

Cisto ósseo traumático em mandíbula

Mandibular traumatic bone cyst

Alvimar Lima de Castro¹
Mariane Lima de Castro Paro²

Resumo

Os autores relatam um caso de cisto ósseo traumático localizado na região de corpo mandibular esquerdo, em contigüidade com a raiz distal do segundo molar, em paciente do sexo feminino com 15 anos de idade. Com ausência de sinais clínicos, o único dado contributivo ao diagnóstico foi o radiográfico, sendo que, pela ausência do germe do terceiro molar, aventou-se a hipótese diagnóstica diferencial de ceratocisto, além de se considerar também a possibilidade de cisto radicular apical, lesão de células gigantes central, ameloblastoma, cisto ósseo aneurismático e cisto ósseo traumático. Após punção aspirativa da lesão, obtendo-se razoável quantidade de material sanguinolento, foi proposto o diagnóstico clínico de cisto ósseo aneurismático. O tratamento proposto foi a enucleação cirúrgica, quando se constatou no transoperatório ausência de lesão celularizada ou de conteúdo cístico, evidenciando-se uma nítida cavidade com paredes ósseas de aspecto íntegro, o que orientou o diagnóstico no sentido de tratar-se de cisto ósseo traumático. Após seis meses da curetagem cirúrgica, o aspecto radiográfico evidenciou satisfatória reparação óssea cicatricial.

Palavras-chave: cisto ósseo simples, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo solitário, cisto ósseo progressivo, cisto ósseo traumático.

Introdução

O cisto ósseo traumático tem sido relatado na literatura por vários autores como cisto ósseo simples, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo solitário, cisto de extravasamento, cisto ósseo progressivo (Shear, 1989; Zegarelli et al., 1982; Wood e Goaz, 1983; Regezi e Sciubba, 1983). Desse, o termo *cisto ósseo traumático* é o mais aceito. É uma lesão relativamente rara e que, a despeito de sua designação, não é um cisto verdadeiro, por não apresentar um revestimento epitelial na forma de cápsula e, em muitos casos, a cavidade estar vazia. O aspecto radiográfico é o de uma lesão cística, onde se evidencia uma lesão radiotransparente homogênea.

Wood e Goaz (1983) consideram que o cisto ósseo traumático deva ser classificado como pseudocisto em virtude da ausência de revestimento epitelial. Admitindo essas características, Rushton (1946) definiu como critérios para o diagnóstico de cisto ósseo traumático a ocorrência unilateral e a não-presença de revestimento epitelial na cavidade; não-evidências de infecção aguda ou prolongada; a existência de material fluido e não de tecidos moles na lesão e a composição das paredes da cavidade cística de osso resistente.

Quanto à gênese, admite-se o traumatismo como causa, sendo comum nos ossos longos e menos freqüente nos maxilares. Neville et al. (1998) admitem que um trauma ósseo insuficiente para causar fratura resultaria em um hematoma intra-ósseo, com o que, caso não ocorra organização e reparo, ocorreria liquefação, resultando em um defeito cístico.

Apesar de ser uma lesão descrita como única ou solitária, existem alguns achados raros de lesões múltiplas, multiloculares e bilaterais (Rocha et al., 1996).

O local mais freqüente de ocorrência é a mandíbula na região anterior, ramo e côndilo; a maxila é envolvida em apenas 5 a 10% dos casos (Gorlin e Damante, 1993).

A lesão é descoberta, geralmente, por exames radiográficos de rotina, pois comumente se apresenta assintomática e desprovida de características clínicas constatáveis (Zegarelli et al., 1982; Shear, 1989; Neville et al., 1998), embora Wood e Goaz (1983) e Regezi e Sciubba (1983) admitam a possibilidade de tumefação em alguns casos.

Quanto à ocorrência segundo a faixa etária, admite-se que os cistos ósseos traumáticos tendem a ocorrer em grande parte em pes-

¹ Professor Adjunto de Estomatologia, Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica, Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.

soas com menos de 25 anos de idade, sendo mais frequentes durante a segunda década de vida (Thoma, 1973-1975; Zegarelli et al., 1982; Wood e Goaz, 1983; Regezi e Sciubba, 1983; Neville et al., 1998). Em relação aos sexos, tem sido notada uma distribuição igual entre ambos (Zegarelli et al., 1982; Regezi e Sciubba, 1983), embora haja estudos que relatem a predominância no sexo masculino (Rocha et al., 1996).

Relato de caso

Paciente M.M.N., solteira, leucoderma, do sexo feminino, estudante, 15 anos, natural de Gabriel Monteiro - SP, procurou a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, encaminhada pelo seu ortodontista, que, ao examinar radiografias para documentação ortodôntica, notou uma área radiolúcida no lado esquerdo da mandíbula (Fig. 1).

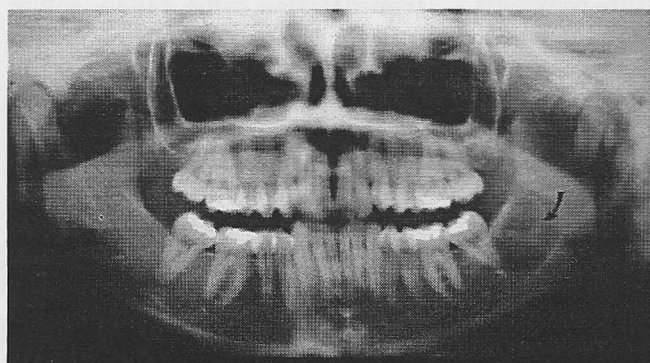


Figura 1. Aspecto radiográfico inicial, evidenciando área cística bem delimitada

À anamnese, a paciente declarou que desconhecia a existência da lesão, que se apresentava assintomática. Ao exame físico intra e extrabucal não se notaram alterações dignas de nota. Radiograficamente, a lesão se apresentava como uma loja radiolúcida, com limites facilmente identificáveis, definidos por uma linha radiopaca que se estendia do ápice da raiz mesial do segundo molar inferior esquerdo até a região retromolar, medindo aproximadamente 2 cm em seu maior diâmetro, sem produzir reabsorções radiculares ou de lâmina dura (Fig. 2).

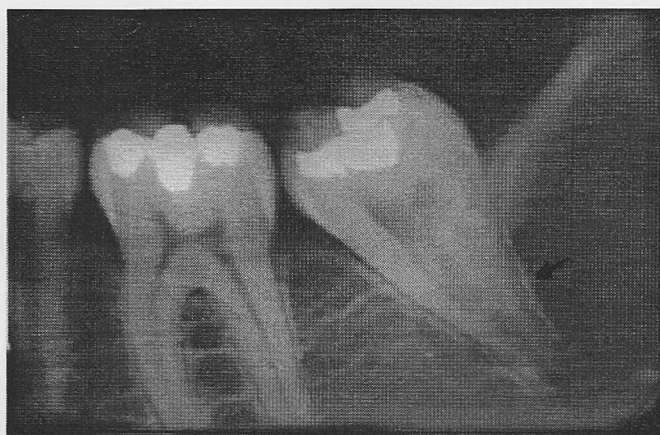


Figura 2. Aspecto radiográfico da lesão, sem evidência de comprometimento de lâmina dura

Pela ausência do germe do terceiro molar, aventou-se a hipótese diagnóstica diferencial de ceratocisto, além de se considerar a possibilidade de cisto radicular apical, lesão de células gigantes central, ameloblastoma, cisto ósseo aneurismático e cisto ósseo traumático. Após punção aspirativa da lesão, com o qual se obteve razoável quantidade de material sanguinolento, foi proposto o diagnóstico clínico de cisto ósseo aneurismático. Indicada a enucleação cirúrgica, constatou-se no transoperatório ausência de lesão celularizada ou de conteúdo cístico, evidenciando-se uma nítida cavidade com paredes ósseas de aspecto íntegro, o que orientou o diagnóstico para a confirmação de cisto ósseo traumático. Foram removidos materiais para o exame histopatológico e fez-se a indução de sangramento no interior da cavidade, constatando-se ser uma lesão desprovida de cápsula ou membrana. O retalho cirúrgico foi reposicionado para sutura mucoperiosteal. Com sete dias de pós-operatório, a sutura foi removida, observando-se que a área operada apresentava cicatrização normal.

O exame histopatológico do material coletado evidenciou presença de elementos sangüíneos, o que possibilitou, juntamente com os achados clínicos, a proposição do diagnóstico definitivo de cisto ósseo traumático. Solicitado o retorno da paciente para proervação após seis meses da curetagem cirúrgica, observou-se aspecto radiográfico compatível com satisfatória reparação óssea cicatricial da área operada (Fig. 3).

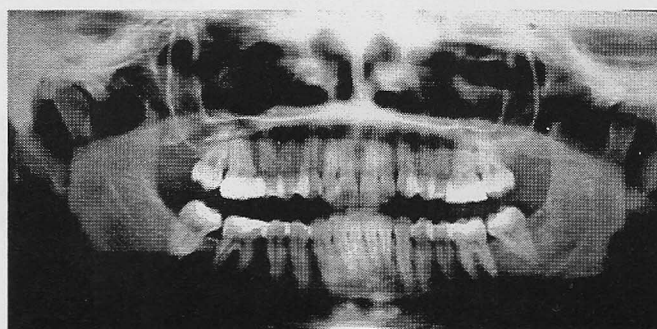


Figura 3. Aspecto radiográfico da reparação cicatricial após seis meses da curetagem

Discussão

A etiologia traumática tem sido considerada como a mais provável, apesar de nem sempre o paciente acusar o fato, como ocorreu no presente caso, em que a paciente negou qualquer relação com trauma. Desde os trabalhos de Olech et al. (1951), a maioria dos autores concorda que a falha na organização precoce do hematoma em alguns espaços medulares levaria à subsequente liquefação do coágulo. Da mesma opinião são Zegarelli et al. (1982), os quais admitem a teoria de que uma lesão ou pancada sobre o maxilar, geralmente nos primeiros anos de vida, resultaria numa hemorragia intramedular e na conseqüente reabsorção do osso e formação de cavidade.

Os dentes envolvidos por proximidade não apresentam alterações de cor e normalmente respondem ao teste de vitalidade (Zegarelli et al., 1982; Wood e Goaz, 1983; Shear, 1989; Rocha et al., 1996), observação feita no presente caso, haja vista a presença de vitalidade no segundo molar inferior. Na análise dos dentes e tecidos periodontais próximos à lesão, é importante a observação da lâmina dura dental íntegra, cuja identificação é possível na maioria dos casos. Por outro lado, a lâmina dura pode ou não estar comprometida, raramente ocorrendo reabsorções e/ou deslocamentos dentários. Como os septos ósseos podem estar presentes (Braun, 1975), as lesões podem ser interpretadas algumas vezes como multiloculares (Beasley, 1976; Gait, 1976; Markus, 1978-1979; Gowgiel, 1979), levando a um possível diagnóstico incorreto.

O aspecto radiográfico é constante, sendo representado por uma radiotransparência predominantemente redonda ou oval bem delimitada, com margens regulares ou irregulares, porém bem definidas por uma delicada cortical. A lesão pode estender-se por entre as raízes dos dentes irrompidos, produzindo um contorno recortado característico (Wood e Goaz, 1983; Regezi e Sciubba, 1983; Rocha et al., 1996).

O diagnóstico diferencial do cisto ósseo traumático deve ser esta-

belecido principalmente com relação ao cisto ósseo aneurismático, o ceratocisto odontogênico, as lesões periapicais, a lesão de células gigantes central, o ameloblastoma e o mixoma odontogênico.

Shear (1989) considera que os cistos ósseos traumáticos sejam constituídos por uma membrana de tecido conjuntivo frouxo vascular, de espessura variável e sem revestimento epitelial, embora uma rede de fibrina com hemácias possa ser observada. Áreas hemorrágicas e pigmentos de hemossiderina estão frequentemente presentes, bem como células gigantes multinucleadas, com o que também concordam os autores Regezi e Sciubba (1983). Em algumas paredes císticas, provavelmente nos casos de longa duração, há uma maior densidade fibrosa. O osso adjacente, quando incluído na peça cirúrgica, apresenta reabsorção osteoclástica em sua superfície interna. Beasley (1976) descreveu, ainda, áreas hemorrágicas associadas a um tecido com degeneração mixóide ou necrótico.

Segundo Wood e Goaz (1983), o cisto ósseo traumático não pode ser identificado positivamente tomando por base apenas a história do paciente e as características clínicas e radiográficas. Assim, não recomendam que uma lesão com suspeita de cisto ósseo traumático seja apenas radiografada periodicamente. Como existe a possibilidade de a radiotransparência poder representar vários tipos de alterações patológicas, é necessário estabelecer um diagnóstico final.

O tratamento mais preconizado é o cirúrgico. Quanto à possibilidade de realizar apenas o acompanhamento clínico e radiográfico sem intervenção, Shear (1989) adverte que assim não se confirmará o diagnóstico final da lesão; por isso, recomenda o tratamento cirúrgico, que conduzirá ao diagnóstico e, estando a cavidade aberta, se promoverá hemorragia, resultando numa rápida obliteração da lesão. Da mesma opinião são Regezi e Sciubba (1983) e Wood e Goaz (1983), os quais consideram que, uma vez exposta a cavidade, o cirurgião necessita simplesmente

promover o sangramento da lesão antes do seu fechamento. Posteriormente à organização do coágulo, comumente ocorre o reparo ósseo, havendo poucas possibilidades de recidiva.

A aspiração prévia ao tratamento cirúrgico, com o objetivo de prevenir acidentes em casos de lesões vasculares intra-ósseas, tem sido considerada, motivo pelo qual foi realizada também no caso aqui relatado. Também cobertura antibiótica após a intervenção deve ser realizada, considerando-se a formação de hematoma intra-ósseo.

A reparação ocorre por volta de 6 a 24 meses após o estabelecimento do sangramento e fechamento da área (Rocha et al., 1996), o que justificaria a realização de radiografias periódicas de seis e doze meses para a verificação do reparo ósseo, dando-se o caso por concluído após completa reparação cicatricial do tecido.

Abstract

The authors report a case of traumatic bone cyst located in the region of left mandibular body in contiguity with the distal root of the second molar, in a 15-year-old female patient. Without clinical signs, the only contributive datum to the diagnosis was the radiographic feature, and due to the absence of the third molar germ, the differential diagnosis hypothesis of primordial cyst was fanned, besides being considered the possibility of periapical cyst, giant cell granuloma, ameloblastoma, aneurysmatic bone cyst and traumatic bone cyst. Following the puncture of the lesion, with the obtainment of a reasonable amount of sanguinary material, the clinical diagnosis of aneurysmatic bone cyst was proposed. The proposed treatment was surgical enucleation, during which, absence of cellular lesion or cystic content was observed, being evidenced a clear cavity with bony walls of complete aspect, which guided the diagnosis in the sense of being a traumatic bone cyst. After six-month follow-up, the radiographic feature evidenced satisfactory cicatricial bone repair.

Key words: simple bone cyst, hemorrhagic bone cyst, solitary bone cyst, progressive bone cyst, traumatic bone cyst.

Referências bibliográficas

- BEASLEY, J. D. Traumatic cyst of the jaws: report of 30 cases. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 92, p. 145-152, 1976.
- BRAUN, J. P. Et tilfaelde af en traumatisk knoglecyste. *Tandlaegebladet*, v. 79, p. 647-651, 1975.
- GAIT, C. Solitary bone cyst of the mandible-report of case. *Br. J. Oral Surg*, v. 13, p. 250-253, 1976.
- GORLIN, R. J.; DAMANTE, J. H. *Cistos dos maxilares, soalho bucal e pescoço*. São Paulo, 1993.
- GOWGIEL, J. M. Simple bone cyst of the mandible. *Oral Surg*, v. 47, p. 319-322, 1979.
- MARKUS, A. F. Bilateral haemorrhagic bone cysts of the mandible: a case report. *Br. J. Oral Surg*, v. 16, p. 270-273, 1978-1979.
- NEVILLE, B. W.; DAMM I. D.; ALLEN, C. M. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- OLECH, E.; SICHER, H.; WEINMANN, J. P. Traumatic Mandibular bone cysts. *Oral Surg*, v. 4, p. 1160-1172, 1951.
- REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. *Patologia bucal: correlações clínicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.
- ROCHA, W.C.; MORANDI, R.; MENDONÇA, E. F. Cisto ósseo traumático: relato de um caso. *Rev. Odontol. Brasil Central*, v. 6, n. 19, p. 32-34, set. 1996.
- RUSHTON, M. A. Solitary bone cyst the mandible. *Br. Dent. J.*, v. 81, p. 37-49, 1946.
- SHEAR, M. *Cistos da região BMF – diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Santos, 1989.
- THOMA, K. H. *Patologia oral*. 6. ed. Barcelona: Salvat, 1973-1975.
- WOOD, N. K.; GOAZ, P. W. *Diagnóstico diferencial das lesões bucais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.
- ZEGARELLI, E. V.; KUTSCHER, A. H.; HYMAN, G. A. *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

Agradecimento

Os autores agradecem aos Serviço de Radiologia e Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, pela colaboração prestada.

Endereço para correspondência

Alvimar Lima de Castro
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.
Rua José Bonifácio, 1193.
CEP: 16015-050
Araçatuba – SP
E-mail: alvimar@foa.unesp.br