



## Relato de Caso

# EXTENSO CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO EM MANDÍBULA DE PACIENTE PEDIÁTRICO

## ANEURYSMAL BONE CYST IN MANDIBLE OF A PEDIATRIC PATIENT

<sup>1</sup>Doutor em Estomatologia e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Professor Titular – PUCRS

<sup>2</sup>Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – PUCRS

### Correspondência para:

Prof. Dr. Ruben Weismann

e-mail: [rosorridente@aol.com](mailto:rosorridente@aol.com)

Faculdade de Odontologia – PUCRS

Av, Ipiranga, 6681 – prédio 6

Porto Alegre/RS

**Palavras-Chave:** cisto ósseo aneurismático, cisto maxilomandibular, cisto não odontogênico, ossos faciais

### Resumo

O cisto ósseo aneurismático (COA) é uma lesão óssea expansiva, não neoplásica, raramente encontrada no esqueleto facial. Ocorre geralmente em pacientes abaixo da terceira década de vida, sem predileção por gênero. O presente trabalho relata um caso de COA em ramo mandibular de paciente pediátrico, que foi tratado por enucleação cirúrgica.

### Introdução

O cisto ósseo aneurismático (COA) é uma lesão óssea expansiva, não neoplásica, mais comumente localizado nas diáfises dos ossos longos ou na coluna vertebral. Ocorre geralmente em pacientes abaixo da terceira década de vida. Apesar da raridade nos ossos gnáticos, há uma maior incidência na mandíbula em região dos molares (ASAUMI et al, 2003; KIATTAVIRNCHAROEN et al, 2003; NEVILLE et al, 2004; TUNA et al, 2003). Não há predileção por gênero (ASAUMI et al, 2003; KIATTAVIRNCHAROEN et al, 2003)

Sua etiologia não é completamente compreendida, e há controvérsias sobre serem lesões primárias ou representarem alguma forma de acidente vascular em uma lesão preexistente (MOTAMEDI, 2002; NEVILLE et al, 2004; DE SILVA et al, 2003). Alguns autores acreditam que pode haver relação com um trauma prévio (GALVÃO, et al., 1993; MOTAMEDI, 2002).

Clinicamente pode-se observar a presença de aumento de volume firme à palpação, de evolução lenta (de 1 semana a 3 anos), podendo ocasionar perfuração da cortical óssea e deslocamento dentário sem o envolvimento da sensibilidade pulpar. As mucosas, na região, permanecem intactas e pode haver sintomatologia dolorosa (KIATTAVIRNCHAROEN et al, 2003; NEVILLE et al, 2004).

Ao exame radiográfico observa-se a presença de lesão radiotransparente uni ou multilocular, uni ou multicística, com aparência de “bolhas de sabão” ou “favo de mel”, associada a uma expansão e fragilidade das corticais envolvidas (ASAUMI et al, 2003; KIATTAVIRNCHAROEN et al, 2003; MOTAMEDI, 2002; NEVILLE et al, 2004). A imagem de tomografia computadorizada pode ser de grande contribuição na avaliação da extensão da lesão e no plano de tratamento cirúrgico. Nesse exame pode-se observar uma massa cística expansiva, dividida por septos ósseos interconectados com espaços contendo fluidos sanguíneos. (MOTAMEDI, 2002; ASAUMI et al, 2003).

Na ressonância magnética a lesão apresenta-se repleta de fluido, sugerindo diagnóstico de COA (ASAUMI et al, 2003).

Microscopicamente o COA contém espaços preenchidos por sangue não coagulado, com tecido fibroblástico circundante, células gigantes e trabéculas de osso osteóide. A hemossiderina pode estar presente em quantidades variáveis (CHIBA et al., 2002; GALVÃO, et al., 1993; KIATTAVIRNCHAROEN et al., 2003; NEVILLE et al., 2004; YUEN, et al.; 2002).

De acordo com o tamanho e a forma da lesão o tratamento pode ser através de curetagem, ressecção em bloco com reconstrução e embolização terapêutica (MOTAMEDI, 2002; NEVILLE et al, 2004).

## Relato Caso

Responsáveis pelo paciente, gênero masculino, 03 anos de idade, procuraram o serviço de cirurgia bucomaxilofacial, pois o menor apresentava aumento de volume em região de terço inferior esquerdo da face. A genitora não soube descrever com exatidão há quanto tempo a lesão havia iniciado, mas relatou que houve uma progressão lenta no último ano.

Ao exame clínico foi observado aumento de volume intra e extra bucal, com consistência firme a palpação, indolor, estendendo-se da região de ângulo a ramo mandibular esquerdo. Não foram observadas lesões cariosas nos dentes já erupcionados, e esses apresentavam a sensibilidade pulpar normal. Não havia evidências de alterações das mucosas e da pele naquela região.

Na avaliação da radiografia pósterio-anterior de mandíbula foi observada a presença de lesão radiolúcida com expansão das corticais interna e externa, envolvendo toda a região de ângulo e ramo mandibular esquerdo, com a preservação do processo articular homolateral (Figura 01). O exame de tomografia computadorizada em cortes axiais e coronais revelou uma imagem osteolítica, cística, insulfante, medindo 7cm X 5cm de diâmetro, apresentando septações ósseas, adelgaçamento cortical, com característica etiológica de benignidade devido ao seu aspecto e ao tempo de evolução (Figuras 2 e 3). Foi solicitado o exame de ressonância magnética da mandíbula nos planos axial, sagital e coronal, com seqüências ponderadas em T1, T2 e gradiente 2D antes e após a injeção de agente paramagnético, sendo possível demonstrar uma lesão com aspecto de favo de mel, sendo sugerido no laudo do radiologista o diagnóstico de cisto ósseo aneurismático (Figura 4).

Com bases nas evidências clínicas e nos exames complementares de imagem, optou-se pela enucleação da lesão cística por curetagem sob anestesia geral e encaminhamento da peça para análise histopatológica para confirmação diagnóstica sem biopsia prévia. O paciente foi encaminhado ao serviço de anestesiologia que, após a avaliação do estado geral e dos exames laboratoriais, liberou-o para o procedimento cirúrgico conforme o planejado.

Foi realizada uma incisão tipo *Obwergeiser* em ramo mandibular esquerdo estendendo-se até a região de canino inferior esquerdo. Após o descolamento muco-periostal, a lesão foi alcançada e pode-se observar uma cavidade vazia com pequena quantidade de líquido sanguinolento. A cavidade foi curetada, seu conteúdo foi encaminhado para a análise histopatológica e a

ferida foi suturada. A cirurgia ocorreu dentro do esperado, sem intercorrências, com pronta recuperação do menor que deixou o hospital dois dias após o procedimento. A peça cirúrgica foi encaminhada ao laboratório de patologia para avaliação histológica, revelando áreas de tecido conjuntivo fibroso com fibras colágenas dispostas em feixes irregulares, presença de trabéculas de osso displásico lembrando caracteres chineses, células gigantes, hemossiderina e lagoas hemorrágicas, chegando ao diagnóstico conclusivo de cisto ósseo aneurismático (Figura 5).

Após um ano da cirurgia não foi observado sinal de recidiva, mas com base no diagnóstico mantemos o acompanhamento periódico do paciente (Figura 6).



Figura 1 - Radiografia pósterio-anterior



Figura 2 – TC em corte coronal



Figura 3 – TC em 3D

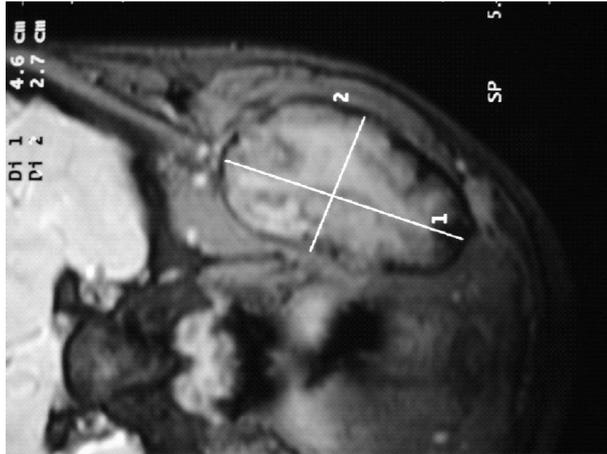


Figura 4 - Imagem de RM em norma axial

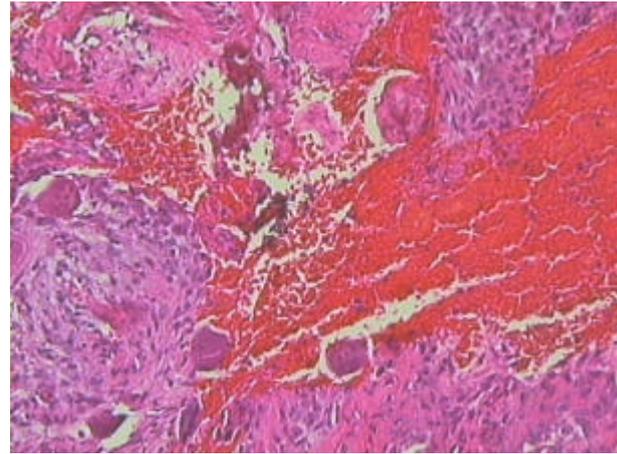


Figura 5 - Corte histológico, HE 100X



Figura 6 - RX panorâmico de 01 ano de pós-operatório

## Discussão

O cisto ósseo aneurismático (COA) é descrito como uma lesão intra-óssea que causa expansão das corticais e aumento de volume, ocorrendo em crianças e adultos jovens (ASAUMI *et al*, 2003; KIATTAVIRNCHAROEN *et al*, 2003; NEVILLE *et al*, 2004; TUNA *et al*, 2003). Neville *et al*, (2004) e Tuna *et al*, (2003) relatam ter uma leve predileção pelo gênero feminino (2:1), contrariando os demais autores pesquisados. Segundo Kiattavirnaroen *et al* (2003) afeta duas vezes mais a mandíbula do que a maxila, sendo a região de molares, ângulo e ramo os locais mais acometidos. Motamedi (2002) relata um COA do côndilo, sendo este de extrema raridade. Neville *et al* (2004) relatam que a dor é o sintoma mais importante, contrastando com Laskin *et al* (2002) que afirmam ser a lesão de crescimento assintomático.

No caso descrito, apesar da lesão apresentar característica radiográfica de favo de mel, ser localizada em ramo mandibular e ter causado expansão das corticais ósseas mandibulares, foi

descartado a possibilidade de ameloblastoma, pois este é descrito na literatura como raro em crianças.

Há uma concordância entre os autores referente ao desconhecimento total da etiologia da lesão. Alguns acreditam que o trauma prévio seria o principal fator para a formação do COA (GALVÃO, *et al*, 1993; MOTAMEDI, 2002), outros sugerem ser uma lesão primária ou proveniente de uma má formação vascular (MOTAMEDI, 2002; NEVILLE *et al*, 2004; DE SILVA *et al*, 2003). Laskin *et al* (2002) e Tuna *et al* (2003), classificam-no como um pseudocisto, por não apresentar revestimento epitelial característico dessas lesões.

A opção do tratamento vai variar de acordo com o tamanho e a forma da lesão que poderá ser por curetagem, ressecção em bloco com reconstrução e embolização terapêutica (MOTAMEDI, 2002; NEVILLE *et al*, 2004). Tuna *et al* (2003) indica a radioterapia para lesões residuais e/ou recorrentes. Kiattavirnaroen *et al* (2003) ressaltam que esta terapia deve ser usada com cautela, pois pode induzir a transformação sarcomatosa. Dubois *et al* (2003) relataram uma revisão de COA na mandíbula, tratados por escleroterapia ou embolização arterial combinados ou não com cirurgia, tendo obtido sucesso em todos os casos.

## Abstract

Aneurysmal bone cyst (ABC) is an expansive, non-neoplastic lesion, rarely find in facial bones. It generally occurs in patients under 30 years old, with no gender predilection. This work reports an ABC case in mandibular ramous of a pediatric patient that was sirurgically treated.

**Keywords:** *aneurysmal bone cysts, jaw cysts, nonodontogenic cysts, facial bones*

### **Referências Bibliográficas**

- ASAUMI, J. et al. MR features of aneurysmal bone cyst of the mandible and characteristics distinguishing it from other lesions. *E J Radiology*; 45:108-12, 2003.
- CHIBA, I. et al. Conversion of a traumatic bone cyst into central giant cell granuloma: implications for pathogenesis – a case report. *J Oral Maxillofac Surg*; 60:222-25, 2002.
- DE SILVA, M.V.C. et al. Fibromyxoid areas and immature osteoid are associated with recurrence of primary aneurysmal bone cysts. *Histopathology*; 43:180-88, 2003.
- DUBOIS, J. et al. Sclerotherapy in aneurysmal bone cysts in children: a review of 17 cases. *Pediatric Radiology*; March, 2003.
- GALVÃO, H.C. et al. Aspectos de interesse clínico na evolução de um cisto ósseo aneurismático. *Rev Odonto Ciência Fac Odonto PUCRS*; 16(2):69-76, 1993.
- KIATTAVIRNCHAROEN, S. et al. Aneurysmal bone cyst of the mandible: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*; 32:419-22, 2003.
- LASKIN, M.D. et al. Multilocular lesion in the body of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg*; 60:1045-48, 2002.
- MOTAMEDI, M.H.K. Destructive Aneurysmal bone cyst of the mandibular condyle: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*; 60:1357-61, 2002.
- NEVILLE, B.W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2 ed; Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.
- TUNA H. et al. Aneurysmal bone cyst of the temporal bone: case report. *Surg Neurol*; 60:571-4, 2003.
- YUEN, V.H. et al. Aneurysmal bone cyst associated with fibrous Dysplasia. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*; 18(6):471-74; Nov, 2002.