

Cisto ósseo traumático com abordagem endo-cirúrgica: um relato de caso

Ana Carolina de Andrade Lopes PEREIRA¹;

Nathália Faceira de MONACO¹; Ricart Gil MACEDO²

1 - Acadêmica da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO); **2** - Professor da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO).

Resumo

O Cisto Ósseo Traumático é uma lesão intra-óssea, caracterizada por uma cavidade vazia. É classificado como um pseudocisto por não apresentar revestimento epitelial, sendo mais prevalente em homens até a segunda década de vida e no osso mandibular. Costuma ser assintomático e sem alteração nos dentes envolvidos. A imagem radiográfica demonstra-se de forma radiolúcida, multilocular com bordas festonadas, assim como, as características de outras lesões dos ossos gnáticos. Ainda não há um consenso à cerca da etiologia do COT. O transcirúrgico é fundamental para o diagnóstico. O tratamento é a curetagem da cavidade. Após a cirurgia, é necessário realizar o acompanhamento através dos exames de imagem. O relato de caso é sobre uma paciente do sexo feminino, 48 anos de idade, compareceu ao Hospital Adão Pereira Nunes e por meio dos exames de rotina foi descoberto a presença de lesões radiolúcidas na mandíbula, sugestivas de Cisto Periapical, Ameloblastoma ou Ceratocisto. No exame tomográfico foi constatado que tratava-se somente de uma lesão. O tratamento endodôntico foi realizado devido a necrose pulpar. Na exploração cirúrgica, observou-se uma cavidade vazia que é característica do COT. Para o tratamento do cisto, optou-se pela curetagem e o acompanhamento radiográfico foi realizado mostrando melhora no quadro. Os exames de imagem, exame clínico, diagnóstico diferencial e transcirúrgico são imprescindíveis para o correto diagnóstico. O tratamento de escolha para o COT é a exploração cirúrgica com curetagem e o acompanhamento radiográfico por 12 à 17 meses após a cirurgia.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto ósseo traumático; Pseudocisto; Exploração cirúrgica; Cisto ósseo solitário.



Copyright © 2025 Revista
Odontológica do Brasil Central -
Esta obra está licenciada com uma
licença Atribuição-NãoComercial-
Compartilhado 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Recebido: 24/08/23
Aceito: 27/09/24
Publicado: 15/10/25

DOI: 10.36065/robrac.v34i93.1699

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Carolina de Andrade Lopes Pereira

Rua Fala Amendoeira, 454. Apartamento 502, Condomínio Novo Leblon, Barra da Tijuca,
Rio de Janeiro. CEP: 22793-910.

E-mail: carolandrade2799@hotmail.com

Introdução

O Cisto Ósseo Traumático é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma lesão não-neoplásica, relacionada aos ossos¹. Esse cisto pode ser encontrado com diferentes nomenclaturas na literatura, sendo algumas descritas como: Cisto Ósseo Solitário, Cisto Ósseo Traumático, Cisto Ósseo Hemorrágico, Cisto Ósseo Unicameral, Cavidade Óssea Idiopática e Cisto de Extravasamento^{1,2}.

Tratando-se do Cisto Ósseo Traumático (COT), o emprego da palavra “cisto” é aplicado de maneira inadequada e por isso os autores o consideram como um pseudocisto^{3,4}. Sendo assim, o Cisto Ósseo Traumático é uma lesão intra-óssea, não revestida por uma camada epitelial e constituída por uma cavidade vazia ou contendo fluido seroso ou serosanguinolento^{1,4}.

O início dos estudos das lesões relacionados aos ossos não são recentes, porém o primeiro relato do COT nos ossos gnáticos foi dado por Lucas e Blum em 1926⁵. Há relatos na literatura da presença do COT predominantemente na metáfise de ossos longos e menos recorrente nos ossos gnáticos^{2,4}. Esse cisto é prevalente em homens e em indivíduos entre a 1ª e 2ª década de vida^{2,6}. É mais comum na mandíbula do que na maxila, acomete qualquer região mandibular, porém ocorre com mais frequência na região posterior, e também pode ocorrer bilateralmente^{6,7}.

Clinicamente, o COT costuma ser assintomático e de crescimento lento, sendo muitas vezes um achado clínico através de exames de rotina. Quando sintomático, pode haver dor, aumento de volume e parestesia^{2,4,7}. Os dentes relacionados à lesão, geralmente, são vitais e não apresentam alterações, como mobilidade e reabsorção das raízes⁸.

O aspecto radiográfico do COT se dá por uma imagem radiolúcida, unilocular, bem delimitada, sem expansão óssea e sem reabsorção. Entretanto, ao contrário do que foi descrito, pode haver uma imagem multilocular e presença de expansão óssea^{2,7}.

É comum o aspecto de “dedos de luva” (bordas festonadas), entretanto, não é uma imagem diagnóstica^{2,6,7}. Além disso, como o COT mimetiza o aspecto radiográfico de outras lesões radiolúcidas, se torna uma lesão de difícil diagnóstico^{4,6,7}. A análise histopatológica do COT costuma apresentar características não específicas, podendo exibir conteúdo celular que também é comum em outros cistos^{4,9}.

Até o atual momento, não existe um consenso na literatura à cerca da etiologia do COT, sendo esse o motivo, da existência de tantas denominações para essa lesão^{6,10}. Há três teorias que são mais aceitas: anormalidade do crescimento ósseo, degeneração tumoral e traumatismo hemorrágico^{2,3,4}.

Para o tratamento do COT é preciso fazer o correto diagnóstico diferencial. O transcirúrgico é essencial para o diagnóstico, pois ao explorar a cavidade percebe-se a ausência de conteúdo ou a presença de fluido característico da lesão^{3,6,7,8}. Há autores que citam a possibilidade de cura espontânea^{2,10}. Entretanto, segundo a literatura, o tratamento mais indicado é a curetagem da cavidade para que o sangramento seja estimulado, assim, levando células para a região e causando a neoformação óssea^{2,6,7,10}. O prognóstico é favorável na maioria dos casos tratados com curetagem². A recidiva da lesão é rara, sendo mais comum nos primeiros três meses⁶. Devido a possibilidade de recidiva, o acompanhamento radiográfico deve ser feito de 12 à 17 meses após o tratamento^{2,4}. A possibilidade de recorrência é sugerida quando há dificuldade de acesso à lesão durante a cirurgia, o que dificulta a formação suficiente de coágulo sanguíneo e consequente formação óssea^{4,10}.

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico, que envolve o Cisto Ósseo Traumático, realizado por acadêmicos da graduação e pós-graduação, com o auxílio dos professores de Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial e Endodontia na Faculdade Unigranrio. Além disso, busca-se discutir sobre esses cistos e o tratamento de escolha.

Relato de caso

Paciente M.A.S, sexo feminino, 48 anos de idade, leucoderma, compareceu ao Hospital Adão Pereira Nunes para exame de rotina. Após a realização do exame radiográfico, foi observada a presença de lesões na maxila e na mandíbula. O cirurgião-dentista solicitou o exame de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), à fim de visualizar melhor as lesões. Diante disso, a paciente foi encaminhada para a clínica de pós-graduação de Endodontia da Faculdade UNIGRANRIO.

Na anamnese nenhuma doença sistêmica foi relatada, a paciente disse possuir ausência de sintomas e não lembrar de nenhum trauma na região de face. Durante o exame clínico, foi realizada a palpação e observação da região intra-oral, não foi constatado nenhum aumento de volume, alterações ou dores nos tecidos.

Ao analisar a radiografia panorâmica, observou-se a presença de lesões radiolúcidas, com o halo esclerótico/ radiopaco, aspecto multilocular na região anterior da mandíbula, exceto no elemento 35 que apresentava imagem radiopaca. Na maxila, a diferença encontrada era o aspecto das lesões, que eram radiolúcidas, uniloculares e ovaladas com halo esclerótico. As lesões envolvem o ápice de cada um desses elementos: 11,12, 21 e 22, enquanto que na mandíbula havia uma lesão no ápice do 35, outra lesão que estendia-se do 34 ao 31 e uma outra do 44 ao 41. Não havia



FIGURA 1 - Radiografia panorâmica inicial

Fonte: dos autores.

presença de reabsorção radicular, deslocamento dos elementos ou expansão da cortical óssea. Uma característica observada foi o aspecto de “dedos de luva” na mandíbula.

O exame tomográfico foi solicitado com o objetivo de visualizar melhor a imagem cística, assim podendo verificar o tamanho das lesões, localização e a relação com estruturas nobres adjacentes. Foi observado que tratava-se de uma lesão única, diferentemente do que parecia ser ao analisar o exame radiográfico. Com isso, constatou-se que era uma imagem radiolúcida extensa, na região mentoniana e do corpo mandibular, sem relação com estruturas anatômicas, envolvendo os elementos 35 ao 44, sem reabsorção radicular, deslocamento dentário ou expansão das corticais ósseas, confirmando os achados radiográficos.

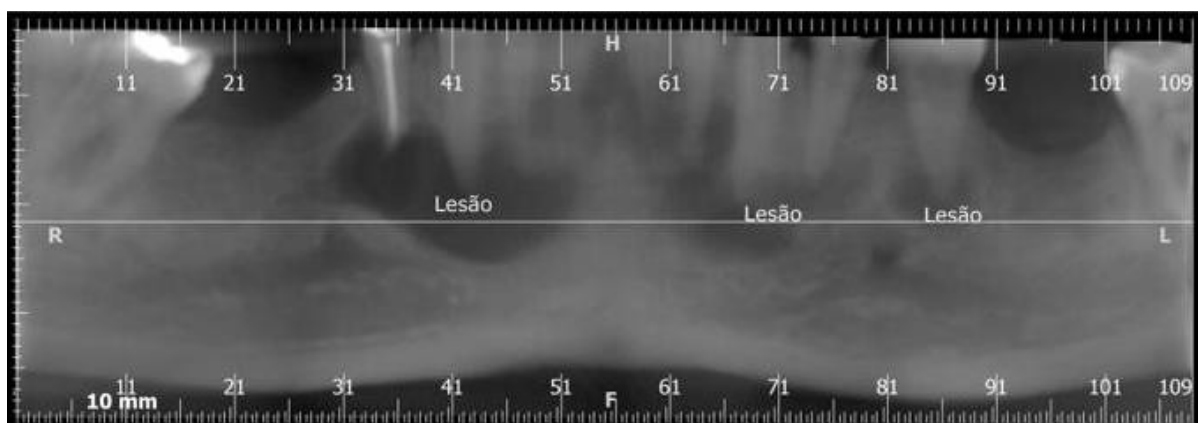


FIGURA 2 · Tomografia computadorizada de feixe cônico inicial

Fonte: dos autores.

O teste de vitalidade nos dentes mandibulares com as raízes envolvidas nas lesões foi negativo. Nenhum desses elementos apresentavam mobilidade. Dessa forma, com as informações observadas nos exames, decidiu-se realizar a biópsia intra-óssea das lesões na mandíbula para coletar o material e enviar ao histopatológico com finalidade diagnóstica.

Os procedimentos cirúrgicos realizados nas lesões presentes na maxila não serão citados nesse relato de caso, pois foram acompanhados por outro cirurgião- dentista.

Devido ao diagnóstico de necrose nos dentes envolvidos nas lesões mandibulares, o tratamento endodôntico foi realizado na clínica de pós-graduação da Faculdade UNIGRANRIO. O procedimento iniciou-se pelo 3º quadrante com anestesia local, utilizando Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 para bloquear o Nervo Alveolar Inferior. Foi feito o isolamento absoluto e o tamanho dos condutos (comprimento de trabalho- CT) foram medidos por meio do localizador apical. Após a medição do CT, a instrumentação foi realizada de forma mecanizada, utilizando limas rotatórias do sistema Protaper Next. A sequência com esse sistema iniciou-se pela lima X1 (tip 0.17 e taper 0.4) e foi finalizada com a X3 (tip 0.30 e taper 0.7), sendo assim, a instrumentação terminou com o diâmetro 30 na região apical do conduto radicular. Devido as propriedades relatadas na literatura sobre o Hipoclorito de Sódio, ele foi a solução irrigante de escolha para realizar a limpeza química dos canais radiculares de todos os elementos. Após a prova do cone realizada por meio de radiografia, iniciou-se o toalete final com o uso de EDTA deixado nos condutos por 5 minutos e após esse tempo, os mesmos foram irrigados novamente com Hipoclorito de Sódio.



FIGURA 3 - Transcirúrgico evidenciando uma loja cística vazia, com sangramento após a curetagem

Fonte: dos autores.

A partir desse momento deu-se início a etapa de obturação, onde os condutos radiculares foram secos com cone de papel absorvente estéril e posteriormente cimentados com o cimento Ah Plus + os cones correspondentes a última lima utilizada (X3-Protaper Next), realizando assim a técnica de cone único.

Na 2ª sessão, os mesmos procedimentos foram realizados no 4º quadrante. Posteriormente, na clínica do Estágio II da Faculdade UNIGRANRIO, os elementos em questão foram restaurados com resina composta seguindo todos os protocolos de restauração.

Um novo exame de imagem será solicitado daqui a um ano, assim, podendo avaliar se houve ou não regressão por completo. Caso os exames ainda apresentem lesão, uma nova cirurgia deverá ser realizada para a cura da lesão.



FIGURA 4 - Sutura da região após a cirurgia

Fonte: dos autores.



FIGURA 5 - Radiografia panorâmica após 7 meses da cirurgia

Fonte: dos autores.

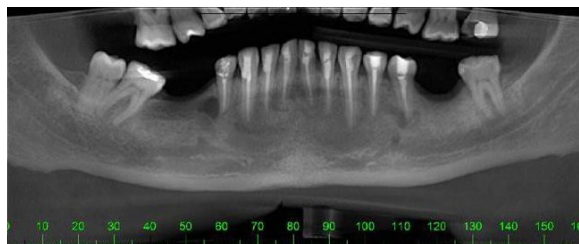


FIGURA 6 - Tomografia computadorizada de feixe cônico após 7 meses da cirurgia

Fonte: dos autores.

Discussão

O COT é uma lesão intra-óssea, com ausência de camada epitelial, sendo uma cavidade vazia ou constituída por fluido seroso ou serosanguinolento⁴. Um cisto verdadeiro é descrito como uma cavidade patológica envolvida por epitélio, contendo fluido ou outro material amolecido¹¹. Devido à ausência de revestimento epitelial do COT, ele é considerado um falso cisto (pseudocisto)^{3,4}.

A paciente no presente caso era do sexo feminino e encontrava-se na 4ª década de vida, destoando do que é predominante na literatura^{2,6}. A lesão era localizada na mandíbula, como na maioria dos casos relatados pelos autores. A região fugia do usual, pois encontrava-se na região anterior da mandíbula, enquanto que o mais comum é na região posterior^{6,7}. O cisto ocorria bilateralmente, também divergindo do comum⁷.

Os pacientes que possuem o COT, normalmente, não apresentam sintomatologia dolorosa. Assim como outros cistos, seu crescimento é lento. Na maioria das vezes, o COT é descoberto por meio de exames de rotina e o paciente não se recorda de ter sofrido algum trauma na região^{4,6}. É raro, mas quando sintomático, o mais comum é haver: dor, sensibilidade, aumento de volume e parestesia^{2,7}. Os elementos relacionados ao cisto, geralmente, são vitais, sem apresentar alterações, como mobilidade e reabsorção das raízes^{2,8}. O caso clínico citado concorda com todas essas características abordadas na literatura, exceto com a vitalidade pulpar.

A imagem radiográfica do COT aparece de forma radiolúcida, unilocular, bem delimitada, sem expansão óssea e sem reabsorção, podendo haver aparência multilocular e presença de expansão óssea^{2,7}. As bordas festonadas, também conhecidas como “dedos de luva” são uma característica radiográfica desse cisto, porém não serve como uma imagem diagnóstica^{2,6,7}. O aspecto do caso clínico que divergiu dos achados literários, foi apenas a presença de uma imagem multilocular analisando a radiografia,

entretanto, ao verificar o exame tomográfico confirma-se com a literatura a presença de uma imagem unilocular. Devido à semelhança radiográfica, o COT possui diversos diagnósticos diferenciais^{4,6,7}. No caso clínico relatado, suspeitava-se de Cisto Ósseo Traumático, Ameloblastoma e Ceratocisto.

Histopatologicamente, o COT apresenta características não específicas, podendo apresentar: tecido conectivo, fibras colágenas, eritrócitos, células inflamatórias (macrófagos, linfócitos e neutrófilos), osso trabecular, poucas células gigantes e ausência de cápsula epitelial^{4,9}. No caso clínico em questão, o histopatológico não pode ser feito, pois a ausência de conteúdo dentro da cavidade define o Cisto Ósseo Traumático.

A etiologia do COT ainda encontra-se incerta, por isso é possível achar diferentes nomenclaturas para esse mesmo cisto^{6,10}. Existem várias teorias que buscam explicá-la, sendo as mais aceitas: anormalidade do crescimento ósseo, degeneração tumoral e traumatismo hemorrágico^{2,3,4}.

A Hipótese de que o COT é proveniente da anormalidade do crescimento ósseo, sugere que há um remodelamento ósseo incontrolado durante o desenvolvimento e crescimento ósseo, assim, formando a cavidade cística.

A prevalência do COT fundamenta essa teoria, já que, o cisto acomete predominantemente os pacientes jovens, pelos quais estão em fase de crescimento^{2,7}. A degeneração tumoral é baseada nas observações clínicas. Esses dados apontam que patologias osteodisfrólicas como a displasia fibrosa e granuloma central de células gigantes podem ter degenerado e levado a formação do COT^{2,12}.

O traumatismo hemorrágico é a teoria mais aceita na literatura. Ela defende que o COT é gerado pela pressão de um hematoma que pode ocasionar alterações do sistema vascular levando à uma isquemia pós-hemorrágica. Essa hipótese é controversa, pois a maioria dos casos relatados não possuem história de

trauma e, além disso, o COT nos ossos-longos atinge preferencialmente os ossos pouco expostos. Autores afirmam que esse conceito nos ossos gnáticos podem estar corretos devido à microtraumas do dente e do processo alveolar^{2,6,7,12}.

O diagnóstico definitivo do COT envolve a observação dos exames radiográficos e clínicos, exploração cirúrgica e, se possível, análise histopatológica^{7,8,10}. A visualização de uma cavidade vazia é uma das características principais para o diagnóstico do COT^{3,6,7,8}. Alguns autores citam a possibilidade de cura espontânea, porém o tratamento de escolha para o COT é a exploração cirúrgica com posterior curetagem. Ao estimular o sangramento as células vão para a região levando a posterior neoformação óssea^{2,6,7,10}. Seguindo o que é relatado na literatura, o tratamento de escolha para o caso citado foi a exploração cirúrgica e curetagem da cavidade.

A possibilidade de recidiva após a curetagem é baixa². Entretanto, é mais comum nos primeiros três meses após o tratamento, por isso o acompanhamento radiográfico deve ser feito de 12 à 17 meses^{2,4,6}. De acordo com alguns autores, a recorrência do cisto pode ocorrer quando há dificuldade de acesso à lesão durante a cirurgia, pois prejudica a formação suficiente de coágulo sanguíneo e a consequente formação óssea^{4,10}. Conforme descrito pela literatura, para o caso em questão, a curetagem foi o tratamento adequado, pois houve formação óssea demonstrando um resultado positivo do tratamento. Assim como relatado por alguns autores, a dificuldade no acesso pode prejudicar a neoformação óssea, da mesma maneira que ocorreu na região apical do elemento 44.

Conclusão

Por fim, concluímos que o COT é uma lesão de difícil diagnóstico, pois suas características clínicas e radiográficas se assemelham com inúmeras lesões, inclusive com as potencialmente malignas. Em razão da etiologia incerta do Cisto Ósseo

Traumático na literatura, ficou entendido que ainda há a necessidade de estudos envolvendo a origem desse cisto.

Devido às semelhanças do COT com outras lesões, além da análise dos exames de imagem e dos achados clínicos, o transcirúrgico é fundamental para o correto diagnóstico desse cisto, e por isso também, o diagnóstico diferencial é imprescindível para a solução do caso. O tratamento de escolha é a exploração cirúrgica com curetagem, visto que, é durante o transcirúrgico que ocorre a confirmação do diagnóstico. Para a continuação do tratamento é necessário que haja o acompanhamento através dos exames de imagens por 12 à 17 meses após a cirurgia, assim é possível verificar se houve regressão da lesão e formação óssea.

Referências

- 1- World Health Organization (WHO). Classification of tumours – Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. 3ª ed. Lyon: IARC Press; 2005.
- 2- Romo GW, Terán EC, Varela EA. Solitary mandibular bone cyst: case report and literature review. *Rev Odont Mex.* 2016; 20(2):112-119.
- 3- Alves EF, Ferreira JLS, Filgueira IC, Lima SLR, Silva Junior SE, Rocha JF. Cisto ósseo traumático associado a odontoma composto: relato de um caso incomum. *RFO UPF.* 2020; 25(1): 125-131.
- 4- Farias IL, Silva EMV, Lima Neto TJ, Bonan PRF, Inaoka SD, Costa DFN. Aspectos clínicos e histológicos para o diagnóstico do cisto ósseo simples: relato de caso. *Arch Health Invest.* 2020; 9(1): 44-48.
- 5- Lucas CD, Blum T. Do all cysts of the jaw originate from the dental system? *J Am Dental Assoc.* 1929;16: 647-641.
- 6- Martins Filho PRS, Santos TS, Araújo VLC, Santos JS, Andrade ESS, Silva LCF. Cisto ósseo traumático da mandíbula: revisão de 26 casos. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012; 78(2): 16-21.
- 7- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- 8- Silva MC, Lima Neto TJ, Santos AMS, Faverani LP, Inaoka SD, Costa DFN. Cisto ósseo traumático em área incomum: relato de caso. *Arch Health Invest.* 2021; 10(1): 170-173.
- 9- Rivero ERC, Daltoé FP, Mello FW, Souza CECP, Grando LJ. Aspiration and cytological evaluation of idiopathic bone cavities of the jaw. *Tissue Cell.* 2017; 49(3): 435-39.

- 10 -** Chrcanovic BR, Gomez RS. Idiopathic bone cavity of the jaws: an updated analysis of the cases reported in the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 48(7): 886-894.
- 11 -** Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.* 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
- 12 -** Harnet JC, Lombardi T, Klewansky P, Rieger J, Tempe MH, Clavert JM. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 66: 2345-2348.

Traumatic bone cyst with endo-surgical approach: a case report

Abstract

The Traumatic Bone Cyst is an intraosseous lesion, characterized by an empty cavity. It is classified as a pseudocyst for not having an epithelial lining, being more prevalent in males until the second decade of life and in the mandibular bone. It is usually asymptomatic and without changes in the involved teeth. The radiographic image appears as a radiolucid, multilocular with festooned border, as other lesions of the gnathic bones. There's not a consensus about the etiology of this. The trans-surgical is fundamental to the diagnosis. The treatment is curettage of the cavity. After the surgery, it's necessary to monitor by image examination. The case report is about a female patient, 48 years old, showed up at Hospital Adão Pereira Nunes and by routine medical exam was discovered the presence of radiolucids lesions on the jaw, suggestive of Periapical Cyst, Ameloblastoma or keratocyst. In the tomography exam was constated that only was a single lesion. The endodontic treatment was realized because of pulp necrosis. On the surgical exploration, an empty cavity that is characteristic of the TBC was observed. For the cyst treatment, the curettage was chosen, and the radiographic monitoring was made showing improvement in the case. The image examination, clinical exams, differential diagnosis, and transoperative are essential for the correct diagnosis. The treatment of choice for TBC is a surgical exploration with curettage and radiographic monitoring for 12 to 17 months after surgery.

KEYWORDS: Traumatic Bone Cyst; Psdeudocyst; Surgical exploration; Solitary Bone Cyst.

Como citar este artigo

Pereira ACAL, Monaco NF, Macedo RG. Cisto ósseo traumático com abordagem endo-cirúrgica: um relato de caso. Rev Odontol Bras Central 2025; 34(93): 61-73. DOI: 10.36065/robrac.v34i93.1699