

Cisto ósseo solitário em mandíbula: relato de caso clínico

Solitary bone cyst of the mandible: Clinical case report

Vilmara Geralda Francisco de Assis*

Aline de Freitas Fernandes**

Marco Antônio de Oliveira Monteiro***

Resumo

Objetivo: apresentar um caso clínico de paciente com cisto ósseo solitário em mandíbula e sua evolução após o tratamento de exploração e curetagem cirúrgica por meio de achados radiográficos. Caso clínico: paciente do sexo masculino, 45 anos, compareceu à clínica da Faculdade de Estudos Administrativos – Fead. Ao exame clínico, os tecidos se apresentavam dentro dos padrões de normalidade e ao exame radiográfico observou-se área radiolúcida unilocular, limites regulares e bem definidos em região anterior de mandíbula entre ápices dos dentes 33, 32, 31, 41 e 42, sem deslocamento desses. Para confirmação do diagnóstico, além do exame clínico, foi necessário realizar a tomografia de feixe cônico e exploração cirúrgica. Após a exploração cirúrgica foi realizada a curetagem das paredes ósseas e a preservação do caso para acompanhar a sua evolução. Considerações finais: por ser uma lesão de comportamento não agressivo, responde bem a este tipo de tratamento, sendo notável sua melhora durante o período de acompanhamento.

Palavras-chave: Cisto ósseo solitário. Pseudocisto. Cisto ósseo traumático.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i3.9125>

* Graduada em odontologia pela Faculdade Arnaldo Janssen.

** Cirurgiã-dentista; especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia (IPSEMG); especialista em Prótese Dentária (ABO MG); mestre em Clínicas Odontológicas (PUC Minas); professora de Imaginologia e Clínicas Integradas da FO-Fead. Professora de Imaginologia, Seminários e Prótese Dentária na Especialização de Prótese e Implante dentário da ABO-MG; doutoranda em Odontologia

*** Graduado em Odontologia, especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais e Implantodontia, mestre Profissional em implantodontia, doutorando em implantodontia.

Introdução

O cisto ósseo solitário é uma lesão categorizada como pseudocisto. Esse tipo de lesão não possui cápsula de revestimento epitelial, que é um aspecto do cisto verdadeiro^{1,2}.

Na Odontologia foi descrito pela primeira vez em 1929, sendo, desde então, relatado na literatura³. Possui várias nomenclaturas, como: como cisto ósseo simples, cisto ósseo unicameral, cisto ósseo solitário, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo traumático, cavidade óssea idiopática, cisto ósseo progressivo, entre outras definições^{4,5}.

É caracterizado como lesão não neoplásica e assintomática. O seu diagnóstico ocorre ocasionalmente por meio de exames radiográficos e se apresenta como uma cavidade unilocular bem definida de paredes finas⁶.

Na maioria dos casos, não ocorre perda de sensibilidade e ou mobilidadedentária⁷. Sua etiologia não é bem descrita na literatura. Acredita-se que a partir de um trauma, ocorre uma hemorragia levando à formação de coágulo e destruição óssea, ocasionando a formação do pseudocisto⁸.

É mais comum em pacientes jovens, na segunda década de vida^{8,9}. Não há um consenso entre autores, sendo que alguns relatam uma maior frequência de casos em mulheres, enquanto outros autores mostram uma maior frequência em homens¹⁰⁻¹⁵.

Esses pseudocistos se desenvolvem em várias partes do corpo, porém sua localização mais frequente é em ossos longos¹⁶. Quando pensamos na área de odontologia a maioria dos casos são encontrados em mandíbula^{1,4,5}.

O tratamento proposto por alguns autores é a exploração cirúrgica e curetagem das paredes ósseas, gerando sangramento e neoformação óssea^{2,17,18}. Já outros relatos defendem que a doença evolui a uma cura espontânea, e por isso, não há necessidade de se tratar. Esse trabalho justifica-se por caracterizar diagnóstico diferencial, visto que o cisto ósseo solitário pode ser confundido com diversas patologias encontradas na área odontologias, como cisto periapical, queratocisto, e ameloblastoma unicístico.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de paciente com cisto ósseo solitário em mandíbula e sua evolução após o tra-

tamento de exploração e curetagem cirúrgica por meio de achados radiográficos.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 45 anos, compareceu à clínica da Faculdade de Estudos Administrativos – Fead com queixa principal de “arrumar os dentes”. Ao exame clínico, os tecidos se apresentavam dentro dos padrões de normalidade e ao exame radiográfico (Figuras 1 e 2) observou-se área radiolúcida unilocular, limites regulares e bem definidos em região anterior de mandíbula entre ápices dos dentes 33, 32, 31, 41 e 42, sem deslocamento desses; o dente 42 respondeu negativamente aos testes de vitalidade pulpar e os elementos 33 e 32 apresentavam grande destruição. Durante a anamnese, o paciente relatou ter sofrido acidente durante a adolescência no qual ele sofre um trauma na mandíbula, nos relatou também que os elementos 33 e 32 haviam sido submetidos a vários tratamentos endodônticos.

Afim de uma análise mais avançada foi realizado o exame tomográfico de feixe cônico, em seu laudo o diagnóstico para lesão foi dado como compatível com Cisto periapical/ cisto ósseo traumático/ queratocisto/ ameloblastoma unicístico.



Figura 1 – Radiografia panorâmica com área radiolúcida unilocular, limites regulares e bem definidos em região anterior de mandíbula entre ápices dos dentes 33 ao 42

Fonte: autores.



Figura 2 – Radiografias periapicais dos dentes anteriores com área de lesão radiolúcida unilocular

Fonte: autores.

A hipótese do diagnóstico diante dos exames e da história medica foi de cisto ósseo solitário e o tratamento de escolha foi exploração cirúrgica e exodontia dos restos radiculares dos dentes 32 e 33. O paciente foi esclarecido e orientado a assinar o termo de consentimento livre esclarecido.

• Procedimento cirúrgico

Foi realizada técnica anestésica Gow Gates do esquerdo e mentoniana do lado direito ambos em mandíbula, o anestésico de escola foi a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. A insição de escolha foi a tipo Newmann com auxílio de cabo de bisturi e lamina 15c e sindesmotomia com sidesmótomo e descolador de molt n. 9, expondo área cirúrgica. Foram usadas alavancas Heidbrink com movimentos de cunha, sarilho e alavanca para deslocamento das raízes e luxação com fórceps até a completa avulsão das raízes. Após a retirada dessas, observou-se uma cavidade vazia sem revestimento epitelial realizou-se curetagem na janela óssea, irrigação com soro e formação de novo coágulo. A ferida cirúrgica foi suturada com fio de seda 4.0.

Após cinco meses do procedimento cirúrgico foram realizados novos exames radiográficos (Figura 3 e 4) e pode se observar remodelação óssea na região operada, e aos exames de vitalidade pulpar somente o dente 42 continuou com resposta negativa.



Figura 3 – panorâmica com pós-operatório de cinco meses
Fonte: autores.

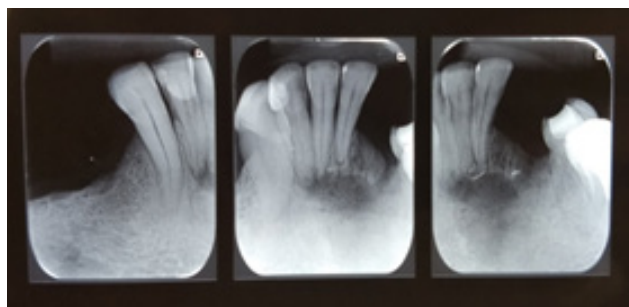


Figura 4 – Periapical dos dentes anteriores e neo-formação óssea na área de lesão

Fonte: autores.

No pós-operatório de um ano o paciente evoluiu sem queixas e ao novo exame radiográfico (figura 5) que área de defeito ósseo com quase completa formação óssea.



Figura 5 – Radiografia de controle um ano após o procedimento cirúrgico

Fonte: autores.

Discussão

Existem várias patologias que podem ser confundidas com cisto ósseo solitário, o que torna difícil seu diagnóstico conclusivo. Algumas patologias que podem ser diagnóstico diferencial são: cisto dentígero, tumor odontogênico queratocístico, tumor odontogênico adenomatoide, ameloblastoma e granulomacental de células gigantes^{1,19}.

O paciente do presente relato não apresentava sintomatologia, a lesão foi descoberta através de achados radiográficos de exames complementares. Na literatura está descrito como lesão não neoplásica e assintomática, não ocorre perda de sensibilidade e ou mobilidade dentária^{6,7}.

A patologia acomete na maioria dos casos a mandíbula e o presente estudo vai de encontro com diversos autores, já que a lesão foi localizada em região anterior de mandíbula^{1,4,5}. Sua etio-

logia é incerta e muito discutida na literatura, isto justifica as várias nomenclaturas para esta lesão^{4,5,6,23}. Várias teorias foram estudadas para entender seu aparecimento como a degeneração de tumor ósseo, metabolismo do cálcio alterado, infecção de baixo grau, obstrução venosa, aumento da osteólise, alterações locais de crescimento ósseo, trauma e sangramento local, assim como a associação desses fatores^{1,4,18}. A teoria mais aceita e com melhor explicação por autores é de trauma- hemorrágico isto porque os pacientes relatam trauma ocorrido na maioria dos casos, assim como no presente estudo. Segundo sugerido por essa teoria, sua ocorrência se dá após um trauma sem ocorrência de fratura óssea, levando a uma hemorragia intramedular, ativando osteoclastos, promovendo a liquefação do coágulo e substituição do mecanismo de reparo normal, originando um defeito ósseo⁸.

Vários tratamentos foram relatados entre eles ressecção, curetagem, enxerto ósseo, injeção de corticosteróides e, mais recentemente, injeção de medula óssea autóloga^{20, 21}. Porém, o tratamento mais indicado é a curetagem cirúrgica^{6, 8, 22}. A existência de casos clínicos de cisto ósseo simples que regrediram de forma natural sustenta a opção de uma observação clínico-radiográfica em perda da intervenção cirúrgica^{8, 22, 24}. No relato apresentado, o tratamento escolhido foi à curetagem cirúrgica, com cinco meses observou-se que a lesão havia diminuído e após um ano quase completa remodelação óssea, sugerindo eficácia da técnica.

São raros os relatos de recidiva e normalmente está ligada a escolha inadequada da técnica, por isso se recomenda que acompanhamento por um período da área operada, com isso se detecta falhas ao tratamento^{6,12,22}. Autores sugerem que há recorrência da lesão três meses após o tratamento, por isso o recomendado e o controle radiográfico em períodos curtos de tempos¹³.

Considerações finais

Por se tratar de uma patologia que pode ser confundida por ter características semelhantes a outras lesões, deve ser realizado um exame clínico metucioso, exames de imagens bem detalhados e um planejamento cirúrgico que é, geralmente, a

curetagem e a exploração da lesão, de modo a se descobrir uma cavidade patológica vazia. Por ser uma patologia de comportamento não agressivo, o cisto ósseo solitário responde bem a esse tipo de tratamento, portanto, regredindo na maioria dos casos.

Abstract

Objective: To present a clinical case report of a patient with solitary bone cyst of the mandible and its evolution after exploration and surgical curettage treatment through radiographic findings. **Case report:** A 45-year-old male patient attended the clinic of the School of Administrative Studies - FEAD. The clinical examination showed normal tissues and the radiographic examination showed unilocular radiolucent area and regular and well-defined boundaries in the anterior mandible between the apexes of teeth 33, 32, 31, 41, and 42, without displacement. To confirm the diagnosis, in addition to the clinical examination, cone beam tomography and surgical exploration were required. After the surgical exploration, bone wall curettage and case preservation were performed to monitor the evolution. **Final considerations:** Considering it is a non-aggressive lesion, it responds well to this type of treatment, with considerable improvement during follow-up.

Keywords: Solitary bone cyst. Pseudocyst. Traumatic bone cyst.

Referências

1. Kumar ND, Sherubin JE, Raman U, Shettar S. Solitary bone cyst. *Indian J Dent Res* 2011;22(1):172-4.
2. Toledo GL, Marzola C, Toledo-Filho JL, Capelari MM, Moura LA. Cisto Ósseo Traumático—Caso Clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2009; 50(4):237-241.
3. Lucas CD. Do all cysts of the jaw originate from the dental system? *J Am Dent Assoc* 1929; 16:647-661.
4. Martins-Filho PR, Santos TS, Araújo VLC, Santos JS; Andrade ESS, Silva LCF. Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012; 78(2):16-21.
5. Valladares CP, Israel MS, Noletto JW, Braga CLS, Lourenço SQC, Dias EP. Cisto ósseo simples em pacientes sob tratamento ortodôntico – relato de dois casos. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2008; 13(2):132-7.
6. Penarrocha-Diago M, Sanchis-Bielsa JM, Bonet-Marco J, Minguez-Sanz JM. Surgical treatment and follow-up of solitary bone cyst of the mandible: a report of seven cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001; 39:221-3.
7. MacDonald-Jankowski D. Traumatic bone cysts in the jaws of a Hong Kong Chinese population. *Clinical Radiology* 1955; 50:787-91.

8. Shear M. Cistos da região bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos; 1999.
9. Guerra ENS, Damante JH, Janson GRP. Relação entre o tratamento ortodôntico e o diagnóstico do cisto ósseo traumático. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial 2003; 8(3):41-8.
10. Campanacci M, Capanna R, Picci P. Unicameral and aneurismal bone cysts. Clin Orthop 1986; 204:25-36.
11. Beasley JD. Traumatic cyst of the jaws: report of 30 cases. J. Amer Dent Ass 1955; 8(9):958-6.
12. Baqain ZH, Jayakrishnan A, Farthing PM, Hardee P. Recurrence of a solitary bone cyst of the mandible: case report. Br J Oral Maxillofac Surg 2005; 43(8):333-5.
13. Mtsaumura S, Murakami S, Kakimoto N, Furukawa S, Kishino M, Ishida, et al., Histopathologic and radiographic findings of the simple bone cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 85:619-25.
14. Hansen L, Sapone J, Sproat R. Traumatic bone cysts of jaws. Report of sixty-six cases. Oral Surg 1974; 37:899-910.
15. Jacobs MH. The traumatic bone cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1955; 8:940-9.
16. Scaglietti O, Marchetti PG, Bartolozzi P. The effects of methylprednisolone acetate in the treatment of bone cysts. Results of three years follow-up. J Bone Joint Surg Br 1979; 61:200-4.
17. Toledo GL, Marzola C, Toledo-Filho JL, Capelari MM, Moura LA. Cisto Ósseo Traumático – Caso Clínico. Ver PortEstomatolMed Dent Cir Maxilofac 2009; 50(4): 237-41.
18. Perdigão PF, Silva EC, Sakurai E, Soares de Araújo N, Gomez RS. Idiopathic bone cavity: a clinical, radiographic and histological study. Br J Oral and Maxillofac Surg 2003; 41(6): 407-9.
19. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 4. ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2016.
20. Fielding AF, Loudon RD, Johnson ARDH. Simple Bone Cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1999; 88(3): 277-8.
21. Lokiec F, Wientroub S. Simple bone cyst: etiology, classification, pathology, and treatment modalities. J Pediatr Orthop 1998; 7(4): 262-73.
22. Tong AC, Ng IO, Yan BS. Variations in clinical Presentations of the simple bone cyst: report of cases. J. Oral Maxillofac Surg 2003; 61(12):1487-91.
23. Paiva LCA, Menezes FS, Porto GG, Cerqueira PRF. Cisto Ósseo Simples – Relato de Caso. Rev Cirurgia Traumatol Bucod-maxilo-facial 2011; 11(2):15-20.
24. Sapp JP, Stark ML. Self-healing traumatic bone cysts. oral surg. Oral Med Oral Pathol 1990; 69(5):597-602.

Endereço para correspondência:

Vilmara Geralda Francisco de Assis
Endereço: Rua Monsenhor Rafael Coelho, nº 182 -
Barro Preto
CEP 35420-000, Mariana - MG, Brasil
Tel: (31) 984704888
Email: vilmara_assis@hotmail.com

Recebido: 21/02/19. Aceito: 22/10/19.