

CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO - RELATO DE CASOS

Traumatic bone cyst – Cases report

Jeanna Macêdo **COELHO** *
Beatriz de Souza **OLIVEIRA** *
Diliege Ferreira de **REZENDE** *
Elismauro Francisco **MENDONÇA** **
Clóvis Martins **SILVA** ***
Satiro **WATANABE** ****

RESUMO

O cisto ósseo traumático ocorre freqüentemente em pacientes jovens, com predileção para o sexo masculino e região mandibular. Em geral, são diagnosticados através de exames radiográficos de rotina. O objetivo desse trabalho é descrever a etiopatogênese da doença e relatar alguns casos clínicos com as características radiográficas peculiares.

UNITERMOS

Cisto ósseo traumático, Lesão osteolítica, Mandíbula.

INTRODUÇÃO

O Cisto Ósseo Traumático (COT) foi descrito inicialmente por Lucas em 1929^{7,9,11,13}. Por não haver revestimento epitelial, é denominado pseudocisto com imagem radiotransparente.^{2,4,12,16} Em função das diferentes teorias que procuraram explicar a etiopatogênese desta lesão, várias denominações têm sido utilizadas: cisto ósseo solitário, cisto ósseo simples, cisto hemorrágico, cisto de extravasamento e cavidade óssea idiopática. No entanto, o termo COT é o mais comumente utilizado.^{1,3,5,6,14}

REVISÃO DE LITERATURA

A etiologia e a patogênese do COT está longe de ser estabelecida conclusivamente. Inúmeras teorias têm sido propostas. A teoria mais aceita é a de que a lesão seja resultante de uma hemorragia intramedular após uma injúria traumática. De acordo com a mesma, ao invés de ocorrer uma organização precoce do coágulo com a formação de tecidos de granulação e posteriormente ósseo, há uma degeneração do mesmo que pode impedir o preenchimento da cavidade por tecido ósseo. Em decorrência da restrição vascular, a lesão promove lise óssea contínua, e geralmente estabiliza-se quando atinge as corticais ósseas, não levando a expansão das corticais. No entanto, há divergência com relação a essa teoria em virtude da não associação de muitas lesões com história de trauma e

devido ao fato de que o COT quase nunca ocorre na tibia¹⁵.

Outras teorias que tentam explicar a sua etiologia são: inflamações de baixo grau, anormalidades vasculares intra-ósseas, degeneração de tumores ósseos, alterações locais do metabolismo ósseo e trauma.^{1,15}

Este cisto é mais freqüente em pacientes jovens, com idade até 25 anos, na proporção de 3:2 para o sexo masculino.^{1,9,10}

O diagnóstico diferencial deve incluir cisto periodontal lateral, lesão central de células gigantes, tumor queratocístico odontogênico (antigo queratocisto odontogênico), ameloblastoma, mixoma odontogênico e cisto ósseo aneurismático. Em alguns casos o COT tem sido relatado em associação com a displasia óssea florida, displasia cementária periapical e displasia fibrosa.^{1,3,10}

Muitos desses cistos são assintomáticos e encontrados durante exame radiográfico de rotina ou em radiografias indicadas especialmente para planejamento ortodôntico, entretanto, alguns pacientes podem apresentar-se com dor, edema, sensibilidade dentária e menos comumente, fistula, reabsorção radicular, parestesia e fratura patológica. Na maioria das vezes, o teste de sensibilidade pulpar dos dentes envolvidos é positivo.^{1,14,15}

Radiograficamente, apresentam-se como áreas radiotransparentes bem demarcadas, com margens irregulares,

* Estagiárias do Serviço de Odontologia do HAJ/ACCG

** Coordenador do Serviço de Odontologia do HAJ/ACCG e Professor da FO/UFG.

*** Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do HAJ/ACCG e Professor da FOA.

**** Cirurgião Buco-Maxilo-Facial e Professor da FO/UFG e UniEvangélica

mas definidas por uma tênue cortical. Assumem tamanhos e formas variadas, e o mais comum é a presença de contornos crenados (*scalloping*) entre os dentes. Este aspecto é característico desse tipo de cisto, não ocorrendo em nenhuma outra lesão cística¹⁵. No entanto, variações podem ser encontradas: pequenos e numerosos focos radiopacos dentro da área radiotransparente tornando a exploração cirúrgica essencial para o diagnóstico^{3,14}. Além de auxiliar no diagnóstico, este é um dos tratamentos preconizados, antecedido por aspiração a fim de prevenir acidentes, em casos de lesões vasculares intra-ósseas.

No momento da cirurgia, pouco ou nenhum tecido pode ser obtido e o mesmo deve ser encaminhado para análise histopatológica. Este tecido, normalmente, trata-se de uma combinação de tecido conjuntivo fibroso ou tecido de granulação, coágulo sanguíneo e fluido sanguinolento¹⁰.

CASOS CLÍNICOS

1º Caso Clínico

Paciente A.P., 17 anos, masculino, leucoderma, foi encaminhado, ao serviço de cabeça e pescoço – equipe de odontologia do HAJ - ACCG, por um cirurgião-dentista, que detectou área radiotransparente na região dos dentes 32, 33, 34 e 35 através de exame radiográfico panorâmico para verificação dos 3ºs molares (Figura 1). Durante a anamnese, o paciente não relatou nenhuma sintomatologia e no exame físico não foi evidenciado sinal clínico de doença. No exame físico extrabucal não foi observada nenhuma assimetria. No exame intrabucal, o paciente apresentava boas condições dentárias e nenhuma evidência de expansão das corticais. O exame radiográfico demonstrou área radiotransparente na região de 32 a 35, de aspecto bem delimitado, com uma cortical tênue, cuja hipótese diagnóstica foi de uma possível lesão cística intra-óssea. Exames pré-operatórios foram solicitados e complementados por radiografia oclusal e periapical (Figuras 2 e 3). Realizou-se punção aspirativa que foi negativa para líquido amarelo-citrino e sangue. Seguiu-se, então, cirurgia exploratória com remoção de três fragmentos, os quais foram encaminhados para exame histopatológico, cujo resultado foi compatível com COT. Vinte e um dias após a cirurgia, o paciente

retornou apresentando bom estado geral e foram marcados retornos com radiografias panorâmicas em intervalos de 3/6 meses (Figuras 4 e 5). O paciente apresenta, no momento, bom reparo ósseo e se encontra em acompanhamento.



Figura 1 - Radiografia panorâmica inicial



Figura 2 - Radiografias periapicais iniciais

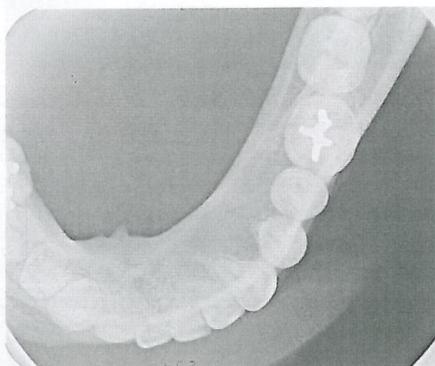


Figura 3 - Radiografias Oclusal de Mandíbula



Figura 4 - Radiografia Panorâmica após 02 meses



Figura 5 - Radiografia Panorâmica Final - reparo ósseo

2º Caso Clínico

Paciente E.R.R.O., 16 anos, sexo feminino, leucoderma, procurou um cirurgião dentista para realizar tratamento ortodôntico. Após os exames clínico e radiográfico, não foi recomendado o uso de aparelho, porém foi diagnosticada na radiografia panorâmica uma lesão mandibular osteolítica (Figura 6). A paciente, foi encaminhada ao Serviço de Odontologia do HAJ - ACCG e durante a anamnese não relatou sintomatologia. A mesma, apresentava boas condições dentárias e não havia evidências de alteração local. Foi solicitada radiografia periapical da região (molares inferiores esquerdo), e a imagem radiográfica sugeriu área osteolítica. A paciente, foi portanto, orientada quanto à necessidade de acompanhamento e do procedimento cirúrgico. Atualmente, pós-exploração cirúrgica houve a completa remissão da lesão.

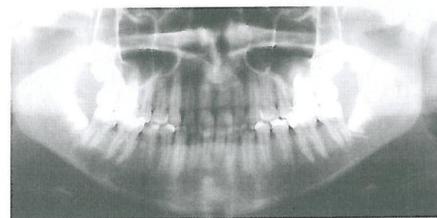


Figura 6 - Radiografia Panorâmica

3º Caso Clínico

Paciente J.G.Q., 19 anos, sexo masculino, leucoderma, foi encaminhado ao Serviço de Odontologia do HAJ/ACCG, em julho de 2001, após detecção de uma área radiotransparente no corpo da mandíbula, lado direito, por um cirurgião dentista, através de exames radiográficos para fins ortodônticos (Figura 7). Não foram relatados, durante a anamnese, trauma local e sintomatologia. No exame físico extrabucal não foi evidenciada assimetria facial. No exame físico intrabucal, observaram-se boas condições dentárias e nenhuma evidência de expansão das corticais. Radiograficamente; notou-se área radiotransparente bem delimitada na região de 44, 45 e 46, com ausência de reabsorções radiculares e de deslocamentos dentários (Figura 8). Foi realizada punção aspirativa antes da abordagem cirúrgica, obtendo-se líquido cístico. Seguiu-se, então a curetagem das paredes da cavidade, não constatando a presença de cápsula cística. Foram enviados fragmentos teciduais para

análise histopatológica, cujo resultado associado à exploração cirúrgica e à história clínica confirmou o diagnóstico de COT. O tratamento estabelecido foi a indução de sangramento através da curetagem das paredes da cavidade. O paciente retornou após 1 mês, apresentando bom estado geral. Solicitou-se radiografia panorâmica dos maxilares, na qual foi observada área osteolítica de limites bem definidos naquela região, sugerindo reparação óssea (Figura 9). O paciente continua em acompanhamento.

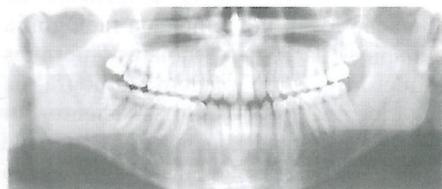


Figura 7 - Radiografia Panorâmica Inicial



Figura 8 - Radiografias Periapicais

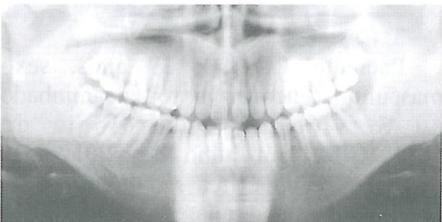


Figura 9 - Radiografia Panorâmica Final

4º Caso Clínico:

Paciente L.B.S., 15 anos, sexo feminino, leucoderma, procurou um cirurgião dentista para remoção dos 3^{os} molares. Solicitou-se a radiografia panorâmica dos maxilares e observou-se área radiotransparente na região de corpo de mandíbula esquerdo (Figura 10). A paciente afirmou não ter havido trauma local. Clinicamente, no exame físico extrabucal não se observou assimetria facial. No exame intrabucal, não havia nenhuma evidência de expansão cortical. Radiograficamente, a área radiotransparente apresentava-se circunscrita, delimitada por halo radiopaco na região dos dentes 33, 34, 35 e 36, cujos ápices estavam envolvidos,

porém, os dentes eram positivos ao teste de vitalidade pulpar. O tratamento instituído foi cirúrgico, com punção aspirativa prévia, através da qual obteve-se líquido sanguinolento. Curetagem foi realizada e não foi observada a presença de cápsula cística. Este resultado aliado à história clínica e ao exame radiográfico, confirmou o diagnóstico de COT. A paciente retornou após 2, 6 e 12 meses, com radiografias panorâmicas para o acompanhamento do caso, nas quais foram observadas o processo de reparo ósseo (Figuras 11, 12 e 13).

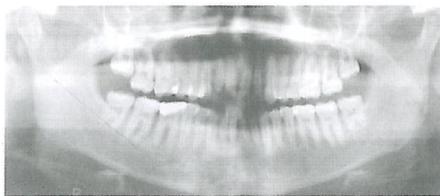


Figura 10 - Panorâmica inicial. Área radiolúcida entre 30-36



Figura 11 - Início de reparo ósseo

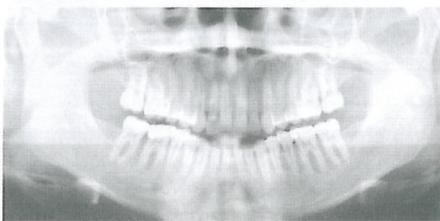


Figura 12 - Reparo após 6 meses

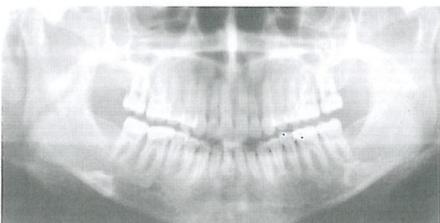


Figura 13 - Panorâmica Final

CONCLUSÃO

Os dados destes pacientes estão de acordo com os relatos da literatura: idade inferior a 25 anos, predileção pela região mandibular. A radiografia panorâmica é

um bom exame para detecção de lesões ósseas clinicamente assintomáticas como o COT, como nos casos aqui apresentados. Chama atenção que o diagnóstico do COT, está relacionado a indivíduos que procuram tratamento ortodôntico, devido ao fato que na documentação ortodôntica, em geral está incluída a avaliação por radiografia panorâmica. A confirmação do diagnóstico deve ser feita através da exploração cirúrgica e avaliação histológica ou através do simples acompanhamento da lesão. O COT, por ser uma lesão benigna, responde ao tratamento cirúrgico conservador através do preenchimento completo da cavidade óssea com coágulo sanguíneo, embora existam alguns autores que relatam que esta lesão possa apresentar remissão espontânea¹⁵.

SUMMARY

The traumatic bone cyst occurs regularly in young patients, with preference for male sex and jaw region. In the most cases is diagnosed across radiographic exams of routine. The work's aim is describe the etiology and pathogenesis of this lesion and present four cases diagnosed and treated at Araujo Jorge Hospital in Goiânia.

UNITERMS:

Traumatic bone cyst, Osteolytic injury, Jaw.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Copete Maria A et al. Solitary bone cyst of the jaws: radiographic review of 44 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;85:221-5.
2. Forssell K et al. Simple bone cyst: review of literature and analysis of 23 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17:21-4.
3. Friedrichsen Steven W. Long-term progression of a traumatic bone cyst: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol St. Louis* 1993;76:421-4.
4. Hansen LS et al. Traumatic bone cysts of jaws: report of 66 cases. *Oral Med Oral Pathol* 1974;37:899-910.
5. Kaugards George E; CALE, Anne E. Traumatic bone cyst. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol* 1987;63:318-24.
6. Langland O et al. Principles and practice of panoramic radiology. Philadelphia: WB Saunders; 1982. P.279-81
7. Lucas CD. Cited by: Blum T. Do all cysts of the jaw originate from the dental system? *J Am Dent Assoc* 1929;16:647-61.
8. Melrose RJ et al. Florid osseous dysplasia. *J Oral Surg* 1976;41:62-82.
9. Neville BW et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.
10. Puricelli Edela et al. Cisto Ósseo Traumático em

área de rizogênese: relato de um caso. Revista da Faculdade de odontologia de Porto Alegre 1997;38(2):19-25.

11. Rocha WC et al Cisto Ósseo Traumático: Relato de Caso. Revista Odontológica do Brasil Central - ROBRAC 1996;6(19).
12. Sapone J, Hansen L.S. Traumatic bone cysts of the jaws : diagnosis, treatment and prognosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974;38:127-38.
13. SAPP JP et. Al. Self-healing traumatic bone cysts. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol 1990;69:597-

602.

14. Saito Y et al. Simple bone cyst: a clinical and histopathologic study of fifteen cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;74:487-91.
15. Silva EN. Epidemiologia e diagnóstico do cisto ósseo traumático: contribuição à sua proservação, Bauru, 1997, Dissertação de mestrado F.O. Bauru.
16. Whinery JG. Symposium: Solitary bone cyst of the mandible: progressive bone of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1955;8:903-16.

AUTOR RESPONSÁVEL

Elismauro Francisco de Mendonça
1ª Av. nº 1964 St. Universitário Goiânia-Go.
CEP: 74.605-020
E-mail: Elismaur@odonto.ufg.br

Recebido para publicação: 13/06/2007
Aceito para publicação: 27/06/2007



Sorriso Involuntário
Um sorriso involuntário é bem mais sincero!

Sorriso Involuntário

Um sorriso involuntário é bem mais sincero!

A campanha sorriso involuntário é uma iniciativa da Clínica Radioluz em parceria com o Lar Humberto de Campos. Nossos esforços já somaram positivamente. Nesta nova ação, a Radioluz fez a doação de 1000 camisetas da campanha sorriso involuntário, para serem vendidas e revertidas em renda para o Lar Humberto de Campos.

CONTAMOS COM VOCÊ.

Vista também essa causa e ajude-nos a divulgar esta campanha, as crianças do lar agradecem de coração. E lembre-se sempre, um sorriso involuntário é bem mais sincero.

PARA ADQUIRIR AS CAMISETAS LIGUE:

RADIOLUZ	LAR H. DE CAMPOS	PROMOVE
3324-2513	3321-4022	3324-6959

Apenas: R\$ 10,00 CADA.

www.promoveprodutora.com.br

RADIOLUZ
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA
Rua 1ª de Maio, Nº 280, Centro.
Resp. Técnica Dr.ª Janaina Siqueira
CRP-GO-4877

FAÇA UM CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA na UniEVANGÉLICA

"...Os lábios do conhecimento são
joias de grande valor" Provérbios 20:15b


ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA
UniEVANGÉLICA
Um Novo tempo
Sempre

Informações:
0800 707 7722
www.unievangelica.edu.br

