

CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO

TRAUMATIC BONE CYST: CASE REPORT

WESLEY CABRAL ROCHA *

RICARDO MORANDI **

ELISMAURO FRANCISCO DE MENDONÇA ***

RESUMO

Os autores relatam um caso de cisto ósseo traumático localizado na região de corpo mandibular direito em um paciente de 16 anos de idade. O tratamento instituído consistiu numa abordagem cirúrgica para exposição da cavidade óssea e estabelecimento de sangramento em seu interior. Após 1 ano de "follow-up" houve completa neoformação óssea na área.

UNITERMOS

Cisto ósseo solitário, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo simples, cavidade óssea idiopática.

INTRODUÇÃO

O cisto ósseo traumático é uma entidade relativamente rara, descrita inicialmente por LUCAS em 1929, que ocorre em alguns ossos do esqueleto, principalmente úmero, fêmur e mandíbula^{2,3,4,16}. O termo "cisto" é, entretanto, inapropriado porque essas lesões intra-ósseas não são revestidas por epitélio^{15,19,20}.

HARRIS et al.⁵ sugeriram o termo "cavidade óssea idiopática" como sendo o mais adequado para descrever essa lesão. No entanto há uma variedade de nomes que são utilizados na literatura na descrição dessa condição, tais como: cisto ósseo solitário, cavidade óssea progressiva, cisto ósseo hemorrágico, cisto de extravasamento, cisto ósseo unicameral, cisto ósseo simples, sendo que o termo "cisto ósseo traumático" é o mais utilizado^{1,5,15,18}.

RUSHTON¹³, em 1946, definiu alguns critérios para o diagnóstico do cisto ósseo traumático:

- O cisto deveria ser único e sem revestimento epitelial;
 - Não poderia ter evidências de infecção aguda ou prolongada;
 - A lesão deveria conter principalmente material fluido e não tecidos moles;
 - As paredes da cavidade cística deveriam ser compostas de osso resistente; e
 - Os achados laboratoriais assim como o exame histopatológico não excluiriam o diagnóstico^{13,16,18}.
- Embora essas lesões foram inicialmente descritas como únicas ou solitárias, existem alguns casos relatados de lesões múltiplas, multiloculares e bilaterais^{3,11}.

A etiologia e patogênese do cisto ósseo traumático são desconhecidas. Várias teorias foram propostas com o intuito de esclarecer o exato mecanismo envolvido na formação dessa lesão óssea. Parece que a teoria mais aceita é a de que a lesão é resultante de uma hemorragia intramedular após uma injúria traumática. De acordo com essa teoria, ao invés de ocorrer uma organização precoce do coágulo com a formação de tecidos

do conjuntivo fibroso e osso, há uma degeneração do mesmo que eventualmente impede o preenchimento da cavidade com osso. A lesão aumenta por expansão contínua produzida pela restrição venosa e geralmente estabiliza-se quando atinge as corticais ósseas^{9,15,16,17}. Vários autores contestam essa teoria, em virtude da não associação de muitas lesões com história de trauma e de que ela quase nunca ocorre na tibia, que é um dos ossos mais sujeitos ao trauma^{4,15,16}. Outras teorias citadas na literatura são: infecção crônica de baixo grau; necrose medular devido às alterações localizadas do metabolismo ósseo; degeneração de tumores ósseos; balanço inadequado de reabsorção e reparo ósseo; distúrbios locais do crescimento ósseo, dentre outras^{5,9,15,20}.

O cisto ósseo traumático ocorre mais freqüentemente no úmero e outros ossos longos, mas também pode ser encontrado nos maxilares^{3,4}. A mandíbula é a mais afetada e a maxila é envolvida em cerca de 5 a 10% dos casos^{4,7}. A localização mais comum é o corpo da mandíbula podendo ocorrer também na região anterior, ramo e côndilo⁴. Nos maxilares, as lesões são usualmente assintomáticas e tendem a ocorrer durante a segunda década de vida. Os homens são mais afetados que as mulheres na proporção de 3:2 provavelmente devido à maior exposição desses ao trauma^{4,9,15}. A lesão é descoberta na maioria das vezes por exames radiográficos ocasionais ou eventualmente uma possível fratura patológica, pois usualmente não provoca expansão das corticais ósseas ou dor. A história de trauma é relatada pelos pacientes em 27 a 80% dos casos conforme o estudo pesquisado^{1,7,18}. Os dentes envolvidos na lesão respondem positivamente ao teste de vitalidade pulpar em cerca de 90% dos casos^{5,15,18,19}.

As características radiográficas da lesão são bem estabelecidas. São observadas áreas radiolúcidas bem demarcadas no osso, com margens irregulares, mas definidas por uma delicada cortical. O efeito nas corticais vestibular e lingual é pequeno e

* Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela PUC-RS.

** Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela Fac. Odontologia de Araçatuba - UNESP.

*** Professor Titular do Departamento de Cirurgia e Medicina Oral da Fac. Odontologia da UFG.

a lesão pode estender-se entre as raízes dos dentes irrompidos produzindo um contorno recortado ("escavamento") característico da lesão. A lâmina dura pode ou não estar comprometida e, raramente, ocorrem reabsorções radiculares e/ou deslocamentos dentários. Na mandíbula a lesão localiza-se acima do canal mandibular o que a diferencia do "cisto ósseo estático" que é visualizado abaixo desse canal. Entretanto, os aspectos radiográficos podem variar da apresentação clássica, tornando a exploração cirúrgica essencial para o diagnóstico^{4,5,6,17}.

O diagnóstico diferencial do cisto ósseo traumático deve ser estabelecido principalmente com relação ao cisto ósseo aneurismático, queratocisto odontogênico, lesões periapicais, lesão central de células gigantes, ameloblastoma, mixoma odontogênico e cisto ósseo estático^{8,18,20}.

RELATO DE CASO

Paciente J.D.O.J., 16 anos, sexo masculino, cor negra, procedente de Sobradinho-DF, foi encaminhado à Clínica de Cirurgia Bucocomaxilofacial do Hospital Geral de Brasília, em abril de 1992, após a detecção de uma extensa área radiolúcida localizada no corpo da mandíbula do lado direito, através de exames radiográficos para fins ortodônticos.

Foi relatado na história um traumatismo na região, por queda de bicicleta, há cerca de 10 anos, chegando a provocar deslocamentos dentários na ocasião.

No exame físico extra-bucal foi evidenciada discreta assimetria no terço inferior da hemiface à direita. À oroscopia visualizou-se também discreto abaulamento das corticais ósseas vestibular e lingual na região de premolares e molares inferiores do mesmo lado. A vitalidade pulpar desses dentes estava preservada.

Ao exame radiográfico notou-se lesão osteolítica, radiolúcida e com limites definidos por uma linha radiopaca que estendia-se da região distal do primeiro premolar até o início do ramo ascendente da mandíbula do lado direito (Fig. 1). A lesão não provocava reabsorções radiculares nem deslocamentos dentários.

Realizou-se uma aspiração onde não houve saída de material. A biópsia foi então executada e constatou-se pequena quantidade de líquido sorosanguinolento em cavidade desprovida de cápsula ou membrana. O exame histopatológico do material coletado confirmou tratar-se de elementos sanguíneos e que aliado à exploração cirúrgica chegou-se ao diagnóstico de cisto ósseo traumático. O tratamento consistiu de indução de sangramento no interior da cavidade e sutura do retalho mucoperiósteo.

O paciente foi acompanhado e após 1 ano houve completa neoformação óssea no local da lesão (Figs. 2 e 3). Todos os dentes da área mantiveram a vitalidade pulpar.

DISCUSSÃO

O cirurgião-dentista tem que estar sempre atento a lesões radiolúcidas que acometem os maxilares. Essas podem representar distúrbios de desenvolvimento, processos inflamatórios, lesões císticas ou tumores benignos e malignos. Sempre que possível deve-se investigar as possíveis causas dessas lesões para a determinação do diagnóstico e posterior tratamento.

O diagnóstico definitivo do cisto ósseo traumático requer uma combinação de uma história clínica cuidadosa, exame físico, estudos radiográficos, exploração cirúrgica e avaliação histopatológica. Microscopicamente, a parede óssea do cisto está sem revestimento em cerca de 60% dos casos ou está recoberta por uma fina camada de tecido conjuntivo. Estudos ultra-estruturais têm verificado a ausência de revestimento epitelial. Não é incomum encontrar hemorragia, células sanguíneas, pigmentos sanguíneos e pequenas células gigantes multinucleadas^{4,16}.

O tratamento preconizado é o cirúrgico, sempre com aspiração prévia com o intuito de prevenir acidentes em casos de lesões vasculares intra-ósseas. Quando o defeito é explorado cirurgicamente pode estar vazio, ou conter uma combinação de fluido amarronzado, coágulo sanguíneo, tecido conjuntivo fibroso ou tecido de granulação²⁰. A curetagem da cavidade óssea com restabelecimento do sangramento, geralmente é suficiente. Com isso há reparação na área por volta de 6 a 24 meses. As recidivas são raras. **PRECIOSUS et al.**¹⁰ relataram um caso onde esse tratamento falhou e, na segunda intervenção cirúrgica, eles preencheram a cavidade com sangue autógeno. **RUPRECHT et al.**¹² relataram um caso que necessitou de várias intervenções cirúrgicas. Já **SAPP et al.**¹⁴ relataram dois casos que tiveram regressão espontânea. A raridade dessa lesão em indivíduos mais velhos sugere que ela seja autolimitante e que pode ter regressão espontânea^{14,15,16}.

SHEAR¹⁶ questiona sobre a necessidade da intervenção cirúrgica uma vez que a lesão regride espontaneamente. No entanto nas lesões expansivas, como no caso relatado, essa regressão é pouco provável.

No caso relatado, optamos pelo tratamento cirúrgico em virtude da extensão da lesão, que se não tratada poderia continuar expandindo as corticais ósseas e provocar uma fratura patológica. O paciente foi acompanhado e a neoformação óssea foi verificada através de exames radiográficos pelo período de 1 ano.

SUMMARY

TRAUMATIC BONE CYST: A CASE REPORT

The authors report a case of the traumatic bone cyst in the



UNIDADE RADIODONTOLÓGICA DE GOIÂNIA
Radiologia Especializada
Diagnóstico Oral

Dr. José Carlos Vaz de Campos

Rua 115, nº 1338,
 Setor Sul - Goiânia
 Telefax: (062) 242-2139 / 281-5537



centro odontológico especializado

Dr^a Hosana Ramos
 Ortodontia (Oclusão Funcional)
 CRO-GO 1164

Dr^a Maria Valdeni Bezerra Canedo
 Dentística Odonto Estética
 Endodontia
 Implantodontia - (Sistema Branemark)
 CRO-GO 1112

TELEFAX:
 (062) 251-4709
 (062) 251-4050

Rua T-50
 nº 1285
 St. Bueno
 Goiânia

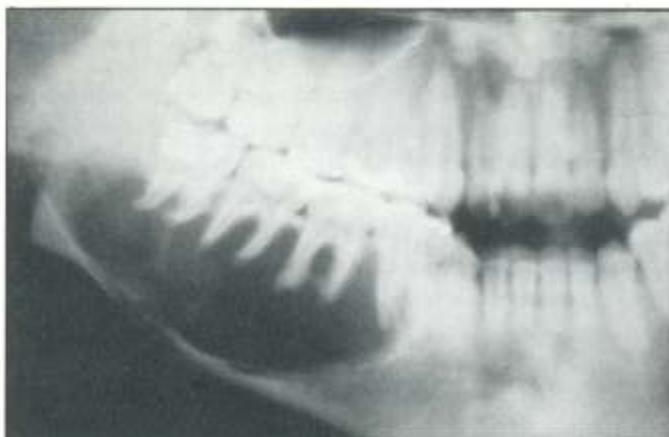


FIGURA 1
Radiografia de Diagnóstico



FIGURA 2
Controle Radiográfico após 6 meses



FIGURA 3
Controle Radiográfico após 1 ano

right mandibular body in a 16-year-old boy. Surgical treatment was performed. The cystic lesion was explored and the bone cavity was full-filled with blood. Evaluation one year postoperatively showed complete regeneration of bone.

UNITERMS

Solitary bone cyst, hemorrhagic bone cyst, simple bone cyst, idiopathic bone cavity.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEASLEY, J. D., III - Traumatic cysts of the jaws: report of 30 cases.

J. Am. Dent. Assoc., 92:145-52,1976.

2. BLUM, T. - Do all cysts in the jaws originate from the dental system? *J. Am. Dent. Assoc.*, 16:647-61,1929.

3. BRANNON, R. B. et al. - Bilateral traumatic bone cysts of the mandible: an unusual clinical presentation. *Military Medicine*, 156:20-2,1991.

4. GORLIN, R. J.; DAMANTE, J. H. - *Cistos dos Maxilares, Soalho Bucal e Pescoço* - 1ª ed., S.P., 1993, págs. 146-9.

5. HARRIS, S. J. et al. - Idiopathic bone cavity (traumatic bone cyst) with the radiographic appearance of a fibro-osseous lesion. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 74:118-23,1992.

6. HIGASHI, T.; SHIBA, J. K.; IKUTA, H. - *Atlas de Diagnóstico Oral por Imagens* - 1ª ed., Liv. Edit. Santos, S.P., 1991, págs. 58-9.

7. KAUGARS, G. E. et al. - Traumatic bone cyst. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 63:318-24,1987.

8. KOCSIS, G. S. et al. - Idiopathic bone cavity on the posterior buccal surface of the mandible. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 73:123-6,1992.

9. MATISE, J. L. et al. - Pathologic fracture of the mandible associated with simultaneous occurrence of an odontogenic keratocyst and traumatic bone cyst. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 45:69-71,1987.

10. PRECIOUS, D. S. et al. - Treatment of traumatic bone cyst of mandible by injection of autogeneic blood. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 58:137-40,1984.

11. RAIBLEY, S. O. et al. - Multiple traumatic bone cysts of the mandible. *J. Oral Surg.*, 37:335-7,1979.

12. RUPRECHT, A. et al. - Simple bone cyst. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 39:826-32,1975.

13. RUSHTON, M. A. - Solitary bone cysts in the mandible. *Br. Dent. J.*, 81:37-49,1946.

14. SAPP, J. P. et al. - Self-healing traumatic bone cysts. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 69:597-602,1990.

15. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. - *Tratado de Patologia Bucal* - 4ª ed., Ed. Interamericana, R.J., 1985, págs. 498-501.

16. SHEAR, M. - *Cistos da Região Bucomaxilofacial* - 2ª ed., S.P., págs. 183-191.

17. STAFNE, E. C.; GIBILISCO, J. A. - *Diagnóstico Radiográfico Bucal* - 4ª ed., Ed. Interamericana, R. J., 1982, págs. 152-4.

18. STIMSON, P. G. et al. - Traumatic bone cyst, aneurysmal bone cyst, and central giant cell granuloma - pathogenetically related lesions? *J. Endod.*, 15(4): 164-7,1989.

19. TOMMASI, A. F. - *Diagnóstico em Patologia Bucal* - 1ª ed., Liv. Ed. Artes Médicas, S.P., 1988, págs. 245-6.

20. WOOD, N. K.; GOAZ, P.W. - *Differential Diagnosis of Oral Lesions* - fourth ed., Mosby Year Book, St. Louis, 1991, pages 330-1/381-3.

ODONTO

esp

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Dr. Antonio Carlos Menezes Nunes

CRO - 2233 - Ortodontista

Dr. Carlos Alberto Faria

CRO - 2823 Reabilitador Oral

Dr. Déo Costa Ramos

CRO - 874 - Odontopediatra

Dr. José Eduardo Menezes Nunes

CRO - 2390 - Endodontista

Dr. José Marcos Alves Fernandes

CRO - 1400 Periodontista

Dr. Márcio Nunes Segurado

CRO - 3848 - Ortodontista

Drª. Vania Jardim de Oliveira

CRO - 412 - Odontopediatra

Rua 89 Esquina c/ 125 nº 172 - Setor Sul - Goiânia - GO - Fone: (062) 241-0809