



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE - CCTS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**JOSÉ GILBERTO DA SILVA NASCIMENTO FILHO**

**CISTO ÓSSEO SIMPLES MANDIBULAR: RELATO DE CASO**

**ARARUNA - PB  
2018**

**JOSÉ GILBERTO DA SILVA NASCIMENTO FILHO**

**CISTO ÓSSEO SIMPLES MANDIBULAR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campus VIII, como requisito para obtenção de título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Msc. Pedro Everton Marques Goes

**ARARUNA - PB  
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N244c Nascimento Filho, Jose Gilberto da Silva.  
Cisto ósseo simples mandibular - relato de caso  
[manuscrito] / Jose Gilberto da Silva Nascimento Filho. - 2018.  
22 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2018.  
"Orientação : Prof. Me. Pedro Everton Marques Goes ,  
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."  
1. Curetagem. 2. Patologia Oral. 3. Cirurgia Bucal. I. Título  
21. ed. CDD 616.992314

JOSÉ GILBERTO DA SILVA NASCIMENTO FILHO

**CISTO ÓSSEO SIMPLES MANDIBULAR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campus VIII, como requisito para obtenção de título de Cirurgião-Dentista

Orientador: Prof. Msc. Pedro Everton Marques Goes  
Área de concentração: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Aprovada em: 14 / 11 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

*Pedro Everton Marques Goes*

Prof. Pedro Msc. Everton Marques Goes (Orientador)  
Faculdade Maurício de Nassau - Paraíba

*Ana Karina de Medeiros Tormes*

Prof.<sup>a</sup> Msc. Ana Karina de Medeiros Tormes  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Karoline Gomes da Silveira*

Prof.<sup>a</sup> Karoline Gomes da Silveira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha esposa, Josenilda Lima, pela dedicação,  
companheirismo e amor, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento de importância ímpar na minha vida, agradeço primeiramente a Deus por ter mim dado forças para seguir em frente e nunca desistir do meu sonho, ser Dentista. Igualmente agradeço pelas batalhas vencidas e por jamais me abandonar, mesmo nos momentos que achei tivesse esquecido de mim. Obrigado, Deus!

Agradeço a minha Mãe, Divaneide, por ter me ensinado tudo. Por ter sido minha professora da vida, desde criança. Obrigado, Mãe! Obrigado por me ensinar a honestidade, o respeito, a benevolência, por me mostrar como ser responsável e como seguir uma vida digna, sempre respeitando a todos. Agradeço a senhora por toda minha existência.

Agradeço, igualmente meu Pai, José Gilberto, por ter me ensinado a trabalhar e conseguir minhas próprias coisas com a dignidade do trabalho e isso, realmente, dignificou meu caráter. Obrigado, Pai!

A minha Vó, Francisca Paulino. Aquém dedico, irrestritamente, esse trabalho, sem a senhora nada disso seria possível. Agradeço, a ajuda financeira de sempre. Agradeço por nunca ter me dado não. Por ter me ajudado e patrocinado esse sonho, que sei que se tornou o seu sonho também. Te amo, Vó.

A minha amada esposa, com quem divido minha vida a mais de 11 anos e que me deu os presentes mais lindos e esperados, minhas amadas filhas, Giovanna e Geysa. Josy, meu amor, agradeço todos os dias por você existir, por ter te encontrado. Agradeço, imensamente, por ter mim dado todo o apoio para buscar meu sonho. Por ter me encorajado a escrever aquela carta pedindo a vó ajuda para poder cursar odontologia. Você é a responsável por eu estar aqui hoje, me tornando Cirurgião Dentista. A pessoa que me tornei, devo exclusivamente a você. Sei das suas abdições para me ajudar, sei o que fez por mim, principalmente quando estive morando em Natal. Não esqueço um só dia, de tudo. Do primeiro dia que me deixou lá, que foi embora trabalhar para me ajudar. Lembro de todos os momentos difíceis. Mas, sabe por que lembro? Por que isso me faz mais forte e me dá mais vontade de vencer para poder te retribuir em dobro tudo que fez e faz pela gente. Eu agradeço pela enésima vez, a Deus, por você estar aqui ontem, hoje e sempre. Te amo!

Ao professor Pedro Everton, a quem nutro uma admiração indiscutível. Ele que foi meu primeiro orientador na clínica cirúrgica, quem me ensinou a primeira anestesia. Um exímio profissional. Agradeço, de coração, sua disponibilidade e ajuda no meu último trabalho da graduação. Muito obrigado, amigo professor!

MUITO OBRIGADO À TODOS!

## SUMÁRIO

	<b>RESUMO .....</b>	<b>07</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>RELATO DE CASO .....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>15</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## CISTO ÓSSEO SIMPLES MANDIBULAR: RELATO DE CASO

José Gilberto da Silva Nascimento Filho\*

### RESUMO

Cisto Ósseo Simples (COS) é uma cavidade patológica benigna que não possui forro epitelial. Quando presente nos ossos gnáticos está mais intimamente associada a mandíbula do que a maxila. Clinicamente, é uma lesão indolor associada ao corpo mandibular na região entre canino e terceiro molar, afetando mais frequentemente homens entre a primeira e segunda década de vida. Pode ser constatado através de exames radiográficos de rotina, mostrando-se como uma área radiolúcida uni ou multilocular irregular e bem delimitada entre as raízes dos dentes envolvidos. Seu diagnóstico é clínico e radiográfico. Pode ser relatado sintomatologia associada, mas é mais frequente a ausência de tais sintomas. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é relatar um caso de Cisto Ósseo Simples Mandibular. Paciente, sexo masculino, 16 anos, leucoderma, ASA I, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Lauro Wanderley, encaminhado por ortodontista, devido a cisto mandibular observado em radiografia panorâmica. Durante a anamnese, paciente relatou ter sofrido trauma na região mandibular, devido à queda da própria altura, há aproximadamente 06 anos, não relatou qualquer sintomatologia digna de nota ou qualquer alteração sistêmica. Considerando os achados clínico radiográficos, a hipótese diagnóstica foi de cisto ósseo simples. O tratamento sugerido foi a exploração da cavidade óssea, sob anestesia local. O mesmo evoluiu satisfatoriamente durante o período pós-operatório e, após 6 meses do procedimento cirúrgico, pode-se observar, em radiografia panorâmica, neoformação óssea satisfatória na região operada.

**Palavras-Chave:** Curetagem. Patologia Oral. Cirurgia Bucal.

---

\* Aluno de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB/Campus VIII.  
E-mail: gilbertofilhopb@gmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

Cisto ósseo simples (COS) é uma cavidade patológica, benigna, que não possui revestimento epitelial. É classificado como um pseudocisto por ter similaridade radiográfica e clínica com cistos verdadeiros, excetuando-se as características histopatológicas. É uma anormalidade rara, representando de 1 à 2% dos pseudocisto da região mandibular e maxilar, sendo frequente nos ossos longos como úmero e fêmur. (FLORES et al., 2017).

Por não apresentar originalidade nas suas características clínicas e radiográficas, o COS deve ser distinguido de outras lesões, dos ossos gnáticos, especialmente translúcidas ao exame de imagem. Outrossim, também é conhecido como cisto ósseo traumático, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo solitário, cisto ósseo unicameral e cavidade óssea idiopática (MARTINS-FILHO et al., 2012; KYOUG-A KIM et al., 2013; FLORES et al., 2017).

Essa lesão, foi descrita pela primeira vez por Lucas e Blum em 1929. Para esses pesquisadores era uma lesão incomum, de crescimento tardio, não expansiva, indolor, intraóssea, apresentando-se vazia ou com presença de fluido, forrada com tecido conectivo sem epitélio. (CHARAN et al., 2012; AHLERS et al., 2013).

Clinicamente, é uma lesão indolor que afeta o corpo mandibular entre o canino e o terceiro molar, na região do osso esponjoso da porção inferior mandibular, sendo encontrado com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino entre os 10 e 20 anos de idade, sendo rara em crianças menores de 5 anos e em pacientes após a terceira década de vida. (CHARAN et al., 2012; VELASCO et al., 2012; BATTISTI et al., 2018).

O argumento de que essa patologia se associa mais a mandíbula em detrimento a maxila é devido essa estrutura possuir mais osso cortical e se regenerar mais lentamente do que a maxila, que apresenta menor cortical óssea. (MARTINS-FILHO et al., 2012).

O COS tem predisposição pelas áreas posteriores da mandíbula, corpo e ramo, apresentando como ponto primário de origem a região próxima ao forame mentoniano, a qual constitui o local primordial de ossificação mandibular. Entretanto, a sínfise mandibular é uma região que pode ser afetada e, com uma mínima taxa de incidência, a região maxilar. (BATTISTI et al., 2018).

Como já descrito, o corpo mandibular é a região mais afetada da mandíbula, representando 75% dos achados clínicos. Contudo, a natureza do COS não é clara, existindo uma vasta diversidade de teorias na literatura. Assim sendo, elencado apenas três, pode-se descrever, mas sem unanimidade, seu surgimento; entre elas, temos: 1) anomalia óssea de crescimento. Esta, teoria considera uma possível anomalia de diferenciação durante a

ossificação e crescimento relacionados a fatores ambientais locais que induzem alterações durante a angiogênese e a osteogênese. 2) processo tumoral degenerativo. Aqui, a lesão cística pode surgir como uma alteração benigna proveniente de displasia fibrosa e degeneração fibrosa. Por fim, 3) trauma hemorrágico. (HARNET et al., 2008).

Assim sendo, a teoria mais amplamente difundida, na literatura, está relacionada à existência de um trauma precedente que gera uma hemorragia local intramedular, seguida do surgimento de um hematoma pós-traumático. Esse hematoma gera uma pressão contra o locus afetado que causa uma interrupção da circulação local, levando ao surgimento da cavidade óssea mandibular. (VELASCO et al., 2012).

O tratamento recomendado é a exploração cirúrgica seguida da curetagem da região afetada. Método preconizado que além de servir como diagnóstico, atua como terapia resolutiva. Em contrapartida, por serem identificados em achados clínicos acidentais, como em exames para tratamento ortodôntico, essas lesões apresentam poucos casos de resolução espontânea, que destaca o possível tratamento não cirúrgico, onde se reduz os casos de morbidade para os pacientes. (BATTISTI et al., 2018).

Radiograficamente, apresenta-se como uma imagem radiolúcida unilocular bem delimitada, podendo apresentar-se multilocular com margens irregulares que se estende entre as raízes dos dentes, onde raramente exhibe expansão da cortical óssea e reabsorção radicular. (KUMAR et al., 2015).

Todavia, quando o padrão radiográfico mostra-se multilocular, o que compreende 1/3 dos casos, e quando se associa a displasias como a cemento florida, existe uma alta taxa de reincidência e a lesão passa a assumir similaridade imagenológica simulando tumores mandibulares e maxilares (MARTINS-FILHO et al., 2012).

Assim, o objetivo desse trabalho é relatar um caso de Cisto Ósseo Simples Mandibular.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente, gênero masculino, 16 anos, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Lauro Wanderley, encaminhado por ortodontista, devido a lesão mandibular observada em radiografia panorâmica. Durante a anamnese, paciente relatou ter sofrido trauma na região mandibular, devido à queda da própria altura, há aproximadamente 06 anos, não relatou qualquer sintomatologia digna de nota ou qualquer alteração sistêmica, sendo enquadrado, de acordo com a classificação da *American Society of Anesthesiology*, em ASA I. Ao exame físico intra e extra-oral (Fig. 1 e 2) não foram observados alterações da normalidade. Ao exame de imagem (Fig. 3), observou-se em reconstrução panorâmica de cortes tomográficos área hipodensa, em corpo mandibular direito, de limites bem definidos, mantendo íntimo contato com os ápices dos dentes 43, 44, 45 e 46, e apresentando invasão do espaço interradicular, sem causa rizólise ou deslocamento das estruturas dentárias. No cortes parassagitais, pode-se perceber a ausência de osso medular e que a lesão gerou leve expansão da cortical lingual, sem gerar fenestrações. Considerando os achados clínico radiográficos, a hipótese diagnóstica foi de cisto ósseo simples. O tratamento sugerido foi a exploração da cavidade óssea, sob anestesia local. Para tanto, realizou-se retalho trapezoidal através de incisão intrasulcular (43-46) com duas incisões relaxantes para evitar tensão. A punção aspirativa prévia a abertura da loja óssea, foi positiva para conteúdo serosanguinolento (Aproximadamente 5ml) e pequena quantidade de ar. Fez-se então acesso ósseo utilizando-se broca de corte circular tipo trefina, em duas regiões. Por esses acessos, a lesão foi submetida à curetagem, a qual não identificou cápsula ou epitélio cístico, resultando em ausência de coleta de material para exame histopatológico. Por fim, a cavidade óssea foi irrigada com quantidade copiosa de soro fisiológico 0,9% e devidamente aspirada. Revisou-se, criteriosamente, a hemostasia local e procedeu-se com síntese através de pontos simples e pontos interpapilares utilizando-se fio reabsorvível tipo Vycril® 4-0. O paciente recebeu terapia antibiótica (Amoxicilina 500 mg 08/08h por 07 dias), anti-inflamatória (Ibuprofeno 600 mg 12/12h por 03 dias) e analgésica (Dipirona 500mg 06/06h por 02 dias). O mesmo evoluiu satisfatoriamente durante o período pós-operatório e, após 6 meses do procedimento cirúrgico, pode-se observar, em radiografia panorâmica, neoformação óssea satisfatória na região operada.

### 3 DISCUSSÃO

Comumente diagnosticado no espaço medular da mandíbula, sobre o canal alveolar inferior, o COS, ocasionalmente, pode estar associado em região anterior mandibular. São lesões, na maioria das vezes, assintomáticas e detectadas em exames radiográficos de rotina. Entretanto, quando sintomatologia é identificada pode ser descrita como: edema, expansão óssea associada à dor, parestesia, sensibilidade dentária e, até, fratura patológica mandibular. Raramente, pode-se se observar reabsorção radicular com eliminação da lâmina dura dos dentes envolvidos. O contorno entre as raízes dos dentes adjacentes é tido como uma característica íntima dessa anomalia. (IMANIMOGHADDAM et al., 2011).

São considerados pseudocisto e devem ser diferenciados de cistos verdadeiros porque o seu manejo é diferente. Com base nisso, alguns desses COS envolvem sintomas subjetivos e, a maioria, são descobertos incidentalmente durante radiografias para outras causas que não cirúrgicas. Dessa maneira, o diagnóstico correto é susceptível de ser logrado êxito apenas durante a cirurgia de acesso, descobrindo, assim, uma cavidade sem revestimento epitelial. (GRECCHI F et al., 2012).

Radiograficamente, deve ser distinguida de outras lesões radiolúcida que afetam a mandíbula, como: lesão central de células gigantes, cisto ósseo aneurismático, mixoma odontogênico, tumor odontogênico ceratocístico e ameloblastoma. Todavia, é condição indispensável, para um diagnóstico precoce, a história do paciente à anomalia e o exame clínico e radiográfico. É importante ressaltar que uma boa análise pós-cirúrgica através dos exames de imagem ajuda a prevenir uma possível recorrência dessa lesão. (IMANIMOGHADDAM et al., 2011; KYOUNG-A KIM et al., 2013; VELASCO et al., 2012; SUREJ KUMAR et al., 2015).

Além de sua aparente similaridade com cistos odontogênicos e não-odontogênicos, radiograficamente, quando surge no corpo mandibular, pode ser confundido com um ceratocisto e um cisto radicular. Isto ocorre em virtude do seu pouco crescimento e às suas bordas. Por essa razão, seu diagnóstico diferencial entre essas duas classes de cistos pode ser dificultado. (HYOUNG et al., 2016; DINCER et al., 2012; NAGORI et al., 2014).

Como já descrito, a particularidade radiográfica do COS é a margem da lesão contornando as raízes dos dentes envolvidos. Todavia, Kyoung-A Kim (2013) e colaboradores relataram que quando identificadas características de margem recortada, ausência de lâmina dura, expansão do osso nodular, múltiplas cavidades e reabsorção radicular, associa-se à uma alta taxa de recorrência dessa lesão.

Histopatologicamente, quando analisado, mostra uma lesão sem forro epitelial, circundada por tecido conectivo denso fibroso. Pode-se perceber presença de osso osteóide, que indica reativa formação óssea. Como também, identifica-se regiões cavidadas chamadas de lacunas de Howship, indicativas de atividade osteoclástica anterior. (KYOUNG-A KIM et al., 2013).

O Cisto Ósseo Simples é uma patologia óssea mandibular que apresenta poucos estudos prévios e retrospectivos de suas características. Apresenta nomenclatura variada e um leque de aspectos atípicos. Assim, torna-se extremamente importante conhecer as particularidades clínicas e radiográficas que são valiosas como hipótese de diagnóstico entre outras lesões radiolúcidas da mandíbula (FLORES et al., 2017).

Em contrapartida a escassez de estudos prévios à lesão, Y Suei et al (2010), em seu estudo relatam a existência de vários tratamentos e prognósticos para o cisto ósseo simples. Sendo assim, em alguns casos, o singelo acompanhamento radiográfico sem cirurgia pode demonstrar cura espontânea. Às vezes a lesão é resolvida após a aspiração ou exploração sem curetagem. Alguns casos, pode envolver a extração do dente envolvido, ressecção parcial da mandíbula, ou operações repetidas de mais de três leões recorrentes.

Essa lesão óssea cística mandibular, não tumoral, representa 1% de todos os cistos que atuam na mandíbula. (MADIRAJU et al., 2014). Contrapondo o dito, Flores et al (2017), em importante estudo epidemiológico realizado no centro de diagnóstico de doenças bucais da FO/UFPel entre 1959-2012, entre outras 354 patologias ósseas, identificaram o Cisto Ósseo Simples como a 3ª anomalia óssea mandibular mais frequente, com 42 relatos, representando 11,86% de todas as patologias ósseas que afetam a mandíbula.

O Cisto Ósseo Simples é uma lesão com bom prognóstico. A exploração cirúrgica para estabelecer o diagnóstico atua como terapia suficiente para o êxito do tratamento. Todavia, é condição indispensável, durante o acompanhamento pós-cirúrgico, a criteriosa avaliação clínico-radiográfica, tendo em vista que a cura ou recorrência deve ser evidenciada num período de dois anos à dois anos e cinco meses. (VELASCO et al., 2012)

Em um primeiro momento, o COS mimetiza um cisto periapical, posteriormente pode ocasionar a expansão do osso cortical e raramente a reabsorção da raiz do dente envolvido. A recorrência dessa lesão é incomum após tratamento cirúrgico. (CHARAN et al., 2012). Em contrapartida, Velasco et al (2012) relata um caso, atípico, de persistência, dessa anomalia em um pós-cirúrgico de 4 anos.

Em importante estudo realizado por Y Suei et al (2010), que incluiu 31 pacientes com COS tratados em ambiente hospitalar, mais 108 casos publicados na literatura em língua

inglesa, os autores puderam expor os resultados dessa pesquisa cujo tratamento foi seguido de cura ou recorrência. Sendo assim, foi declarado que 102 casos obtiveram cura por completo e sem recorrência e 37 casos com recorrência, o que contabilizou uma taxa de 26,6% de casos com ressurgimento da lesão. Além disso, identificaram que a recorrência estava atrelada à pacientes mais velhos e do sexo feminino.

É notório que o exame radiográfico fornece informações importantes sobre as lesões de COS, incluindo a presença de condições associadas à outras anomalias tais como a displasia óssea e displasia fibrosa. Dessa forma, torna-se necessária a boa interpretação dos exames de imagem para o diagnóstico preciso do Cisto Ósseo Simples. É importante ressaltar, também, que as lesões de COS que ocorrem sem associação com a displasia óssea tem cura melhor do que os casos associados à esta displasia. (Y SUEI et al., 2010; RAO et al., 2011)

Falha ou morosidade no tratamento dessa patologia pode predispor a uma fratura patológica da mandíbula. Como forma de tratamento simples e eficaz, a exploração seguida por curetagem das paredes ósseas tem sido o manejo mais amplamente difundido e recomendado para os casos de Cisto Ósseo Simples. Essa manobra produz hemorragia na cavidade com posterior formação de coágulos que favorece a neoformação óssea no local. (MADIRAJU et al., 2014; SUREJ KUMAR et al., 2015; DINCER et al., 2012; BANDA et al., 2012; NAGORI et al., 2014; SHAH et al., 2013; AHLERS et al., 2013). Terapia, esta, que se enquadra na forma de tratamento aplicada no nosso relato de caso.

Durante a cirurgia de acesso, a possibilidade de lesão vascular é excluída quando a aspiração da cavidade não revela pus ou hemorragia associada, apenas um escasso fluido serosanguíneo é obtido. Quando descoberto precocemente, o COS contém sangue ou fluido. Quando os contém, geralmente eletrólitos e proteínas estão em concentrações semelhantes com as do soro. O fluido diminui com o passar da idade do cisto até a cavidade ficar completamente vazia. (MADIRAJU et al., 2014; SUREJ KUMAR et al., 2015).

Na abordagem cirúrgica, da lesão, uma janela é feita com uma broca cirúrgica. Em seguida, observa-se se a cavidade está vazia ou com alguma quantidade de fluido escasso e cor de palha, que é, invariavelmente, desprovida de epitélio. Esse fluido é totalmente aspirado. Realiza-se a curetagem das paredes da cavidade, excluindo o teto para preservar a vitalidade dos dentes adjacentes. Posteriormente, o sítio cirúrgico é copiosamente irrigado com soro fisiológico 0,9% e em seguida suturado. (GRECCHI F. et al., 2012).

Como alternativa à exploração e curetagem, Madiraju et al (2014) relatam a injeção, na cavidade cística, de sangue autógeno com posterior obtenção de resultados positivos na regeneração óssea. Por conseguinte, os autores também descrevem, para os casos de grandes

falhas ósseas e quando se pretende reabilitar com implantes, o uso de materiais halogênicos como o osso liofilizado, hidroxiapatita ou espuma em gel.

Outras formas de tratamento podem ser evidenciadas na literatura. Assim sendo, relatos da inserção de espuma saturada com trombina e penicilina, aloenxertos ósseos ou a aplicação de acetato de prednisolona, tem sido utilizados para se evitar o risco de reincidência e como alternativa a curetagem. Também, existe relatos da transferência de tecido livre, proteína morfogênica óssea e placas de reconstrução, para ajudar na cura e no processo de reabilitação. Além disso, o uso de PRP (Plasma Rico em Plaquetas) dentro da cavidade, tem sido sugerido como alternativa para aumentar a regeneração óssea, criando tecido osteóide e osteoblastos imaturos dentro de 3 a 6 meses, melhorando a qualidade e quantidade de tecido ósseo recém formado. (BANDA et al., 2012; SUBRAMANIAM et al., 2013; MUHAMMAD et al., 2016).

Essa patologia é descrita na literatura como sendo benigna. No entanto, em certos casos, pode ser sintomática causando dor e destruindo o nervo alveolar inferior. Muhammad et al (2016) descrevem um caso de COS que destruiu o ramo, ângulo e parte do corpo mandibular, tornando essas estruturas muito finas. Também, em um importante relato, Ahlers et al (2013) trazem um caso de um adolescente que sofreu fratura patológica da mandíbula secundária a um cisto ósseo simples.

O tratamento cirúrgico para grandes lesões císticas mandibulares, quando associado com a remoção de um dente profundamente impactado pode ocasionar uma fratura iatrogênica da mandíbula. Por essa razão, a recessão em bloco é uma modalidade de tratamento restrita a lesões grandes, por causa da morbidade que esse procedimento pode ocasionar. (MUHAMMAD et al., 2016; GRECCHI et al., 2012)

Além da radiografia convencional – ortopantomografia – a tomografia computadorizada e ressonância magnética são utilizadas como métodos de auxílio no diagnóstico de COS. Não obstante, pode ser complexo de conseguir seu efetivo descobrimento, até mesmo por exame de contraste. Em virtude disso, métodos invasivos como a exploração e curetagem das paredes ósseas devem ser utilizados para se conseguir êxito no desvendar dessa patologia. Além disso, atuam como terapia eficaz na resolução da lesão. (GRECCHI et al., 2012).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por mais que seja uma lesão com prognóstico favorável, o COS, por apresentar similaridade radiográfica e clínica com um leque de lesões ósseas mandibulares necessita, para o êxito no tratamento, da realização de um criterioso exame clínico em conjunto com planejamento cirúrgico que disponha de imagens radiográficas com riqueza de detalhes associado à manejo adequado, que em grande parte dos casos tratados a simples exploração da cavidade, para o estabelecimento do diagnóstico, por si só, já pode lograr resultados positivos no tratamento da patologia.

É importante inferir que para lesões de COS com grandes dimensões, dispomos de uma série de tratamentos relatados na literatura. Associado a isto, para casos em que após a curetagem da cavidade se deseje preparar o locus para o futura reabilitação com implantes dentários, materiais halogênicos como o osso liofilizado, hidroxiapatita ou espuma em gel podem ser utilizados na cavidade óssea cística. No entanto, para o nosso caso aqui retratado, o manejo de escolha foi o preconizado pela literatura vigente, que é a exploração cirúrgica da cavidade seguida de curetagem associada a irrigação intermitente com soro fisiológico. Essa técnica foi capaz de eliminar a patologia e proporcionar a neoformação óssea na região afetada, o que pode ser evidenciado nos exames radiográficos de acompanhamento pós cirúrgicos.

## **ABSTRACT**

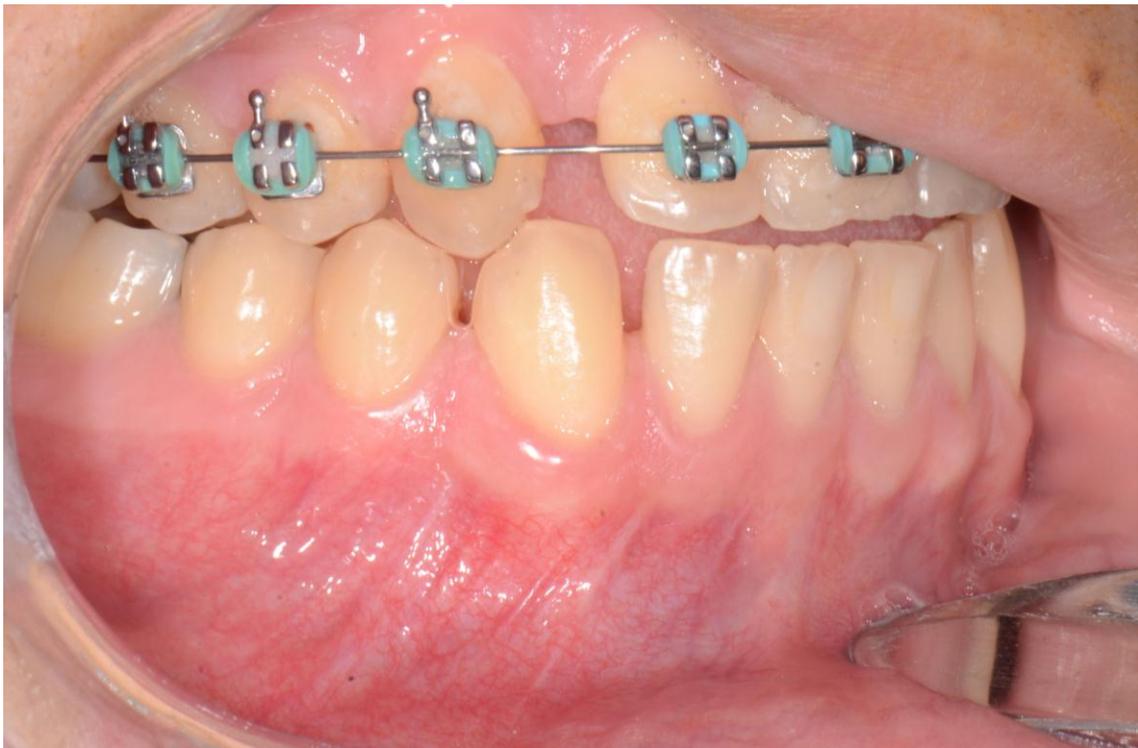
### **SIMPLE MANDIBULAR BONE CYST: CASE REPORT**

Simple bone cyst (COS) is a benign pathological cavity that lacks epithelial lining. When present in the gnathic bones is more intimately associated with the jaw than the maxilla. Clinically, it is a painless lesion associated with the mandibular body in the region between canine and third molar, most frequently affecting men between the first and second decade of life. It can be verified through routine radiographic examinations, showing as a radiolucide area uni or multilocular irregular and well delimited between the roots of the teeth involved. Its diagnosis is clinical and radiographic. Associated symptomatology may be reported, but the absence of such symptoms is more frequent. Thus, the objective of this study is to report a case of Mandibular simple bone cyst treated in a surgical manner through exploration and curettage, followed by irrigation with 0.9% saline solution. Patient, male, 16 years old, Leucoderma, ASA I, attended the Department of Buccomaxillofacial Surgery and traumatology of the Hospital Universitário Lauro Wanderley, referred by orthodontist, due to mandibular cyst observed in radiography Panoramic. During the anamnesis, the patient reported having suffered trauma in the mandibular region, due to the fall of the height, about 06 years ago, did not report any symptomatology worthy of note or any systemic alteration. Considering the radiographic clinical findings, the diagnostic hypothesis was simple bone cyst. The suggested treatment was the exploration of the bone cavity under local anesthesia. The same progressed satisfactorily during the postoperative period and, after 6 months of the surgical procedure, it can be observed, in panoramic radiography, satisfactory bone neoformation in the operated region.

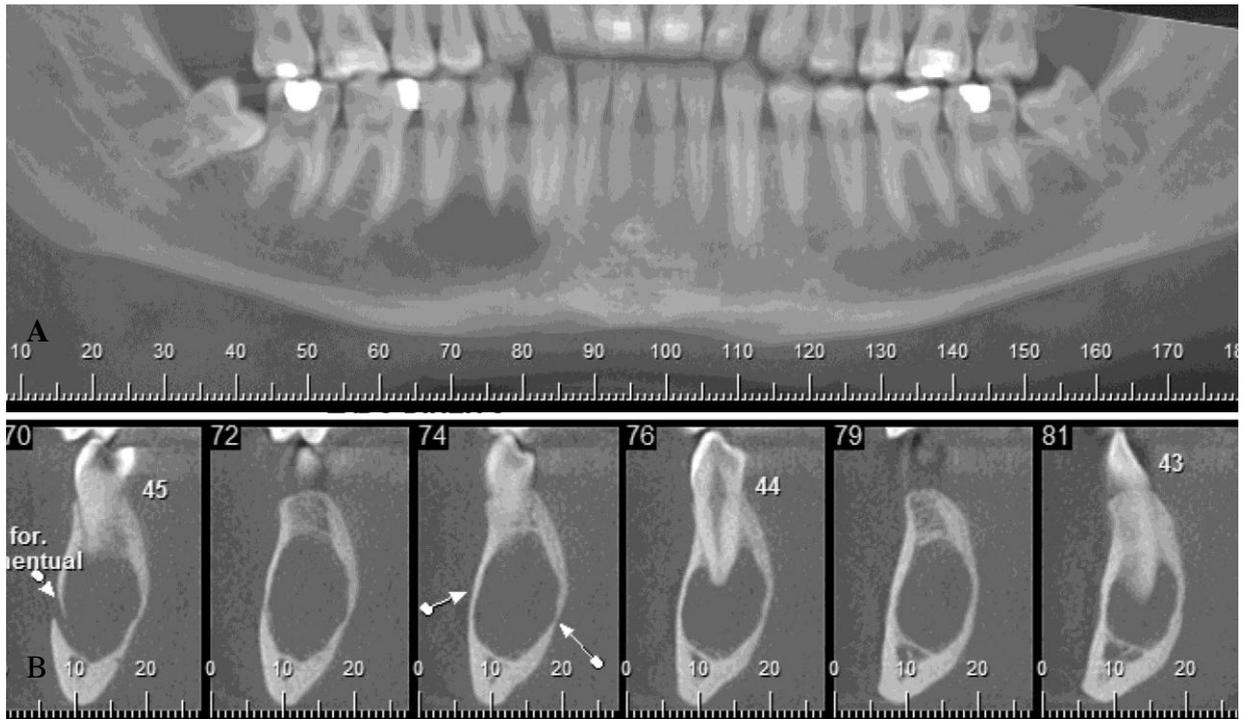
**Keywords:** Simple bone cysts. Oral pathology, Oral surgery.



**FIGURA 1** : A – Foto extra-oral frontal B- Foto em em vista caudo-cranial. Notar ausência de alterações importantes.



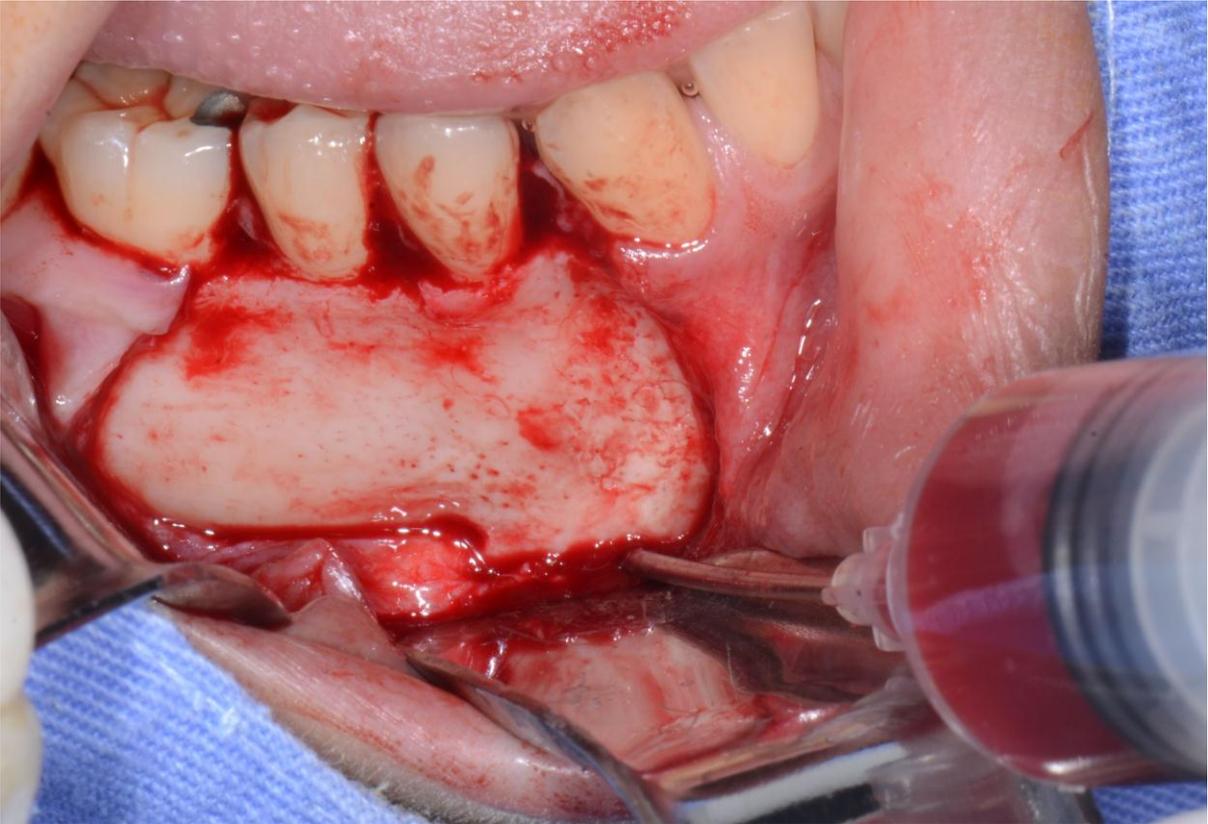
**FIGURA 2** – Fotografia intraoral. Notar ausência de expansão cortical.



**FIGURA 3** – A- reconstrução panorâmica de cortes tomográficos B-Cortes Parassagitais



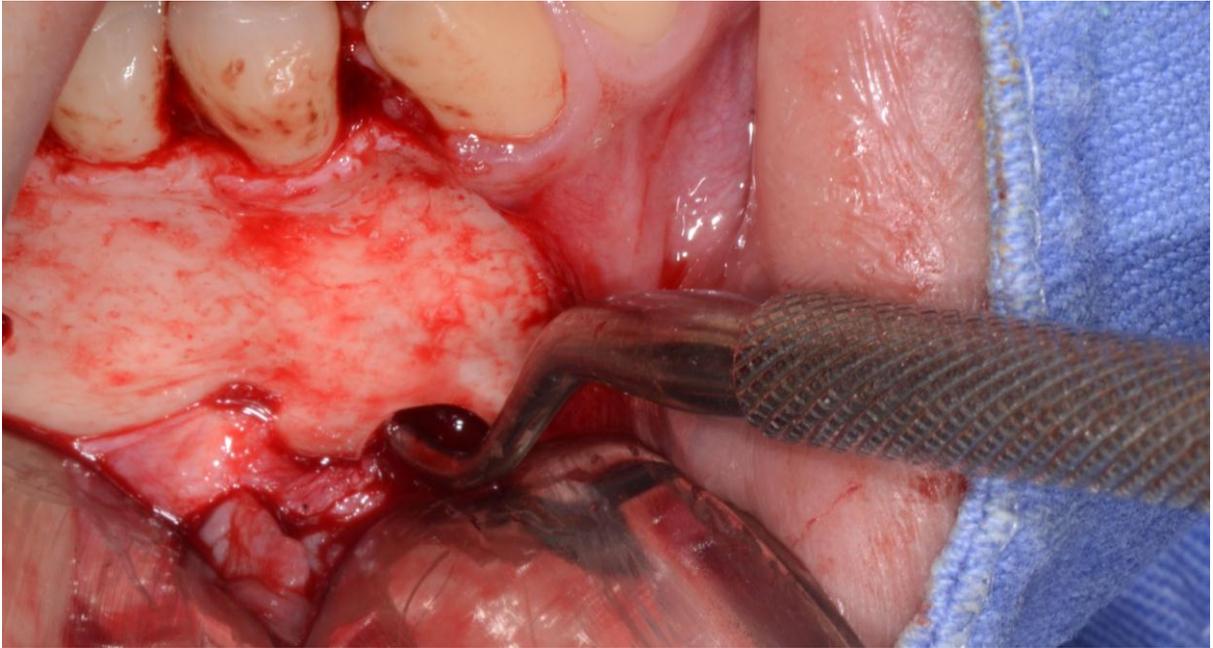
**FIGURA 4** – Retalho cirúrgico



**FIGURA 5 -** Punção aspirativa



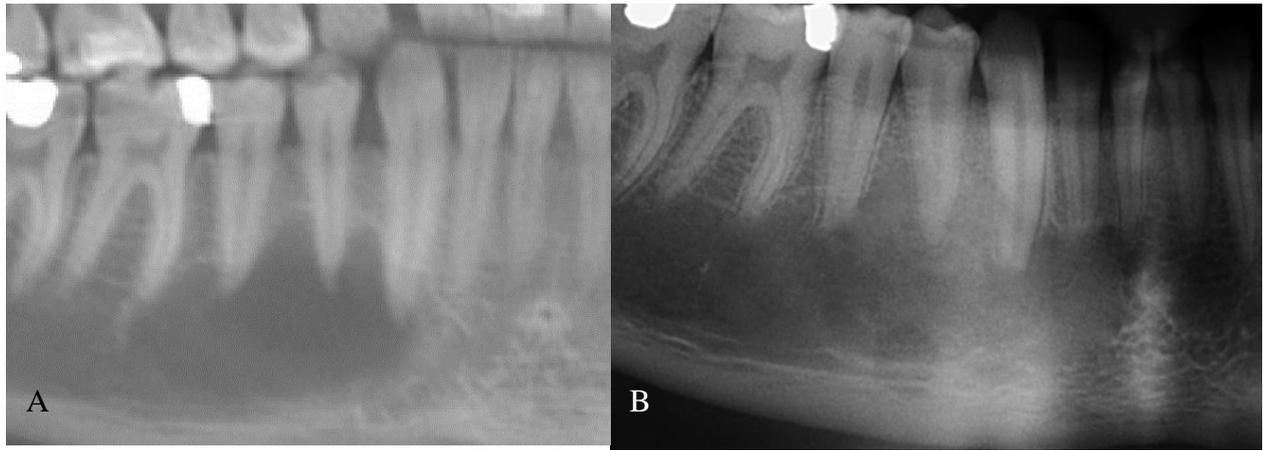
**FIGURA 6 -** Acessos ósseos executados com broca circular tipo trefina



**FIGURA 7 -** Exploração cirúrgica/Curetagem



**FIGURA 8 -** Sutura



**FIGURA 9 – Comparativo radiográfico (A) pré- operatório (B) 6 meses de pós-operatório**

## REFERÊNCIAS

- AHLERS E. et al. Pathologic Fracture of the Mandible Secondary to Traumatic Bone Cyst. **Craniofacial Trauma & Reconstruction**. 2013;6(3):201-204. doi:10.1055/s-0033-1343782.
- BANDA NR, et al. Management of Traumatic Bone Cyst in a 3-Year-Old Child: A Rare Case Report. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. 2012;5(3):213-216. doi:10.5005/jp-journals-10005-1169.
- BATTISTI, Maíra de Paula Leite et al. Assessment of spontaneous resolution of idiopathic bone cavity. **Journal of Applied Oral Science**, v. 26, 2018.
- CHARAN, HS. et al. Simple bone cyst of mandible mimicking periapical cyst. **Clinics and Practice**. 2012;2(3):e59. doi:10.4081/cp.2012.e59.
- DINCER O, et al. Traumatic bone cyst mimicking radicular cyst. **BMJ Case Reports**. 2012;2012:bcr2012007316. doi:10.1136/bcr-2012-007316.
- FLORES I-L, et al. Simple and aneurysmal bone cyst: Aspects of jaw pseudocysts based on an experience of Brazilian pathology service during 53 years. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**. 2017;22(1):e64-e69. doi:10.4317/medoral.21551.
- FRASCINO A.V. et al. A simple mandibular bone cyst with remarkable tooth resorption. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry/ Oral Pathology**. 2014; Vol.20, n2.
- GRECCHI F. et al. A case report of haemorrhagic-aneurysmal bone cyst of the mandible. **Dental Research Journal**. 2012;9(Suppl 2):S222-S224. doi:10.4103/1735-3327.109763.
- HARNET, Jean-Claude et al. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 66, n. 11, p. 2345-2348, 2008.
- HYOUNG-K KIM, et al. Bony window approach for a traumatic bone cyst on the mandibular condyle: a case report with long-term follow-up. **Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**. 2016;42(4):209-214. doi:10.5125/jkaoms.2016.42.4.209.
- IMANIMOGHADDAM M. et al. S. Simple Bone Cyst of the Mandible: Report of Two Cases. **Iranian Journal of Radiology**. 2011;8(1):43-46.
- KUMAR S.L.K. et al. Traumatic Bone Cyst of Mandible. **Journal of Maxillofacial & Oral Surgery**. 2015;14(2):466-469. doi:10.1007/s12663-010-0114-8.
- KYOUNG-A KIM et al. Recurrent simple bone cyst of the mandibular condyle: a case report. **Imaging Science in Dentistry**. 2013;43(1):49-53. doi:10.5624/isd.2013.43.1.49.

MADIRAJU G, et al. Solitary bone cyst of the mandible: a case report and brief review of literature. **BMJ Case Reports**. 2014;2014:bcr2013200945. doi:10.1136/bcr-2013-200945.

MARTINS-FILHO, Paulo Ricardo Saquete et al. Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 78, n. 2, p. 16-21, 2012.

MUHAMMAD JK, et al. Regeneration of a Compromized Masticatory Unit in a Large Mandibular Defect Caused by a Huge Solitary Bone Cyst: A Case Report and Review of the Regenerative Literature. **Journal of Maxillofacial & Oral Surgery**. 2016;15(Suppl 2):295-305. doi:10.1007/s12663-015-0828-8.

NAGORI SA, et al. Traumatic bone cyst of the mandible in Langer-Giedion syndrome: a case report. **Journal of Medical Case Reports**. 2014;8:387. doi:10.1186/1752-1947-8-387.

RAO K.A, et al. Co-Occurrence of Florid Cemento-Osseous Dysplasia and Simple Bone Cyst: a Case Report. **Journal of Oral & Maxillofacial Research**. 2011;2(3):e5. doi:10.5037/jomr.2011.2305.

SHAH KM, et al. Traumatic bone cyst or solitary bone cyst. **BMJ Case Reports**. 2013;2013:bcr2013008998. doi:10.1136/bcr-2013-008998.

SUBRAMANIAM P. et al. Bone regeneration with plasma-rich-protein following enucleation of traumatic bone cyst. **European Journal of Dentistry**. 2013;7(3):377-381. doi:10.4103/1305-7456.115427.

SUEI Y. et al. Radiographic findings and prognosis of simple bone cysts of the jaws. **Dentomaxillofacial Radiology**. 2010;39(2):65-72. doi:10.1259/dmfr/54872008.

VELASCO I, et al. The unusual evolution of a simple bone cyst in the mandible: A case report. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**. 2012;4(2):e132-e135. doi:10.4317/jced.50730.