

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

LETÍCIA MARIA PEREIRA TEIXEIRA

RESOLUÇÃO DE CISTO ÓSSEO SIMPLES APÓS EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA –
RELATO DE CASO CLÍNICO

BAURU

2019

LETÍCIA MARIA PEREIRA TEIXEIRA

RESOLUÇÃO DE CISTO ÓSSEO SIMPLES APÓS EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA –
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Odontologia –
Universidade do Sagrado Coração.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes
Cardoso.

BAURU

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

T266r	<p>Teixeira, Letícia Maria Pereira</p> <p>Resolução de cisto ósseo simples após exploração cirúrgica - relato de caso clínico / Letícia Maria Pereira Teixeira. -- 2019. 25f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP</p> <p>1. Cavidade óssea idiopática. 2. Cisto ósseo simples. 3. Exploração cirúrgica. 4. Resolução espontânea. I. Cardoso, Camila Lopes. II. Título.</p>
-------	--

LETÍCIA MARIA PEREIRA TEIXEIRA

RESOLUÇÃO DE CISTO ÓSSEO SIMPLES APÓS EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA –
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de Bacharel em
Odontologia – Universidade do Sagrado
Coração.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes
Cardoso.

Aprovado em 04/12/2019

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso (Orientadora)
Universidade do Sagrado Coração

Prof. Dr. Leandro de Andrade Holgado
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Danieli Colaço Ribeiro Siqueira
Universidade do Sagrado Coração

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Leila e Ed, por todo incentivo e suporte para que esse sonho pudesse ser realizado, e também à minha querida irmã Lívia e meu namorado Luan por todo apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por me guiar para a melhor escolha que eu poderia ter feito, que foi a de cursar Odontologia, e por ter me proporcionado saúde para que eu pudesse aproveitar esses quatro anos da melhor forma possível.

Aos meus pais Leila e Ed, o meu mais profundo e sincero agradecimento, pois sem eles nada seria possível. São as pessoas que mais acreditam em mim e que me incentivam a dar o meu melhor em tudo o que faço. Agradeço pelo amor, atenção e educação que me deram, e por permitirem realizar mais um sonho. Eles são meu porto seguro e a minha base. Sou o que sou hoje, graças a eles. Essa conquista é nossa.

A minha irmã Lívia, que é a minha melhor amiga e a pessoa que vibra comigo cada conquista. Me apoia em todas as minhas decisões e é o meu maior exemplo de força de vontade e entusiasmo.

Ao meu namorado Luan, que esteve presente em todos os momentos e que acompanhou cada etapa desse trabalho, sempre me dando forças e conselhos. Agradeço pela compreensão nos momentos em que tive que me ausentar para poder me dedicar aos estudos e por sempre me impulsionar a correr atrás das minhas vontades.

Aos meus queridos familiares por todo apoio e torcida ao longo desses anos e aos meus amigos por dividirem comigo cada momento e por todo suporte nos momentos de dificuldade. Em especial a minha amiga e dupla Gabriela Janson que esteve diariamente ao meu lado nessa caminhada, me ajudou em tudo e tornou os momentos mais especiais.

A minha orientadora Camila por sempre estar disposta a ajudar, pela paciência, por todo conhecimento a mim transmitido e por sempre me receber com tanto carinho e atenção.

A todos os meus professores que eu tanto admiro, que me ensinaram não só as técnicas mas também a evoluir como ser humano e profissional. Por terem sido acessíveis sempre que precisei de ajuda e conselhos e por serem além de professores, amigos. São grandes inspirações para mim.

Por fim, agradeço ao Centro Universitário Sagrado Coração por me proporcionar toda a estrutura e suporte necessário para a realização desse trabalho.

RESUMO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 20 anos de idade, foi encaminhado ao ambulatório de Estomatopatologia para avaliação de área radiolúcida em mandíbula visualizada em radiografia panorâmica que havia feito para planejamento ortodôntico. Ao exame físico intrabucal não apresentou nenhuma alteração e relatava ausência de sintomas. Na história médica, não havia nada digno de nota. A radiografia panorâmica revelou área radiolúcida unilocular com margens festonadas entre os dentes 35 ao 37 e ausência do dente 38. Os testes de vitalidade pulpar dos dentes envolvidos foram positivos. Tomografia computadorizada de feixe cônico revelou ausência de reabsorção radicular e envolvimento medular predominante. Diante dos aspectos clínicos e radiográficos, o diagnóstico presuntivo foi de cisto ósseo simples e queratocisto odontogênico. Optou-se inicialmente pelo acompanhamento clínico e radiográfico da alteração e, após três meses, não houve alteração. Entretanto, diante da ansiedade dos pais e interesse no tratamento ortodôntico, foi feita uma cirurgia com finalidade exploratória. No trans-operatório foi constatada uma cavidade óssea, sem conteúdo e revestimento, portanto o diagnóstico final foi de Cisto ósseo simples (COS). O COS ou Cisto ósseo traumático é uma lesão não neoplásica que acomete mais a segunda década de vida. Sua etiologia ainda não é bem esclarecida, mas acredita-se que seja de origem traumática. A literatura considera que os aspectos clínicos e radiográficos do cisto ósseo simples são bastante conclusivos, por isso, a preservação através de exame clínico e radiográfico tem sido recomendada e, em alguns casos, pode ser indicada a realização de uma exploração cirúrgica confirmando o diagnóstico. Por fim, o presente caso clínico ilustra a evolução de cicatrização de um COS após 6 meses de exploração cirúrgica, demonstrando ser uma opção terapêutica viável.

Palavras-chave: Cisto ósseo simples. Cavidade óssea idiopática. Exploração cirúrgica. Resolução espontânea.

ABSTRACT

A 20-year-old male patient, leucodermic, was referred to the Stomatopathology outpatient clinic for evaluation of the radiolucent area in the mandible viewed on panoramic radiography that he had done for orthodontic planning. At the intraoral physical examination, it showed no alterations and reported no symptoms. In medical history, there was nothing noteworthy. Panoramic radiography revealed unilocular radiolucent area with scalloped margins between teeth 35 to 37 and absence of tooth 38. Pulp vitality tests of the teeth involved were positive. Cone-beam computed tomography revealed absence of root resorption and involvement of the predominant cancellous bone. Given the clinical and radiographic aspects, the presumptive diagnosis was simple bone cyst and odontogenic keratocyst. Initially, the clinical and radiographic follow-up of the alteration was chosen and, after three months, there was no alteration. However, due to parental anxiety and interest in orthodontic treatment, an exploratory surgery was performed. During the operation, a bone cavity was found, with no content and lining, so the final diagnosis was simple bone cyst (COS). COS or Traumatic Bone Cyst is a non-neoplastic lesion that affects the second decade of life. Its etiology is not yet well understood, but it is believed to be traumatic in origin. The literature considers that the clinical and radiographic aspects of the simple bone cyst are quite conclusive, therefore, preservation through clinical and radiographic examination has been recommended and, in some cases, a surgical exploration confirming the diagnosis may be indicated. Finally, the present clinical case illustrates the evolution of COS healing after 6 months of surgical exploration, proving to be a viable therapeutic option.

Keywords: Simple bone cyst. Idiopathic bone cavity. Surgical exploration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Aspecto clínico normal da região afetada.....	8
Figura 2 - Radiografia panorâmica ilustrando a lesão radiolúcida, bem circunscrita, entre os dentes 36 e 37.....	9
Figura 3 - Reconstruções de tomografia computadorizada de feixe cônico denotando preservação do canal mandibular e ausência de expansão das corticais.....	9
Figura 4 - Imagem da cirurgia com finalidade de diagnóstico. Exposição da área afetada.....	10
Figura 5 - Osteotomia realizada e acesso à cavidade.....	11
Figura 6 - Sutura após exploração cirúrgica.....	11
Figura 7 - Radiografia panorâmica 6 meses depois da cirurgia revelando cicatrização óssea na região.....	12

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3	OBJETIVO.....	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	RELATO DE CASO.....	16
6	DISCUSSÃO	21
7	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O Cisto ósseo simples (COS) é classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma lesão não neoplásica relacionada aos ossos, considerada como um pseudocisto, pois é uma cavidade sem revestimento epitelial com conteúdo vazio ou sanguinolento no seu interior. O COS também apresenta como sinônimos: cisto ósseo solitário, cisto ósseo traumático, cisto ósseo hemorrágico, cisto ósseo unicameral, cisto hemorrágico e cavidade óssea idiopática (BARNES *et al.*, 2005).

A sua faixa etária prevalente varia entre 15 e 20 anos, 50% são do gênero masculino e tem predileção pelos ossos longos. Quando afeta os ossos gnáticos, a mandíbula é a mais acometida, com poucos relatos de caso na literatura afetando a maxila (LUCAS *et al.*, 1929). A sua etiologia é incerta, alguns autores sugerem um possível trauma associado, o qual gera um hematoma no local que não consegue ser reparado e que, portanto, se liquefaz dando origem à cavidade (JESUS, 2010).

Clinicamente, o COS é uma lesão assintomática e que em sua maioria, não apresenta expansão óssea, sendo imperceptível durante o exame físico intrabucal. Radiograficamente, se apresenta como uma lesão radiolúcida, unilocular, bem definida e com margens festonadas em torno das raízes dos dentes adjacentes à lesão (JESUS *et al.*, 2010). Os dentes envolvidos na região da alteração, não apresentam sua vitalidade alterada, nem são reabsorvidos. O defeito pode variar de 1 a 10 cm de diâmetro (NEVILLE *et al.*, 2009). Segundo autores, não há evidências de deslocamento dos dentes e suas lâminas duras não são afetadas (HARRIS *et al.*, 1992).

A suspeita de um COS se dá considerando seus achados clínicos e imaginológicos. O diagnóstico diferencial se faz com outras lesões ósseas radiolúcidas, como tumores odontogênicos (ameloblastoma, mixoma, fibroma odontogênico) e lesão central de células gigantes. Entretanto, o aspecto crenado e não expansivo desta lesão é bastante similar ao do queratocisto odontogênico (BEZERRA *et al.*, 2013). O diagnóstico definitivo é obtido quando se faz uma biópsia intraóssea exploratória e uma cavidade vazia é constatada no ato da cirurgia (NEVILLE *et al.*, 2009).

Existem duas principais filosofias para abordar uma lesão suspeita de COS. O acompanhamento clínico e radiográfico inicial é uma delas, pois autores estabeleceram um protocolo de preservação e observaram casos de regressão espontânea de lesões suspeitas inicialmente de COS (DAMANTE *et al.*, 2002). Em contrapartida, há a opção de se realizar uma cirurgia exploratória, com finalidade de diagnóstico, pois somente através desta abordagem se constata de imediato a existência de uma cavidade vazia e muitos casos regridem meses depois da cirurgia (ALBERGONI *et al.*, 2017; SVERZUT *et al.*, 2002).

O prognóstico do COS é bom, na maioria dos casos é autolimitado, se estabiliza com o passar dos anos ou regride. Ainda, nos casos operados, dentro de poucos meses do pós-operatório, já é perceptível a neoformação óssea. As chances de recorrências ou persistência da lesão após o tratamento são raras, mesmo assim, é indispensável o acompanhamento radiográfico do paciente até a total remissão da lesão (TONG *et al.*, 2003).

O presente estudo reporta um caso clínico de uma lesão óssea na mandíbula, que diante da ansiedade dos pais a conduta foi a exploração cirúrgica com a confirmação de COS e, meses depois, a região da alteração foi totalmente reparada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Lucas *et al.* (1929), relataram o primeiro caso de Cisto ósseo simples (COS) e desde então, já houve vários relatos de casos na literatura, sendo diagnosticado através de radiografias panorâmicas realizadas principalmente com indicação ortodôntica, os quais são observados amplamente na faixa etária de 15 a 20 anos. Rushton, 1946, definiu esse cisto como único, sem revestimento epitelial, de cavidade vazia ou com escasso conteúdo líquido sanguinolento (RUSHTON, 1946).

Blum (1955) relatou o primeiro caso de resolução espontânea do COS, sugerindo então que o nome de cavidade óssea progressiva deixasse de ser utilizado já que foi visto a possibilidade de regressão espontânea desta lesão. A partir dessa descoberta, o acompanhamento da alteração, foi a primeira opção de escolha na maioria dos casos observados na literatura. Porém, alguns autores preconizam a intervenção cirúrgica já que o diagnóstico definitivo é obtido no trans-operatório, e também por favorecer a resolução da lesão (KUMAR *et al.*, 2011).

Howe (1965) propôs uma teoria de origem dessa patologia dentre tantas outras, mas que atualmente é a mais aceita, que explica o aparecimento dessa lesão através de traumas hemorrágicos, ou seja, desenvolveram-se a partir de um coágulo intramedular que se formou por conta de um trauma (HOWE, 1965).

Shear (1992) definiu essa patologia como um cisto não odontogênico, que se difere dos outros por não ter revestimento de epitélio e que corresponde a 1% dos cistos mandibulares. Ainda assim, muitos autores da literatura mostraram que se comparado à maxila, a mandíbula é a mais acometida (SHEAR, 1992).

No ano de 2002, autores descreveram um caso de resolução espontânea do COS com o objetivo de comprovar se essa terapêutica era realmente possível. O método utilizado foi através do acompanhamento de 1 a 7 anos, de dez pacientes que foram diagnosticados com COS, onde o grau de resolução foi avaliado através de radiologistas. O resultado obtido foi que todos os casos apresentaram-se assintomáticos durante todo o período de avaliação, sendo uma das lesões consideradas estáticas, duas aumentadas, seis remodeladas e uma resolvida. Os autores concluíram que se for feito o diagnóstico correto pelos sinais clínicos e radiográficos da lesão, somado ao devido acompanhamento, a intervenção cirúrgica se torna desnecessária (DAMANTE *et al.*, 2002).

Damante *et al.* (2004), estudaram o diagnóstico diferencial do COS e o do queratocisto odontogênico através da radiografia panorâmica. O método utilizado foi através da análise das panorâmicas digitalizadas de 32 casos de COS e 20 de queratocisto por seis examinadores, onde os contornos das imagens foram classificados de formas diferentes e os níveis do pixel de cinza das imagens também foram determinados. A análise revelou uma borda mais esclerótica no queratocisto odontogênico, e seus valores de pixel foram maiores também em comparação aos do COS. Os autores concluíram que os detalhes do pixel de cinza e os níveis de contorno auxiliam no diagnóstico dessas lesões.

Em 2011, Discacciati *et al.*, relataram uma série de casos de COS em crianças e adolescentes, das quais todas foram submetidas a tratamento. O método utilizado foi através da revisão de nove pacientes dos dez que haviam sido diagnosticados com o COS em exames de rotina, sem nenhuma pretensão de busca por lesão, e que foram tratados entre fevereiro de 2000 a dezembro de 2008, dando enfoque nos seus aspectos clínicos, radiográficos e o tipo de conduta realizada. O resultado demonstrou que a lesão não apresentou uma preferência sexual e que todos foram diagnosticados na segunda década de vida. Além disso, todas as lesões foram observadas na mandíbula, sendo a região anterior a mais afetada. A conduta mais executada foi a exploração cirúrgica com curetagem da cavidade e todos apresentaram completa cicatrização da área afetada após seis meses da intervenção. Os autores concluíram que o diagnóstico clínico e radiográfico aliados à cirurgia de exploração, são de suma importância para gerar as melhores opções de tratamento, descartando procedimentos mais invasivos e desnecessários (DISCACCIATI *et al.*, 2011).

Martins-Filho *et al.* (2012), avaliaram 26 casos de COS, com o objetivo de descrever suas características clínico-cirúrgicas e radiográficas. O método foi através do estudo desses pacientes em um serviço de patologia bucal entre 1992 e 2007, onde foram coletadas todas as informações de cada caso. O resultado foi de vinte e seis casos de COS que foram diagnosticados no período de 15 anos, sendo 17 do sexo masculino e 9 do feminino e em sua maioria, descobertos nas primeiras décadas de vida, sem sintomatologia e associados a trauma no local. Em 70% dos casos foi relatada a presença de ar no interior da cavidade. Os autores concluíram

que pelas características observadas, torna-se necessário a discussão da real patogênese desse cisto (MARTINS-FILHO *et al.*, 2012).

Em 2017, Albergoni *et al.*, relataram um caso de COS em uma criança de sete anos, que se apresentava multilocular e expansivo, portanto atípico do ponto de vista dos autores. O diagnóstico definitivo foi através da exploração cirúrgica, que foi realizada devido à ansiedade dos pais e possibilidade de ser outras lesões mais agressivas. Após três anos da intervenção, notaram a completa remodelação óssea da área que havia sido afetada. Os autores concluíram que as lesões radiolúcidas assintomáticas que por suas características oferecerem a hipótese do COS, podem ser acompanhadas clinicamente e radiograficamente, sem a necessidade da intervenção cirúrgica. Porém, em casos atípicos como o relatado, a exploração cirúrgica torna-se necessária para diagnóstico definitivo (ALBERGONI *et al.*, 2017).

3 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de Cisto Ósseo Simples e revisar a literatura sobre esta lesão.

4 METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho foi relatar um caso clínico de interesse para a Odontologia, através da documentação em prontuário e fotos clínicas de um paciente que autorizou a divulgação com finalidade científica.

5 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 20 anos de idade, foi encaminhado ao ambulatório de Estomatopatologia para avaliação de área radiolúcida em mandíbula visualizada em radiografia panorâmica que havia feito para planejamento ortodôntico. Ao exame físico intrabucal não apresentou nenhuma alteração e ausência de sintomas (Figura 1).

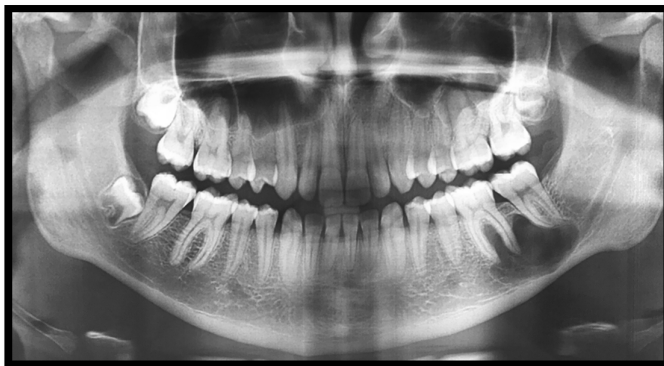
Figura 1 - Aspecto clínico normal da região afetada



Fonte: Elaborada pela autora.

Na história médica, não havia nada digno de nota. A radiografia panorâmica revelou área radiolúcida unilocular com margens festonadas entre os dentes 35 e 37 e ausência do dente 38 (Figura 2).

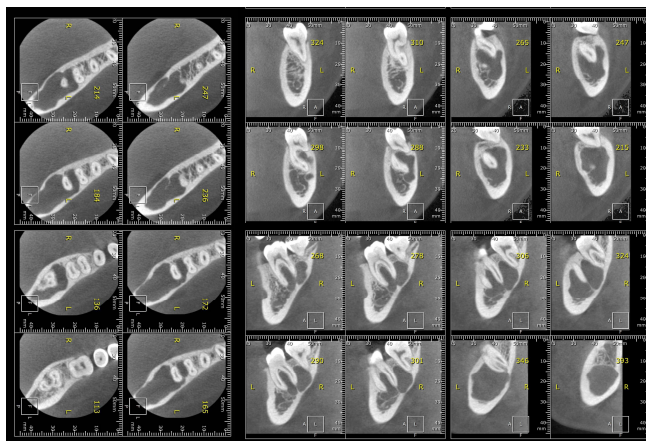
Figura 2 - Radiografia panorâmica ilustrando a lesão radiolúcida, bem circunscrita, entre os dentes 36 e 37



Fonte: Elaborada pela autora.

Os testes de vitalidade pulpar dos dentes envolvidos foram positivos. Tomografia computadorizada de feixe cônico revelou ausência de reabsorção radicular e envolvimento medular predominante (Figura 3).

Figura 3 - Reconstruções de tomografia computadorizada de feixe cônico denotando preservação do canal mandibular e ausência de expansão das corticais

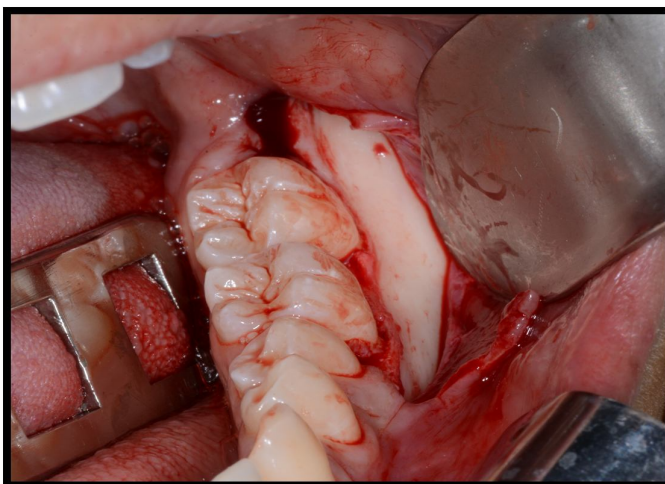


Fonte: Elaborada pela autora.

Diante dos aspectos clínicos e radiográficos, o diagnóstico presuntivo foi de Cisto Ósseo Simples e Queratocisto Odontogênico. Optou-se inicialmente pelo acompanhamento clínico e radiográfico da lesão e, após três meses, não houve alteração.

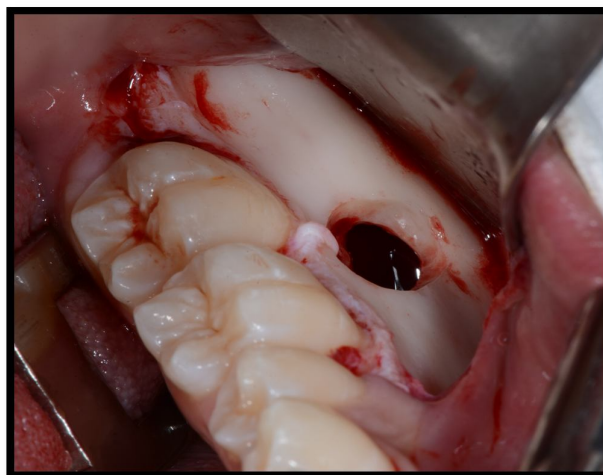
Entretanto, diante da ansiedade dos pais e interesse no tratamento ortodôntico, foi feita uma cirurgia com finalidade exploratória, sob anestesia local e em ambiente ambulatorial a fim de elucidar o diagnóstico. O acesso foi feito na região dos dentes 36 e 37, através de um retalho total para expor a área afetada e na sequência, uma osteotomia na região (Figura 4 e 5).

Figura 4 - Imagem da cirurgia com finalidade de diagnóstico. Exposição da área afetada



Fonte: Elaborada pela autora.

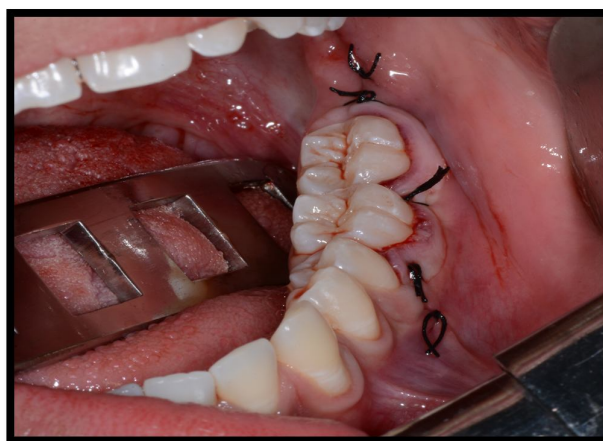
Figura 5 - Osteotomia realizada e acesso à cavidade



Fonte: Elaborada pela autora.

No trans-operatório foi constatada uma cavidade óssea, sem conteúdo e revestimento, portanto o diagnóstico final foi de Cisto Ósseo Simples (COS), sendo assim, após a exploração cirúrgica foi feita a sutura (Figura 6).

Figura 6 - Sutura após exploração cirúrgica



Fonte: Elaborada pela autora.

A cavidade foi inspecionada e não teve tecido para ser removido para análise. O paciente retornou após 6 meses, quando foi realizada uma nova radiografia panorâmica e observada a cicatrização óssea na região (Figura 7).

Figura 7 - Radiografia panorâmica 6 meses depois da cirurgia revelando cicatrização óssea na região



Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO

A lesão abordada neste trabalho é considerada um pseudocisto, por se tratar de uma cavidade sem revestimento epitelial e raramente apresentar um conteúdo no seu interior (BARNES *et al.*, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Geralmente, o COS tem predileção pelos ossos longos, portanto a especialidade médica de ortopedia tem uma ampla experiência em conduzir esta lesão. Nos ossos maxilares, a mandíbula é a mais afetada e geralmente é o estomatologista o mais preparado para suspeitar e conduzir o COS na odontologia (LUCAS, 1929).

O COS é uma lesão assintomática, imperceptível pelo paciente e durante o exame físico intrabucal pelo dentista, pois não gera nenhuma alteração clínica. A radiografia panorâmica realizada como parte da documentação ortodôntica, numa faixa etária entre a primeira e segunda década de vida é a forma mais comum de detectar essa alteração (DISCACCIATI *et al.*, 2011; MARTINS-FILHO *et al.*, 2012). Seu aspecto radiográfico mantém uma constância de padrão radiolúcido, unilocular e com margens festonadas nos dentes próximos à lesão. O diagnóstico final é através da cirurgia de exploração, quando é detectada uma cavidade vazia (JESUS *et al.*, 2010; NEVILLE *et al.*, 2009). Sua etiologia é incerta, sendo a teoria do trauma na região a mais preconizada (BLUM, 1955; JESUS *et al.*, 2010).

Considerando a abordagem de como conduzir uma lesão suspeita de COS, a literatura é dividida basicamente em duas filosofias. A primeira é através de um acompanhamento clínico e radiográfico, evitando a intervenção cirúrgica num primeiro momento, no intuito de observar o comportamento da lesão, considerando um aumento ou sua estabilidade com o tempo. Diante de trabalhos que relatam sua regressão espontânea ou estabilidade dimensional, é considerado como o método mais conservador (BLUM, 1955; DAMANTE *et al.*, 2002).

Outra abordagem é por meio da exploração cirúrgica, como o presente caso clínico e outros trabalhos (ALBERGONI *et al.*, 2017; DISCACCIATI *et al.*, 2011). A cirurgia com finalidade exploratória é feita como uma biópsia intraóssea, a qual o cirurgião vai preparado para colher algum tecido de revestimento da cavidade. Quando se trata de COS, é observada uma cavidade vazia, contendo algum fluido sanguinolento, plasma ou ausência de conteúdo. Assim, o diagnóstico definitivo da lesão é estabelecido, a área é curetada no intuito de preenchimento com um coágulo

que pode resultar na cicatrização total do tecido ósseo na área afetada, conforme relatado em vários estudos e ocorrido no presente estudo de caso (ALBERGONI *et al.*, 2017; KUMAR *et al.*, 2011; TONG *et al.*, 2003) .

Kumar *et al.* (2011), bem como outros autores, se contrapõe aos que dizem que o acompanhamento na espera da resolução espontânea é a mais adequada, pois acredita que a intervenção cirúrgica promove o correto reparo da lesão, já que a abertura da cavidade promove o depósito de sangue, seguida de organização do coágulo e assim, uma neoformação óssea (KUMAR *et al.*, 2011).

Vale ressaltar, que no presente caso, o diagnóstico presuntivo foi de COS principalmente e a opção inicial foi por fazer o acompanhamento da lesão. Após três meses, não houve nenhuma alteração. Entretanto, a cirurgia exploratória se tornou indicada, para esclarecimento de diagnóstico e tentativa de resolução no caso de COS, pois o paciente desejava iniciar o tratamento ortodôntico o quanto antes.

Autores também consideram importante, a indicação de cavidades atípicas com expansão, pois apesar do COS ser muito comum, outras lesões fazem diagnóstico diferencial como o queratocisto odontogênico e outros cistos ou tumores odontogênicos (ALBERGONI *et al.*, 2017). Ainda, neste estudo de Albergoni *et al.*, (2017) o caso envolvia uma criança, gerando muita ansiedade aos pais no estabelecimento do diagnóstico final.

O prognóstico do COS é bom. Nos casos operados, tem sido observado após alguns meses a neoformação óssea e o reparo total da área afetada. O acompanhamento a longo prazo do paciente é de suma importância, para avaliação da qualidade do reparo no local e garantia da remissão total da lesão (TONG *et al.*, 2003).

Por fim, diante dos casos clínicos como observado neste estudo de caso e outros na literatura, compreende-se que se o exame clínico e radiográfico revelaram uma suspeita muito indicativa de COS, inicialmente a lesão pode ser acompanhada para avaliar seu comportamento e conforme sua estabilidade se mantem, a cirurgia é dispensada (ALBERGONI *et al.*, 2017; BLUM, 1955; DAMANTE *et al.*, 2002; DISCACCIATI *et al.*, 2011; MARTINS-FILHO *et al.*, 2012). Entretanto, em casos de incerteza, necessidade de tratamento ortodôntico e casos atípicos, a intervenção cirúrgica pode ser indicada.

7 CONCLUSÃO

A partir deste estudo de caso, pode ser concluído que na suspeita de um COS, a exploração cirúrgica é uma opção indicada de abordagem e, quando realizada, apresenta alta chance de resolução obtida pela cicatrização óssea da região.

REFERÊNCIAS

ARRVOLD, A. *et al.* The role of osteoblast cells in the pathogenesis of unicameral bone cysts. **J Child Orthop**, Heidelberg, v. 6, n. 4, p. 339–346, Aug. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23904902>. Acesso em: 13 Oct 2019.

BARNES, L. *et al.* **Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors**. Lyon, 2005.

BEZERRA, J. R. S. *et al.* Atypical presentations of simple bone cysts of the mandible: A case series and review of literature. **J Craniomaxillofac Surg**, Edinburgh, v. 41, n. 5, p. 391-396, July 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23218982>. Acesso em: 13 out. 2019.

BLUM T. An additional report on traumatic bone cysts; also a discussion of Dr. John G. Whinery's paper, "Progressive Bone Cavities of the Mandible". **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Netherlands, v. 8, n. 9, p. 917-939, Sept. 1955. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13254115>. Acesso em: 13 out. 2019.

DAMANTE J.H.; Da S GUERRA EN, FERREIRA Jr O. Spontaneous resolution of simple bone cysts. **Dentomaxillofac Radiol**, England, v. 31, n. 3, p. 182-186, May 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11316406_Spontaneous_resolution_of_simple_bone_cysts. Acesso em: 13 out 2019.

DISCACCIATI E.D., *et al.* Idiopathic bone cavity: case series involving children and adolescents. **J Investig Clin Dent**, Richmond, v. 3, n. 2, p. 103-108, May 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22522949>. Acesso em: 13 out 2019.

FERREIRA JÚNIOR O.; DAMANTE J.H.; LAURIS J.R. Simple bone cyst versus odontogenic keratocyst: differential diagnosis by digitized panoramic radiography. **Dentomaxillofac Radiol**, London, v.33, n.6, p.373-378, Nov. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15665231>. Acesso em: 19 ago 2019.

HARRIS S.J.; O CARROLL M.K.; GORDY F.M. Idiopathic bone cavity (traumatic bonecyst) with the radiographic appearance of a fibro-osseous lesion. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Elsevier, v. 74, n. 1, p. 118-123, July 1992. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1508495>. Acesso em: 13 out 2019.

HOWE G.L. "Haemorrhagic cysts" of the mandible. **Br J Oral Surg**, Edinburgh, v. 3, n. 1, p. 55-76, July 1965. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5330325>. Acesso em: 13 out 2019.

JESUS V.A.D. *et al.* Cisto Ósseo Traumático - Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-MaxiloFac**, Camaragibe, v. 10, n. 4, p. 27- 30, Dez. 2010. Disponível em:

http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102016000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out 2019.

KUMAR N.D. *et al.* Solitary bone cyst. **Indian J Dent Res**, Davangere, v. 22, n. 1, p. 172-174, 2011. Disponível em <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2011;volume=22;issue=1;spage=172;epage=174;aulast=Kumar>. Acesso em: 13 out 2019.

LUCAS C.D. Do all cysts of the jaw originate from the dental system? **J Am Dental Assoc**, v. 16, n. 4, p. 647-661, April 1929. Disponível em: [https://jada.ada.org/article/S1048-6364\(29\)64012-8/pdf](https://jada.ada.org/article/S1048-6364(29)64012-8/pdf). Acesso em: 13 out 2019.

OLIVEIRA J.F.C.D. *et al.* Mandibular simple bone cysts: a rare case of bilateral occurrence. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 78, n. 2, p. 134, April 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942012000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 13 out 2019.

MARTINS-FILHO P.R.S. *et al.* Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 78, n. 2, p. 16-21, April 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942012000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 13 out 2019.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SILVEIRA H.A. *et al.* Simple bone cyst in a 7-year-old child. **Rev Gaúch Odontol**, Porto Alegre, v. 65, n.1, p. 83-86, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372017000100083&tlng=en. Acesso em 13 out 2019.

SVERZUT C.E. Cisto Ósseo Solitário: relato de um caso clínico. **Rev. Dental Press OrtodonOrtop Facial**. v. 7, p. 63-7, 2002; Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122014000300016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 out 2019.

TONG, A. C, *et al.* Variations in clinical presentations of the simple bone cyst: report of cases. **J. Oral Maxillofac. Surg**, Elsevier, v. 61, n. 12, p. 1487-1491, Dec. 2003. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(03\)00852-8/fulltext](https://www.joms.org/article/S0278-2391(03)00852-8/fulltext). Acesso em: 13 out 2019.