

Cisto Ósseo Traumático – Caso Clínico

Gustavo Lopes Toledo*, Clóvis Marzola**, João Lopes Toledo Filho***

Marcos Maurício Capelari****, Leonardo Alonso Moura*****

Resumo: Descoberto geralmente de forma acidental, em avaliações de rotina, o cisto ósseo traumático, também chamado de cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo solitário ou cisto unicameral, não ocorre frequentemente. É centro de muitas discussões uma vez que apresenta etiologia desconhecida, podendo ser confundido com cisto dentífero, ceratocisto odontogénico, tumor odontogénico adenomatóide, ameloblastoma, granuloma central de células gigantes ou ainda, estar associado com outra patologia como púrpura trombocitopénica. O tratamento cirúrgico consiste na curetagem da cavidade e do seu conteúdo, podendo ser de característica gasosa, líquida ou semi-sólida. O presente artigo traz um levantamento bibliográfico, bem como o relato de um caso clínico-cirúrgico.

Palavras-Chave: Patologia bucal; Cistos odontogénicos; Cistos ósseos

Abstract: Discovered in a generally accidental, routine assessment of the traumatic bone cyst, also called hemorrhagic cyst bone, bone cyst lonely, or unicameral cyst, occurs with little frequency. It is center of much discussion since it presents unknown etiology. It can be confused with dentigerous cyst, odontogenic keratocyst, adenomatoid odontogenic tumors, ameloblastoma, granuloma central giant cell or, to be associated with another condition as thrombocytopenic purple. The surgery is the curettage of the cavity and its contents, which may be characteristic of gas, liquid or semi-solid. This article brings a bibliographic survey and the report of a surgical clinic case.

Key-words: Oral Pathology; Odontogenic cysts; Bone cysts

(Toledo GL, Marzola C, Toledo Filho JL, Capelari MM, Moura LA. Cisto Ósseo Traumático – Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2009;50:237-241)

*Professor do Curso de Especialização e Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da APCD Regional de Bauru, do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru e Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF, Mestrando em Biologia oral – Anatomia da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – FOB-USP

**Professor Titular aposentado de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOB-USP

***Professor Titular de Anatomia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo

****Professor do Curso de Especialização e Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da APCD Regional de Bauru e do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru e Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF

*****Residente do Curso de Especialização e Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da APCD Regional de Bauru e do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru e Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF

INTRODUÇÃO

A primeira referência do cisto ósseo traumático, também denominado cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo solitário, cisto unicameral ou ainda cavidade óssea progressiva é de 1929^(1,2). Àquela época, tal patologia era considerada bastante incomum, entretanto, com o advento das radiografias panorâmicas, seu diagnóstico passou a ser mais frequente⁽³⁾.

É muito semelhante ao cisto ósseo solitário ou unicameral localizado nas extremidades superiores do úmero e fêmur de crianças e adolescentes⁽³⁾.

Inicia-se em pacientes muito jovens, sendo descobertos em exames radiográficos de rotina, haja vista que, tal alteração não apresentar sintomatologia dolorosa em 80% dos casos⁴. Ao exame clínico, geralmente não traz abaulamento cortical, possuindo resposta positiva aos testes de vitalidade pulpar e, quando questionado, o paciente, raramente refere sensação de plenitude. Não se nota sinais e sintomas, a menos que haja algum sinal infeccioso⁽⁵⁾.

Sua etiologia ainda é considerada desconhecida e, muitas teorias têm sido levantadas sobre a origem desse cisto. A mais plausível seria de que um trauma levaria a um foco hemorrágico intramedular pós-traumático, com a decomposição do coágulo

lo por irritantes, sendo induzida a reabsorções ósseas, vindo a formar uma cavidade central, contendo tecido de granulação revestido por uma membrana fibrosa^(1,6).

Denominado de maneira eventual, o cisto ósseo traumático é, na verdade um pseudocisto, já que no verdadeiro, nota-se cápsula e revestimento epitelial. Observa-se em seu conteúdo preenchimento por gás, líquido ou material semi-sólido⁽⁶⁾.

Radiograficamente apresenta-se bem circunscrito. Num estudo de 23 casos de cisto ósseo simples, todas as lesões foram encontradas na mandíbula, das quais 2 apresentavam-se na forma multilobular⁷. Normalmente não se verifica deslocamento da cortical vestibular. Em 70% dos pacientes, há envolvimento íntimo da lesão com as raízes dos dentes⁽¹⁾.

Em exame microscópico observam-se sangue coagulado, fibrina e ocasionalmente células gigantes⁽⁶⁾.

Não há um consenso claro na literatura no que se refere à predominância do género ou idade. Com respeito à idade encontra-se mais comumente entre a segunda e terceira décadas de vida. Existem duas prováveis razões da maior ocorrência da patologia em menores de 20 anos, a primeira porque é mais comum serem submetidos a exames radiográficos e, a segunda porque estes recorrem com mais frequência ao médico dentista⁽⁶⁾.

O objectivo deste trabalho foi demonstrar que, apesar de um diagnóstico minucioso, o cisto ósseo traumático, tem resolução simples e prognóstico extremamente favorável. Para tanto, além do levantamento bibliográfico um caso clínico-cirúrgico foi apresentado, justificando-se sua apresentação pela importância que representam no diagnóstico final.

CASO CLÍNICO

Paciente de 12 anos, género feminino, melanoderma, residente do município de Bauru-SP-Brasil, compareceu ao Instituto de Cirurgia e Reabilitação Bucomaxilofacial de Bauru (ICBB), em função do aparecimento de imagem radiolúcida, evidenciada através de exame ortopantomográfico de rotina para tratamento ortodôntico, na região de corpo mandibular esquerdo. Na anamnese, a paciente não referiu queda ou qualquer tipo de trauma na região. Ao exame extra-oral, não se observou abaulamento ou discrepância facial. Durante inspecção intra-oral, os testes de vitalidade pulpar térmica e percussiva foram positivos, não havendo aumento de volume nas tábuas ósseas, vestibular e lingual.

Ao exame radiográfico (Figura 1), observou-se área radiolúcida de dimensões nítidas, com extensão méso-distal de aproximadamente 24 mm, por 15 mm do teto ao soalho da câma-

ra do cisto, ou base mandibular. Importante notar que não houve reabsorção dos ápices radiculares. Para melhor mensuração das tábuas vestibular e lingual, solicitou-se tomografia computadorizada, na qual foi possível visualizar discretos sinais de reabsorção (Figuras 2, 3 e 4).

Com os dados clínicos colectados, exames imageológicos analisados e hipótese diagnóstica de cisto ósseo traumático, foi proposta biópsia excisional. Com a paciente sob anestesia local, por meio de uma incisão no fundo do vestibulo e, com a utilização de broca tronco cônica 701, em baixa rotação sob irrigação abundante de soro fisiológico 0,9%, realizou-se pequena perfuração possibilitando a punção do líquido do interior da câmara, sendo observado conteúdo sanguinolento de coloração escura (Figura 5). Em seguida, ampliou-se a osteotomia em um



Figura 1 - Radiografia ortopantomográfica realizada a pedido do ortodontista



Figura 2 - Imagem tomográfica, na qual observamos extensão méso-distal da lesão cística.



Figura 3 - Imagem tomográfica, na qual observamos extensão vestibulo-lingual da lesão cística.

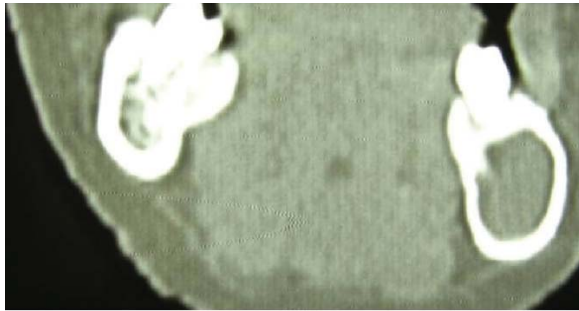


Figura 4 - Imagem tomográfica evidenciando a preservação das tábuas corticais.

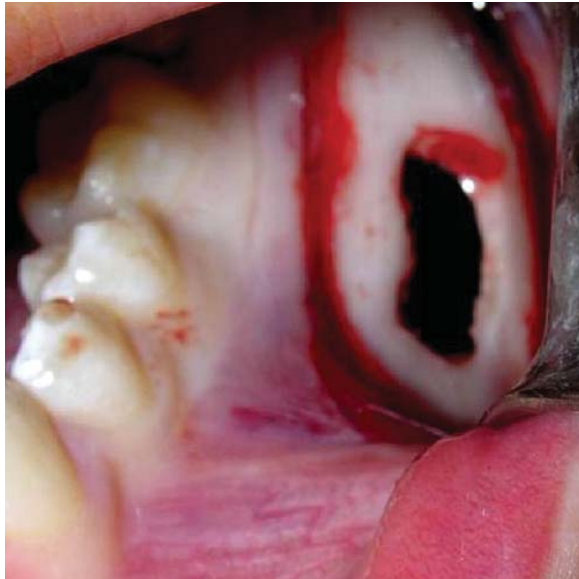


Figura 5 - Aspecto trans-cirúrgico da cavidade cística.



Figura 6 - Aspecto radiográfico pós-operatório de 15 meses com sinais evidentes de neo-formação óssea.

quadrilátero de 1,0 x 2,0 cm, da porção cortical vestibular para visualização completa da loja cística. É fundamental mencionar a ausência de epitélio. O tecido ósseo coletados, bem como o líquido puncionado, foram encaminhados ao exame microscópico que acusaram padrões de normalidade. Após a devida curetagem e irrigação do leito cirúrgico, suturou-se o tecido mucoso com fio nylon 5,0. Realizou-se acompanhamento pós-operatório de 15 meses e observou-se neo-formação óssea na região do cisto (Figura 6).

DISCUSSÃO

Apesar de ser considerada uma patologia pouco comum, o cisto ósseo traumático releva importantes celeumas, até mesmo se pode ou não ser considerado um cisto, haja vista, não possuir membrana, quesito fundamental para ser classificado como tal. Portanto, pode ser definido como pseudo-cisto⁽³⁾. Seu tratamento é relativamente simples, e seu prognóstico é bom^(1,6). No caso apresentado, foi escolhida exploração cirúrgica da lesão, o que está de acordo com a grande maioria dos autores consultados. Contudo, a literatura não é clara quanto à predileção ao gênero e à idade. Em um estudo, a faixa etária mais encontrada foi entre 11 e 20 anos⁽⁸⁾. Em outro, a idade variou entre os 8 e 59 anos⁽⁹⁾. Quanto ao gênero as discordâncias continuam. Alguns autores⁽⁴⁾ referem predileção da patologia pelo feminino, já outros autores⁽⁶⁾ relataram que dos 204 casos descobertos no trabalho 59% eram homens e 41% mulheres. Neste caso a paciente era do gênero feminino e, encontrava-se com 12 anos, estando em acordo com a maioria dos autores.

Quanto à disposição topográfica, o cisto pode ocorrer em regiões de pré-molares, molares e ramo ascendente da mandíbula⁽¹⁰⁾. Os autores observaram a ocorrência de 25 % na maxila⁽¹¹⁾. Este tipo de cisto ocorre predominantemente na mandíbula⁽⁴⁾. No caso apresentado observou-se o cisto na região de corpo mandibular esquerdo, corroborando com a literatura consultada que teve na mandíbula a principal incidência da patologia.

No que se refere aos achados clínicos, essa patologia geralmente apresenta-se assintomática, sem sintomas de plenitude ou necrose pulpar^(1,3,6). Todavia, não se deve descartar a possibilidade da expansão cística ocasionar aumento de pressão na raiz dos dentes envolvidos e, tal força causarem a diminuição temporária da resposta ao teste elétrico⁽⁴⁾. O efeito sobre as corticais ósseas, vestibular e lingual é pequeno, não se notando expansão, com o cisto envolvendo as raízes dos dentes erupcionados e, contornando-as. A lâmina dura pode ou não estar envolvida⁵. Em um estudo, dos 255 casos relatados, 61% eram assintomáticos e as lesões foram descobertas ao exame de rotina; 18% referiram dor^(2,8,10). Neste caso apresentado o cisto foi um achado radiográfico, sem qualquer sintomatologia e, sem abaulamento da cortical óssea vestibular, além de vitalidade pulpar dos dentes envolvidos, concordando, na eventualidade, com a grande maioria dos autores.

Os achados radiográficos, apesar de importantes, não são suficientes para o encerramento do diagnóstico, mesmo quando lançados exames mais refinados como tomografia computadorizada ou ressonância magnética^(11,12,13). No presente caso foi solicitado exame de tomografia computadorizada para determi-

nação precisa dos limites da lesão, não estando em comum com a literatura consultada que, na maioria dos casos, a ortopantomografia foi o único exame imageológico solicitado.

Em exame microscópico observam-se sangue coagulado, fibrina e, ocasionalmente células gigantes^(5,14). O cisto ósseo traumático é considerado um pseudo-cisto, por não conter epitélio^(15,16,17). No caso cirúrgico apresentado foram encontrados apenas fragmentos ósseos de aspecto compacto, mostrando osteócitos preservados e em arranjo regular. Além de não se observar parede cística em continuidade com tecido ósseo, estando de acordo com as demais pesquisas avaliadas.

O tratamento cirúrgico é simples, consistindo na curetagem e inspeção da câmara cística e, normalmente nesta manobra fica evidenciada uma hemorragia passageira, finita e muito importante, pois resultará em um coágulo, além de nova formação óssea. Todavia, pode-se optar pelo fechamento por segunda intenção, com curativos com gaze furacinada com troca a cada 02 dias, por 20 dias e irrigação da cavidade remanescente com soro fisiológico 0,9% e bochecho com gluconato de clorexidina 0,12%, 03 vezes ao dia 4,6,8,18. No tratamento cirúrgico em pauta foi apenas empregada curetagem da lesão que é a técnica mais empregada pela maioria dos artigos consultados.

A utilização de enxertos ósseos autógenos tem sido proposta para acelerar o processo de regeneração óssea, uma vez que serão observados os quesitos, osteoindutor, diferenciando células mesenquimais, o osteocondutor promovendo um arcabouço estrutural e, o osteogénico com o transplante de células osteo-

blásticas viáveis para produção de osso. O plasma rico em plaquetas também tem se mostrado eficaz na regeneração óssea⁽¹³⁾. No caso apresentado não foi utilizado nenhum material para preenchimento da loja cirúrgica, seguindo o levantamento bibliográfico proposto.

Quanto ao tratamento ortodôntico, poderá ser reiniciado após seis meses do procedimento cirúrgico, cabendo ao cirurgião a responsabilidade do acompanhamento radiográfico e consequente liberação^(1,6). A paciente foi liberada para tratamento ortodôntico após seis meses do tratamento cirúrgico, de acordo com a literatura analisada.

CONCLUSÕES

Com base na revista de literatura e no caso clínico cirúrgico apresentado, é lícito concluir:

- 1 - O cisto ósseo traumático é um achado radiográfico;
- 2 - O sucesso do tratamento depende do preenchimento da cavidade com qualquer material;
- 3 - A localização na região posterior da mandíbula, a ausência de abaulamento das corticais ósseas e a presença de vitalidade pulpar dos dentes, são achados frequentes;
- 4 - A tomografia computadorizada é um exame complementar que pode ser utilizado para delimitação precisa da lesão;
- 5 - A liberação para tratamento ortodôntico, quando necessário, é indicada seis meses após a cirurgia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Marzola C. Cirurgia pré-protética. 3ª ed. São Paulo: Ed. Pancast, 2002.
- 2 - Dellinger TM, Holder R, Livingston HM, Hill WJ. Alternative treatments for traumatic bone cyst: a longitudinal case report. Quintessence International. 1998; 8(29): 497-502.
- 3 - Teixeira RG, Bueno CES, Miranda ME, Hofling RTB, Bussadori SK. Cisto ósseo simples. RGO. 2003; 51(4): 243-248.
- 4 - Jacobs MH. The traumatic bone cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1955; 8: 940-949.
- 5 - Gowgiel JM. Simple bone cyst of the mandible. J Oral Surg. 1979; 4(47): 319-322.
- 6 - Lago CA, Cauas M, Pereira AM, Portela. Cisto ósseo traumático em mandíbula: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxillo-Fac. 2006; 2(6): 23-27.
- 7 - Forssel K, Forssel H, Happonen P, Neva M. Simple bone cyst. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988; 17: 21-24.
- 8 - Kuroi M. Simple bone cyst of jaw: review of the literature and report of case. J Oral Surg. 1980; 38: 456-8.
- 9 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & maxillofacial pathology. Philadelphia: Saunders, 1995.
- 10 - Saito Y, Hoshiko Y, Nagamine T, Nakajima T, Susuki M, Hayashi T. A clinical and histopathologic study of fifteen cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992; 74: 487-91.
- 11 - Matsumura S, Murakami S, Kakimoto N, Furukawa S, Kishino M, Ishida T, et al. Histopathologic and radiographic findings of the

- simple bone cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 85: 619-25.
- 12 - Mupparapu M, Singer SR, Milles M, Rinaggio. Simultaneous presentation of focal cemento-osseous dysplasia and simple bone cyst of mandible masquerading as a multilocular radiolucency. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2005; 34: 39-43.
- 13 - Precious DS, Mcfadden LR. Treatment of traumatic bone cyst of mandible by injection of autogeneic blood. *Oral Surg.* 1984; 58: 137-140.
- 14 - Blum T. Unusual bone cavities in the mandible: a report of three cases of traumatic bone cysts. *J Am Dent Assoc.* 1932; 19: 281-302.
- 15 - Suei Y, Taguchi A, Kurabayashi T, Kobayashi T, Kobayashi, Nojiri M, et al. Simple bone cyst: investigation on the presence of gas in the cavity using computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 86: 593-4.
- 16 - Suei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Simple bone cyst of the jaws: evaluation of treatment outcome by review of 132 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 918-923.
- 17 - Suei Y, Tanimoto K, Wada. Simple bone cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 77: 296-301.
- 18 - Campos PSF, Panella J, Crusoé-Rebello IM, Azevedo RA, Pena N, Cunha T. Mandibular ramus-related Stafne's bone cavity. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2004; 33: 63-66.

