é a etiologia mais provável e aceita na literatura. O histórico de trauma de face por queda própria altura do paciente do presente caso corroborou para o diagnóstico seguro de COT.

É evidente que a análise histopatológica um dos exames mais precisos no diagnóstico da maioria das lesões do complexo maxilofacial. Entretanto, o COT tem pouco ou nenhum material para análise anatomopatológica devido às suas características. O diagnóstico definitivo se dá invariavelmente durante a



exploração cirúrgica, quando se observa uma cavidade óssea vazia sem revestimento epitelial⁹. Vale salientar que no caso apresentado, assim como em qualquer lesão radiolúcida dos maxilares, foi realizada punção aspirativa para descartar a possibilidade de se tratar de uma lesão vasculares intra ósseas.

Pelo que podemos observar, o tratamento mais recomendado na literatura para o COT é a exploração seguida de estimulação de sangramento no interior da loja óssea^{9,10}, o qual promoverá a formação óssea e reparo da cavidade em aproximadamente três a seis meses, dependendo do tamanho da lesão, sendo o prognóstico considerado excelente, com raros casos de recidiva. Como evidenciado no presente caso, após cinco anos de acompanhamento clínico e radiográfico, não houve sinais ou sintomas de recidiva, o que vai de consonância com os estudos citados.

Suporte Financeiro

Não houve suporte financeiro.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse

Disponibilização dos dados

Os dados usados para dar suporte aos achados deste estudo podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ABSTRACT

Introduction: Traumatic bone cyst (TOC) is a benign intraosseous pseudocystic lesion, which is characterized by an empty cavity or one with serosanguineous liquid content delimited by a thin layer of loose connective tissue without epithelial lining. The initial diagnosis of TOC is usually given after routine radiographic examinations, but the definitive diagnosis can be reached at surgery, when an empty bone cavity without epithelial lining is observed, with little or no content for histopathological analysis. Generally, the content of the lesion is fibromyxomatous between the bony trabeculae.

Objective: This paper proposes to present a case of TOC in a pediatric patient treated by surgical exploration and curettage. **Clinical case report:** A five-year-old male patient with a history of facial trauma due to a fall from a standing height diagnosed with TOC and treated by surgical exploration and pocket curettage with clinical follow-up. The patient was followed up with radiographic exams and after 5 years there was no recurrence. **Comments:** The etiology of TOC is controversial, and the history of trauma in the region is a relevant factor in the diagnosis. In addition, the little or no material for histopathological analysis in TOC lesions corroborates the fact that the definitive diagnosis is invariably reached during surgery.

Keywords: Non-Odontogenic Cysts. Oral Pathology. Bone Cysts

Referências

1. Chrcanovic BR, Gomez RS. Idiopathic bone cavity of the jaws: an updated analysis of the cases reported in the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019;48(7):886-94.
2. Almeida HCR, Farias ZBBM, Santos BPN, Santos RTN, Azevedo LPM, Álvares PR, et al. Cisto Ósseo Traumático – Relato de caso. *Research, Society and Development.* 2021;10(7):1-6.
3. Musu D, Cotti E. Traumatic bone cyst of the jaws: an overview. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2019 Jul-Aug;33(4):1261-1263



4. Assis VGF, Freitas Fernandes A, Oliveira Monteiro MA. Cisto ósseo solitário em mandíbula: relato de caso clínico. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*. 2020;24(3):362–6.
5. Capelario EFS, Reis LFG. Aspectos clínicos e radiográficos de cisto ósseo traumático: Revisão de literatura e relato de caso. *Envici - Unibrasil*. 2022;8(1):349-361.
6. Neville, B. *Patologia oral & maxilofacial*. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 912 p.
7. Lopez GGL, Teixeira RG. Cisto ósseo traumático: Relato de caso clínico. *Research, Society and Development*. 2021 Jul 10;10(8):1-8.
8. Alencar AKO, Araújo Filho JCWP, Noletto JW, Hochuli-Vieira E, Garcia Júnior IR, Rocha JF. Aspectos técnicos do tratamento do cisto ósseo traumático: relato de caso. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 2015;69(1):26–9.
9. Cruz Villca MB, Cruz Villca L, Castel Belmonte MI. Quiste óseo traumático mandibular: reporte de caso y revisión de la literatura. *Cuad Hosp Clín*. 2018;19:43–7
10. Mannarino FS, Gorla LF de O, Gabrielli MFR, Hochuli-Vieira E, Gabrielli MAC, Pereira Filho VA. Cisto ósseo simples-relatos de casos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2014;14(3):15–20.