

EXÉRESE DE CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE MARSUPIALIZAÇÃO: RELATO DE CASO CLÍNICO.

ZANUTTO-MARTINS, J. G¹; LOUZADA, V. G¹; CALEGARI, A. C. Z¹; SOUZA, H. O¹; SAKIMA, V. T²; SILVA-SOUSA, Y. T. C¹; FARIA, P. E. P¹.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p1048-1063>

Artigo recebido em 30 de Agosto e publicado em 06 de Dezembro de 2024

RELATO DE CASO CLÍNICO

RESUMO

Os cistos ósseos traumáticos são lesões benignas, pouco comuns e que não apresentam sintomatologia dolorosa. Nos exames de imagem, que na maioria das vezes são responsáveis pela detecção dessas lesões, são caracterizados pela presença de imagens radiolúcidas circunscritas e uniloculares. Enquanto ao exame clínico, torna-se perceptível, na maioria das vezes, somente um aumento no volume da área afetada. Além disso, sua etiologia ainda é desconhecida, embora existam diversos estudos que apontem o trauma como a principal hipótese. O objetivo do presente estudo foi relatar um caso clínico de uma biópsia de lesão cística em região anterior de mandíbula. Paciente de gênero masculino, branco, 26 anos de idade, compareceu a clínica odontológica da AORP (Associação odontológica de Ribeirão Preto) queixando-se de um aumento de volume na região entre os forames mentuais, entretanto, não relatou a presença de sintomas dolorosos. No entanto, foi indicado ao paciente um exame tomográfico para auxílio do diagnóstico e planejamento do caso. A partir da análise do exame complementar, foi perceptível uma imagem hipodensa, de formato irregular e bem delimitada. A mesma, estava localizada na região anterior de mandíbula, fazendo proximidade com os dentes anteriores inferiores. Observou-se também que a lesão estava gerando um deslocamento distal do longo eixo dos dentes 33 e 43, causando uma reabsorção da parede vestibular do rebordo alveolar próximo ao dente 43. Sendo assim, a conduta escolhida foi a remoção cirúrgica da lesão em questão com auxílio da técnica de marsupialização, e logo, encaminhá-la para análise histopatológica. Após 8 meses do procedimento, paciente apresenta reparo ósseo compatível com o tempo cirúrgico e ausência de qualquer sinal inflamatório, caracterizando uma boa evolução e, conseqüentemente, um bom prognóstico.

Palavras-chave: Cisto ósseo traumático, Cirurgia, Lesão, Mandíbula, Marsupialização.



EXERESIS OF A TRAUMATIC BONE CYST IN THE ANTERIOR REGION OF THE MANDIBLE USING THE MARSUPIALIZATION TECHNIQUE: CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

Traumatic bone cysts are benign, uncommon lesions that do not present painful symptoms. In imaging tests, which are most often responsible for detecting these lesions, they are characterized by the presence of circumscribed, unilocular radiolucent images. On clinical examination, most of the time only an increase in the volume of the affected area is noticeable. In addition, its etiology is still unknown, although there are several studies that point to trauma as the main hypothesis. The aim of this study was to report a clinical case of a biopsy of a cystic lesion in the anterior region of the jaw. A 26-year-old Caucasian male patient came to the dental clinic at AORP (Associação odontológica de Ribeirão Preto) complaining of an increase in volume in the region between the mental foramina, although he did not report any painful symptoms. However, the patient was referred for a CT scan to aid diagnosis and plan the case. The complementary examination revealed a well-defined, irregularly-shaped hypodense image. It was located in the anterior region of the mandible, close to the lower anterior teeth. It was also observed that the lesion was generating a distal displacement of the long axis of teeth 33 and 43, causing a resorption of the buccal wall of the alveolar ridge near tooth 43. Therefore, the chosen course of action was to surgically remove the lesion in question using the marsupialization technique, and then send it for histopathological analysis. Eight months after the procedure, the patient had bone repair compatible with the surgical time and no signs of inflammation, indicating good progress and, consequently, a good prognosis.

Keywords: Traumatic bone cyst, Surgery, Lesion, Mandible, Marsupialization.

Instituição afiliada – Especialização em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial / FACOP – Bauru, Brasil ¹ - Mestre e doutoranda em endodontia – UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto) – Ribeirão Preto, Brasil ² - Graduada em odontologia - UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto) – Ribeirão Preto, Brasil ³ - Mestrando em Implantodontia - UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto) – Ribeirão Preto, Brasil ⁴ – Doutor e especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial – Bauru, Brasil ⁵ – Professora do departamento de odontologia – UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto) – Ribeirão Preto, Brasil ⁶ - Professor e doutor em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial - UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto) – Ribeirão Preto, Brasil ⁷

Autor correspondente: João Guilherme Zanutto Martins jgmartinsjau@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Os cistos ósseos traumáticos são lesões benignas, portanto, não apresentam potenciais malignos aos seus portadores. Por outro lado, sabe-se que uma das principais características das lesões císticas é a presença de cavidades revestidas por epitélio odontogênico, fato que nos permite obter um diagnóstico diferencial dos cistos ósseos traumáticos, uma vez que, são conhecidos pela ausência de revestimento epitelial, tendo fluído seroso ou serosanguinolento em seu interior, sendo denominados pseudocistos ou cistos não odontogênicos, os diferenciando das demais lesões císticas (Neville *et al.*, 2009).

Os mesmos, também podem ser encontrados em diversas literaturas com outras denominações, entre elas: Cistos ósseos simples, cistos ósseos solitários ou cistos ósseos hemorrágicos. Porém, todas são lesões não neoplásicas livres de revestimento epitelial, determinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 1992 (Neville *et al.*, 2009).

Diante desta perspectiva, a ausência de sintomas dolorosos também é uma característica dos cistos ósseos traumáticos (Baqain *et al.*, 2005). Logo, na grande maioria dos casos, o paciente, geralmente, não sabe da existência da lesão, apenas relata um aumento no volume da área afetada ou somente descobre a partir de um tratamento médico ou odontológico de rotina, através, principalmente, de exames complementares, como os exames radiográficos, nos quais são caracterizados por imagens radiolúcidas circunscritas, uniloculares e bem delimitadas (Neville *et al.*, 2009).

Outra característica importante desse tipo de lesão é a não predileção por gênero ou idade, embora sejam um tanto quanto incomuns, podem afetar qualquer tipo de pessoa e em qualquer idade (De Tomasi; Hann, 1985).

Ademais, a etiologia dos cistos ósseos traumáticos ainda é desconhecida, embora existam inúmeros estudos que tentem comprovar o oposto. Sendo assim, a principal hipótese é que estes estejam associados à algum tipo de trauma, o qual é o principal responsável pela formação do foco hemorrágico intraósseo, levando ao desenvolvimento da lesão cística no futuro (Lago *et al.*, 2006; Shear; Speight, 2011).

Outrossim, as regiões de maior acometimento dos cistos ósseos traumáticos ainda geram dúvidas entre as literaturas. Assim sendo, segundo Shear; Speight, (2011), há uma forte predileção para os ossos longos da face, os quais correspondem às regiões de corpo e sínfese mandibular, tendo a maxila como uma área de raro acometimento deste tipo de lesão.

No que se diz respeito ao seu tamanho, não são lesões que apresentam um grande volume, obtendo variações, em média, de 10mm em quase todos os casos relatados. Nos casos em que os cistos apresentam um tamanho elevado, é possível identificar clinicamente, visto que resulta em um aumento no volume da área afetada, caso contrário somente é perceptível através dos exames radiográficos, fato que justifica grande parte deste tipo de lesão somente ser descoberta através de exames de rotina (Silva *et al.*, 2011).

Entretanto, embora suas características clínicas e radiográficas evidenciem uma hipótese diagnóstica, ainda é confundível com outros tipos de cistos odontogênicos. No entanto, urge que o cirurgião-dentista realize uma exploração cirúrgica local, removendo a lesão por completo e enviando-a para uma análise histopatológica,

evidenciando assim um diagnóstico preciso ao paciente e, por consequência, um excelente prognóstico (Neville *et al.*, 2009).

METODOLOGIA

O Paciente foi atendido na clínica de cirurgia oral menor da associação odontológica de Ribeirão Preto (AORP) e na clínica de cirurgia da universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). O mesmo, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a coleta e a publicação dos dados.

Paciente de gênero masculino, branco, 26 anos de idade, compareceu a clínica de odontologia da AORP (Associação odontológica de Ribeirão Preto) queixando-se de um aumento no volume na região de sínfise mandibular.

Durante a anamnese, paciente relatou apresentar problemas cardíacos, episódios frequentes de desmaios e faltas de ar. Também foi relatado que tinha problemas de ansiedade e aversão em relação às consultas e procedimentos odontológicos. Ainda neste ponto, paciente relatou não realizar uso constante de nenhum medicamento e que não estava sob nenhum tratamento médico, ao mesmo tempo que não possuía alergia a nenhum tipo de medicamento.

Ao exame clínico, foi observado apenas um aumento de volume na região apical dos incisivos inferiores, entre os forames mentuais. Em seguida, foi requisitado ao paciente, a realização de um exame tomográfico para melhor auxílio do diagnóstico e planejamento do caso (Figura 1 e figura 2).



Figura 1: Imagem tridimensional do exame tomográfico inicial.

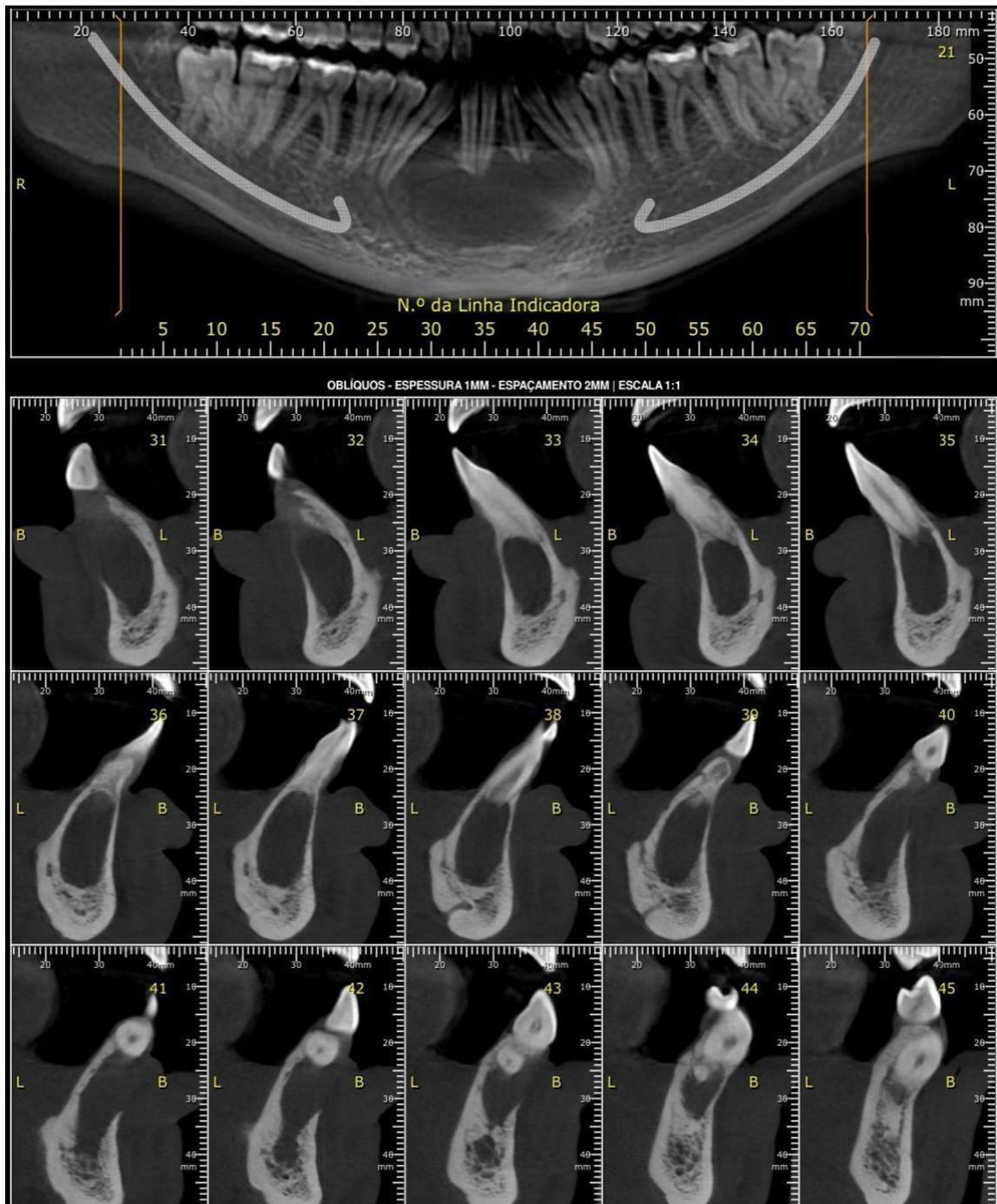


Figura 2: Reconstrução panorâmica e cortes sagitais da região anterior da mandíbula.

Após a análise do exame tomográfico, foi constatado a presença de uma imagem hipodensa, de formato regular e bem delimitada (Figura 2), localizada na região anterior de mandíbula, entre os forames mentuais, fazendo proximidade com os elementos dentais 31, 32, 33, 41, 42 e 43. Além disso, observou-se um deslocamento distal do longo eixo dos dentes 33 e 43, gerando uma reabsorção da parede vestibular do rebordo alveolar próximo ao dente 43.

A conduta escolhida foi a remoção cirúrgica da lesão em questão e curetagem do defeito ósseo, seguido do acompanhamento periódico do paciente. A fim de evitar maiores complicações no momento cirúrgico devido ao elevado tamanho da lesão,

foi utilizado a técnica de marsupialização definitiva, sem a necessidade de uma nova intervenção no futuro, visando a preservação de estruturas nobres, como: dentes anteriores e feixes vâsculo-nervosos, principalmente.

Ainda nesta sessão, foi prescrito a terapia medicamentosa, a qual consistia em:

- 1- Amoxicilina 500mg - 25cp. Tomar 04 cp uma hora antes do procedimento, e continuar com 01 cp a cada 8 horas durante 7 dias.
- 2- Dexametasona 4mg – 01 cp. Tomar 01 cp uma hora antes do procedimento.
- 3- Nimesulida 100mg – 06 cp. Tomar 01 cp a cada 12 horas durante 3 dias.
- 4- Dipirona Sódica 500mg – 1 caixa. Tomar 01 cp a cada 6 horas enquanto houver dor.

Após 30 dias, o paciente retornou a clínica de odontologia da AORP para a realização do procedimento cirúrgico. O mesmo já havia tomado as medicações prescritas no mês anterior e relatou ansiedade e medo da cirurgia, entretanto, sua pressão arterial encontrava-se adequada para o início do procedimento. Após a paramentação dos operadores e a organização da mesa cirúrgica, foi realizado a assepsia intrabucal com Gluconato de Clorexidina a 0,12% (Periogard) e a assepsia extraoral com Iodopolividona a 10% (Riodeine).

As técnicas anestésicas realizadas foram os bloqueios dos nervos mentuais dos lados direito e esquerdo, alveolar inferior direito e esquerdo, bucal direito e esquerdo e lingual direito e esquerdo, totalizando 4 tubetes de articaína 4% com epinefrina 1:100.000 para anestesia total da área requisitada, com auxílio de seringa carpule e afastador Minnessota.

Com o efeito do anestésico ativo, foi realizada a incisão de Neumann (Figura 3A), que iniciou-se de forma intrasulcular no dente 32 e estendeu-se até o dente 43, onde foi finalizada com outra incisão, desta vez relaxante, acompanhando o seu longo eixo, com auxílio de cabo de bisturi nº 3 e a lâmina nº 15C. Logo, utilizando descolador de Molt nº 9 e a cureta de Molt nº 02 04, foi realizado descolamento do retalho e da inserção muscular do mento, de modo a expor o osso, aumentando o campo de trabalho e a visibilidade da área.

Em seguida, com auxílio do motor de alta rotação com broca esférica 702, foi realizada a ostectomia vestibular somente na área próxima ao dente 43 pré-determinada pelo exame tomográfico, evitando maiores acessos e, desta forma, preservando estruturas nobres através da marsupialização (Figura 3B), removendo e regularizando o tecido ósseo, expondo a lesão para posterior remoção, com auxílio de cureta de Lucas 86, e posterior transferência para um pequeno frasco para armazenamento em formol a 10%. A peça, então, foi enviada para análise histopatológica. Posteriormente, foi realizada curetagem do defeito ósseo e irrigação abundante da cavidade com solução fisiológica estéril.

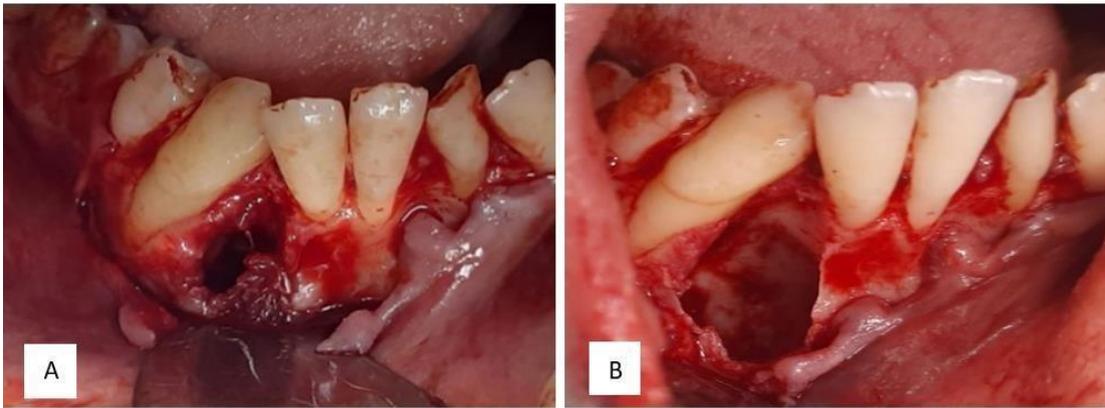


Figura 3 (A e B): Incisão, descolamento, ostectomia, curetagem e remoção da lesão.

Por fim, foi realizada a sutura com auxílio de pinça porta agulha Mayo Hegar, pinça Dietrich, uma tesoura Iris e um fio de sutura de nylon 5.0 (techsuture black), iniciando pelo reposicionamento das papilas, e em seguida, foram feitos dois pontos simples intraósseos, para a técnica de marsupialização, deixando uma cavidade aberta, sem tecido ósseo exposto, como uma via de drenagem, permitindo a remoção de todo o tecido cístico que não foi removido através da curetagem no momento cirúrgico. Além disso, os pontos intraósseos também foram responsáveis pelo reposicionamento da inserção muscular do mento. Por fim, finalizando com pontos simples na incisão relaxante (Figura 4).



Figura 4: Sutura realizada.

A lesão foi encaminhada para análise histopatológica no Laboratório de Patologia Bucal da UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto), possuindo coloração enegrecida e dividida em dois fragmentos de forma alongada, ambos com consistência endurecida e de superfície rugosa, medindo em conjunto: 4.0x3 e 0x2.0 cm (Figura 5).

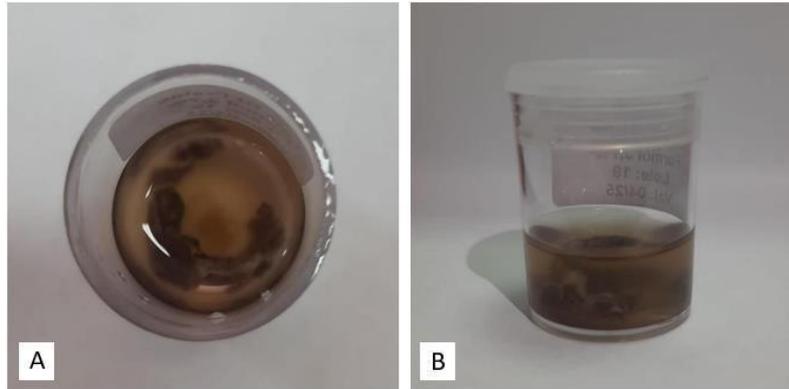


Figura 5 (A e B): Lesão em recipiente com formol 10%.

As orientações pós-cirúrgicas foram passadas ao paciente, sendo as seguintes: dieta líquida e gelada nos primeiros dias, junto à compressas com gelo, visando minimizar o edema da região cirúrgica, afastamento de suas atividades e repouso por 5 dias, evitando atividades físicas, grandes esforços e exposições ao sol, orientação para uma correta higiene da cavidade e manutenção dos pontos e nova orientação sobre a necessidade de tomar as medicações prescritas previamente. O pós-operatório do paciente foi marcado para 15 dias após o procedimento, para remoção das suturas e análise da evolução cirúrgica.

RESULTADOS

Nas lâminas histopatológicas, foi observado componente inflamatório em seu interior, juntamente com numerosos vasos sanguíneos e macrófagos contendo hemossiderina (Figura 6), resultando no diagnóstico de cisto ósseo aneurismático (cisto ósseo traumático), assim como a hipótese diagnóstica levantada anterior a cirurgia (Figura 7).

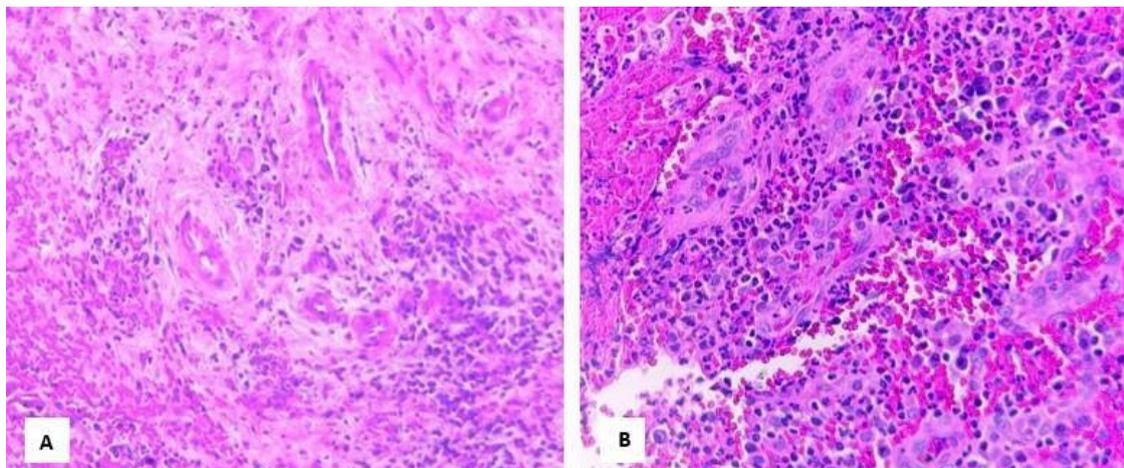


Figura 6: Exame histopatológico.



Exame nº: _____ UNAERP Nº: _____
DATA DE ENTRADA: 24/08/2023 DATA DO LAUDO: 04/09/2023

Paciente: _____ Idade: 26a Gênero: M

Procedência: Consultório Particular

Requisitado por: [_____]

Macroscopia: Recebido em 1 frasco, previamente identificado, peça cirúrgica de lesão de região anterior de mandíbula – entre os forames, imersa em formol, constando de 2 fragmentos de forma alongada, coloração enegrecida, consistência amolecida, superfície rugosa, medindo em conjunto 4,0x3,0x2,0cm.

Microscopia:

A amostra apresenta importante componente inflamatório, numerosos vasos sanguíneos e macrófagos contendo hemossiderina.

Diagnóstico Clínico: Cisto ósseo Traumático

Diagnóstico Histopatológico: Compatível com Cisto Ósseo Aneurismático

Figura 7: Laudo histopatológico.

Após 15 dias, o paciente retornou na clínica de odontologia da AORP para a remoção das suturas, limpeza e avaliação da cavidade (Figura 8). Em seu pós-operatório, relatou que cumpriu as orientações propostas e realizou corretamente o uso dos medicamentos prescritos após o procedimento, assim como a ausência de sintomas dolorosos e sangramento durante este período, caracterizando uma boa evolução. Com isso, foi realizado a remoção das suturas das papilas e da incisão relaxante, deixando apenas os pontos intraósseos para proporcionar a limpeza da cavidade e em seguida foi realizado a limpeza da cavidade com cureta, associado a irrigação abundante da cavidade com Gluconato de Clorexidina a 0,12% (Periogard).

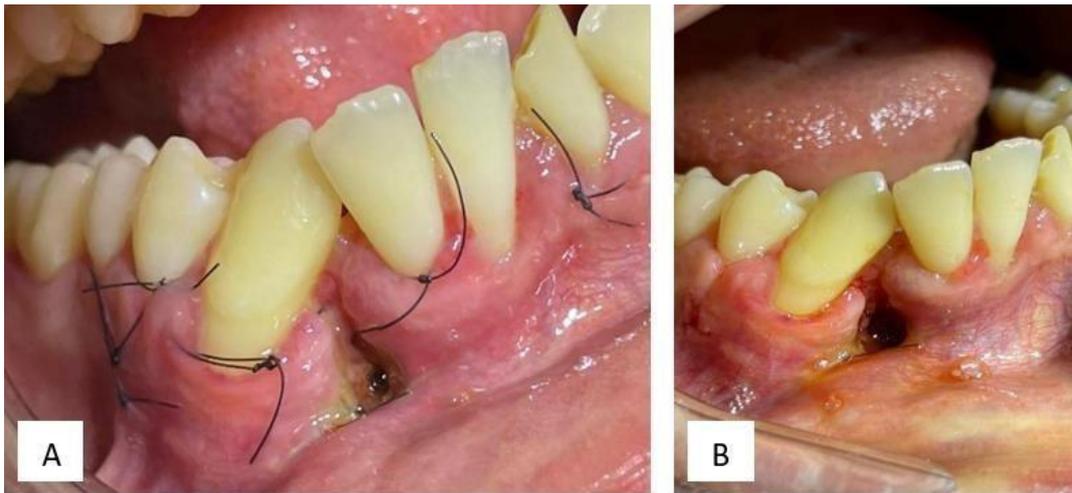


Figura 8 (A e B): Primeiro P.O – Remoção das suturas e limpeza da cavidade (2 semanas após o procedimento).

Após 30 dias do procedimento, paciente retornou a clínica odontológica da AORP para realizar a limpeza da cavidade e remoção dos dois pontos intraósseos. Durante consulta, relatou que não houve sangramento e dor durante esse período, caracterizando novamente uma ótima evolução cirúrgica (Figura 9).

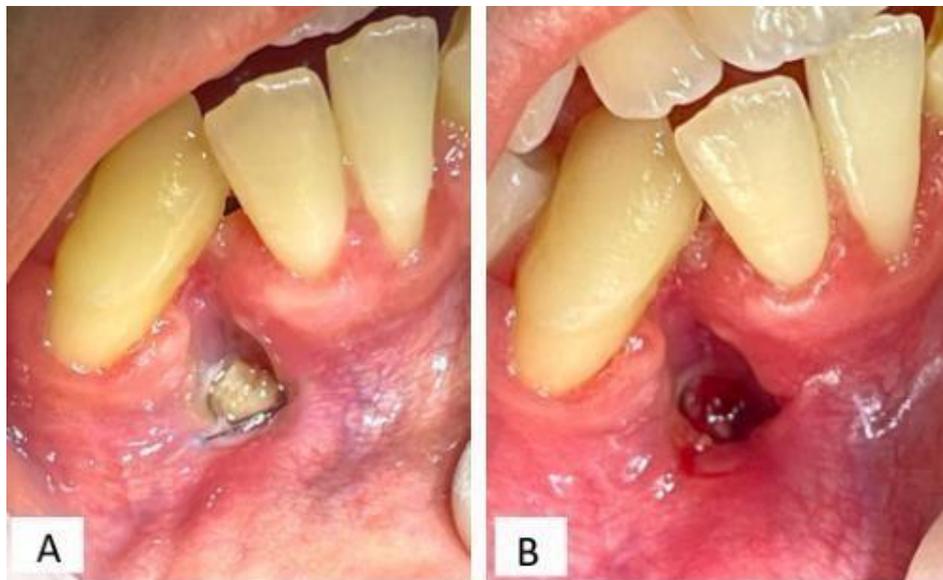


Figura 9 (A e B): Segundo P.O (1 mês após o procedimento).

Passados 3 meses do procedimento, paciente compareceu à clínica de odontologia da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), para acompanhamento clínico e radiográfico. No exame clínico, foi observado que a cavidade encontrava-se com seus bordos completamente coaptados e com formação óssea, caracterizando um bom prognóstico ao paciente (Figura 10).

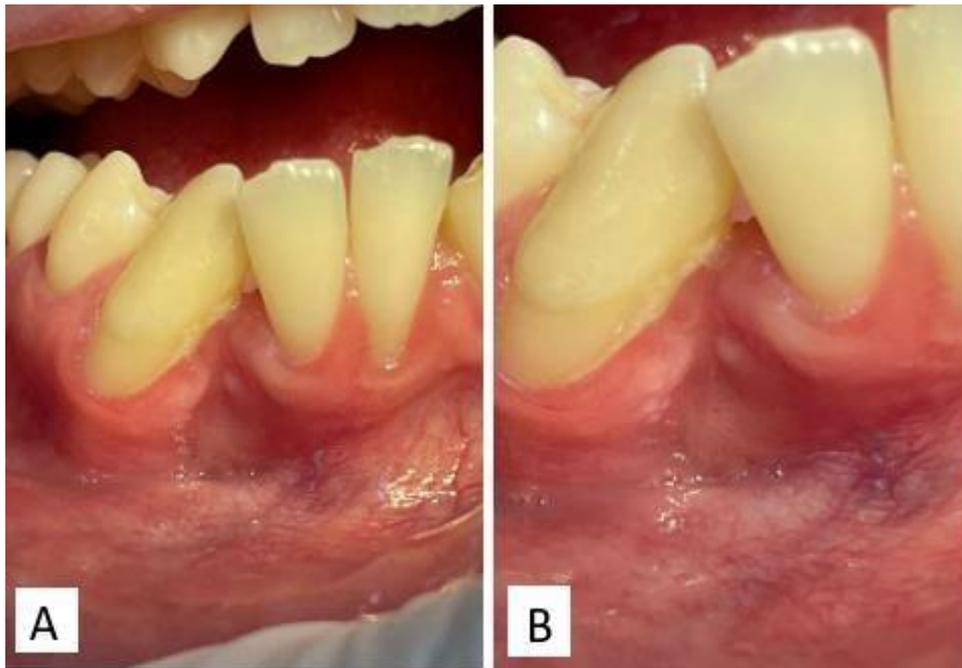


Figura 10 (A e B): Terceiro P.O – Acompanhamento e Testes de vitalidade pulpar (3 meses após o procedimento).

Na mesma sessão, foi realizado teste de vitalidade pulpar dos dentes 43, 42, 41, 31, 32 e 33, com spray ‘Endolce’ com pênso de algodão estéril, o qual obteve resultado positivo em todos os dentes. Os testes de palpação e percussão, tanto vertical como horizontal, apresentaram resultados negativos em todos os dentes, com exceção do dente 43. Este, obteve um tempo de resposta aos testes um pouco maior quando comparado aos outros elementos, sendo necessário o acompanhamento.

Com isso, foi possível concluir que nenhum dente afetado diretamente pela lesão cística teve sua integridade pulpar comprometida, não havendo necessidade de tratamento endodôntico de nenhum elemento dental, apenas proservação.

Ainda nesta sessão, foi realizado um exame radiográfico panorâmico (Figura 11) para acompanhamento periódico do caso e foi possível observar crescimento ósseo mais evidente entre as proximais dos elementos dentais afetados. Embora a imagem hipodensa correspondente ao cisto ósseo traumático ainda esteja presente, é possível identificar uma diminuição significativa, caracterizada por este crescimento ósseo na área. No entanto, podemos caracterizar como uma ótima evolução, gerando um ótimo prognóstico ao paciente.



Figura 11: Radiografia panorâmica após 3 meses do procedimento.

Cerca de oito meses após o procedimento cirúrgico, o paciente retornou a clínica de odontologia da UNAERP (Universidade de ribeirão Preto) para acompanhamento, na qual foram realizados exame clínico (Figura 12) e radiográfico (Figura 13).

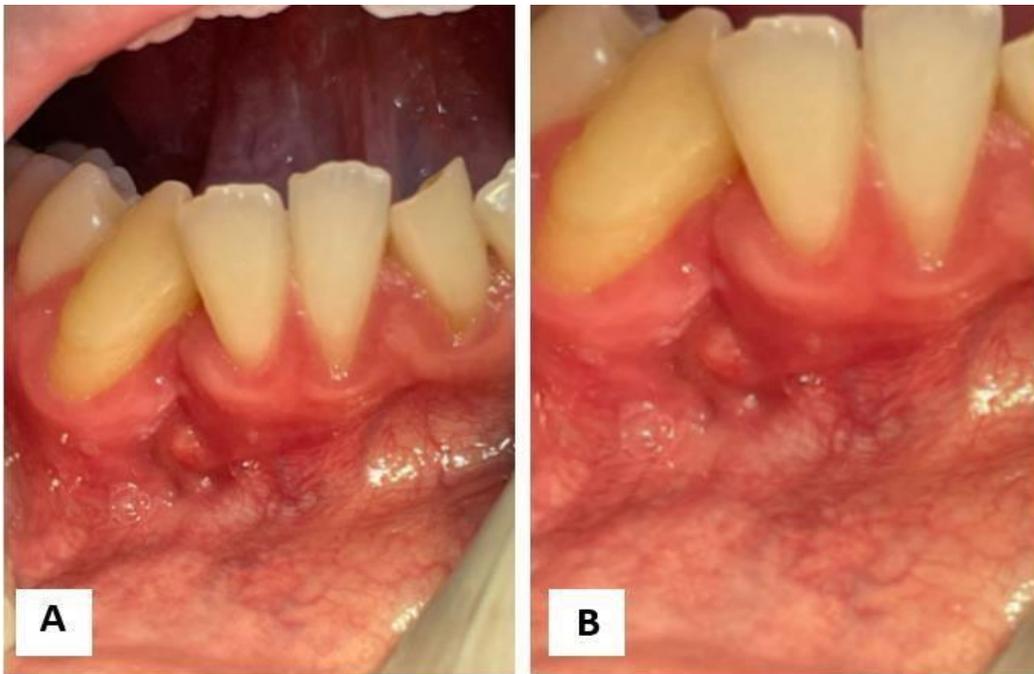


Figura 12 (A e B): Quarto P.O – Acompanhamento (8 meses após o procedimento).

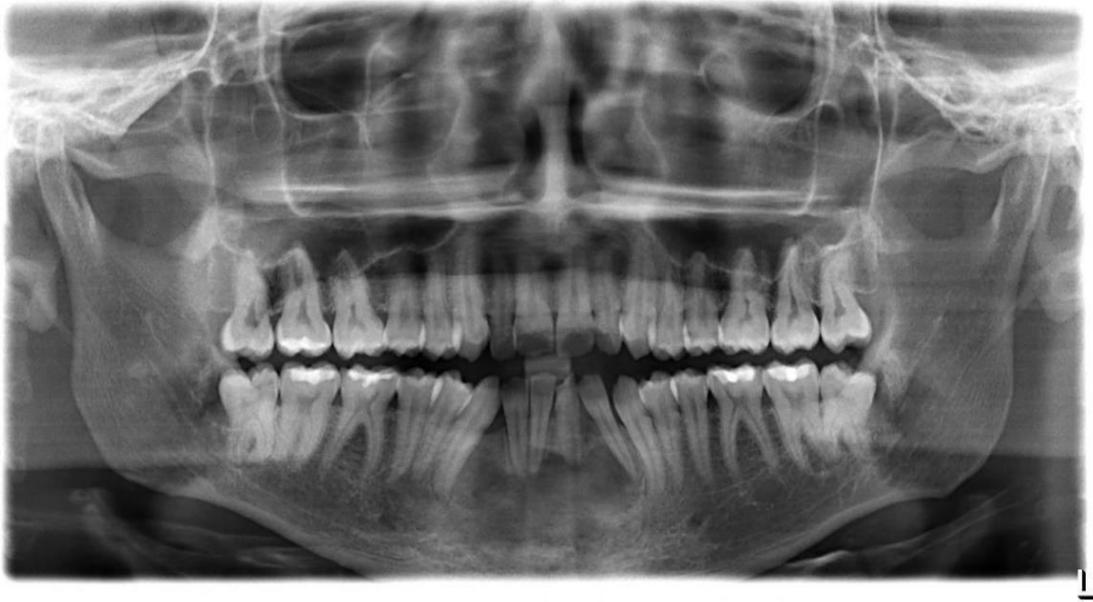


Figura 13: Radiografia panorâmica após 8 meses do procedimento.

No exame clínico foi possível observar que a cavidade se encontrava com os bordos totalmente coaptados, caracterizando uma ótima cicatrização. E no exame radiográfico panorâmico, tornou-se evidente a presença de imagens radiopacas, as quais são características da neoformação óssea. Ao comparar os exames radiográficos panorâmicos pós-operatórios de 8 meses, é possível observar crescimento ósseo significativo. No entanto, estima-se que nos próximos meses, o tratamento ortodôntico será uma alternativa para o reposicionamento dos dentes afetados pela lesão.

DISCUSSÃO

Assim como relatado anteriormente pela literatura de Neville *et al.* (2009) e Shear; Speight (2011), os cistos ósseos traumáticos possuem uma forte predileção pelos ossos longos da face, os quais correspondem às regiões de corpo e sínfise mandibular, sendo muito raramente encontrados na maxila. Portanto, ao analisar o relato de caso em questão, torna-se perceptível que o caso do paciente encontra-se dentro da predileção proposta pela literatura, uma vez que a lesão identificada apresentava-se em um osso longo da face, mais especificamente na região da sínfise mandibular, entre os forames mentonianos.

Clinicamente, podem ser caracterizados por não influenciarem diretamente nas condições fisiológicas dos dentes adjacentes. Assim, estes tendem a responder positivamente aos testes de vitalidade pulpar (Lago *et al.*, 2006). Posto isto, foram realizados testes com o intuito de verificar a integridade da polpa dos elementos dentários que foram afetados pela lesão cística em questão. Foram realizados testes térmicos quente e frio, testes de palpação e testes de percussão, tanto vertical como horizontal. Os testes térmicos e de percussão obtiveram resultados positivos em todos os elementos dentários submetidos, a saber: canino inferior direito, incisivo lateral inferior direito, incisivo central inferior direito, incisivo central inferior esquerdo, incisivo lateral inferior esquerdo e canino inferior esquerdo (43, 42, 41, 31, 32 e 33).

Por conseguinte, o teste de palpação, realizado nos mesmos dentes, obteve resultado negativo. É necessário ressaltar que o canino inferior do lado direito (43) obteve um tempo de resposta maior em comparação aos outros elementos dentários testados, porém, ainda com resultados satisfatórios, fato que pode ser justificado pela maior influência da lesão neste elemento. Diante disso, assim como relatado por Lago *et al.* (2006), o cisto ósseo traumático não é capaz de alterar a integridade pulpar dos dentes afetados, desde que não haja rompimento de nenhum feixe vâsculo-nervoso no momento cirúrgico.

Embora ainda não exista um consenso entre as literaturas sobre as predileções dos cistos ósseos traumáticos, o relato de caso encaixa-se acertadamente na literatura proposta por Hansen *et al.* (1974), visto que propunham uma maior ocorrência na segunda década de vida. O mesmo ocorre com Baqain *et al.* (2005), que afirmam uma maior ocorrência entre os indivíduos do sexo masculino. Em contrapartida, para Peñarrocha-Diago *et al.* (2001) a predileção por idade tende a variar entre os 10 aos 15 anos. Peñarrocha-Diago *et al.* (2001) ainda relataram que a lesão tende a acometer de maneira igual tanto homens, como mulheres, não existindo predileção por gêneros.

No que concerne à sintomatologia, Baqain *et al.* (2005) relatam em sua literatura que os cistos ósseos traumáticos não são capazes de apresentar sintomas dolorosos aos seus portadores. Sverzut *et al.* (2002), por sua vez, também destacam a ausência de sinais e sintomas locais nas ocorrências deste tipo de lesão cística, tornando aparente apenas em exames radiográficos de rotina.

Ademais, a hipótese de origem traumática é a mais aceita entre as literaturas. Em contrapartida, a alta taxa de incidência em pacientes que foram submetidos a tratamentos ortodônticos é elevada, o que nos leva à uma hipótese que a movimentação ortodôntica pode ter influência na ocorrência dos cistos ósseos traumáticos, porém essa hipótese ainda gera discussões (Valladares *et al.*, 2008).

Por fim, seu tratamento também é responsável por gerar discussões entre as literaturas. Valladares *et al.* (2008) comentam que os cistos ósseos traumáticos apresentam potenciais de regressão espontânea, não necessitando, então, de intervenção cirúrgica, apenas preservação. Em contrapartida, Shear; Speight (2011) apresentam a exploração cirúrgica seguida da curetagem do defeito ósseo como o melhor tratamento para a lesão em questão. No caso relatado, foi realizada a intervenção cirúrgica e a curetagem do defeito, estimulando sangramento e, consequentemente, a neoformação óssea da região afetada.

Posto isto, a técnica de marsupialização surge como uma alternativa para o tratamento de cistos odontogênicos, uma vez que permite a regressão da lesão de uma forma conservadora, evitando, principalmente, gerar complicações às estruturas nobres adjacentes. Embora seja uma técnica conservadora, a marsupialização é também considerada um tratamento definitivo, visto que permite a remoção completa de lesões, mesmo utilizando menores acessos (Pinto *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, conclui-se que é de suma importância observar, relatar e analisar a presença de lesões na cavidade oral, sobretudo as císticas. Uma vez que, muitas



vezes passam despercebidas pelos seus portadores. Visando o correto tratamento das mesmas e evitando possíveis complicações.

A lesão, antes localizada na região anterior de mandíbula, foi removida sem nenhuma complicação ou seqüela, o que resultou em um excelente pós operatório e prognóstico ao paciente. Estima-se que, a partir deste satisfatório resultado, o paciente reposicione os dentes afetados pela lesão através da ortodontia.

REFERÊNCIAS

BAQAIN, Z.H.; JAYAKRISHNAN, A.; FARTHING, P.M.; HARDEE, P. Recurrence of a solitary bone cyst of the mandible: case report. **British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, Jordan, v. 43, n. 4, p. 333-335, ago. 2005. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2004.12.001>. Acesso em: 23 jul. 2023.

DE TOMASI, D.; HANN, J.R. Traumatic bone cyst: report of case. **The Journal Of The American Dental Association**, South Carolina, v. 111, n. 1, p. 56-57, jul. 1985. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.1985.0067>. Acesso em: 26 out. 2023.

LAGO, C.A.; CAUÁS, M.; PEREIRA, A.M.; PORTELA, L. Cisto ósseo traumático em mandíbula: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-MaxiloFacial**, Pernambuco, v. 6, n. 2, p. 17-22, jun. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-872915>. Acesso em: 04 jul. 2023.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2009. 992 p.

PEÑARROCHA-DIAGO, M.; SANCHIS-BIELSA, J.M.; BONET-MARCO, J.; MINGUEZ-SANZ, J.M. Surgical treatment and follow-up of solitary bone cyst of the mandible: a report of seven cases. **British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, Valencia, v. 39, n. 3, p. 221-223, jun. 2001. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1054/bjom.2000.0559>. Acesso em: 10 set. 2023.

PINTO, G. N. de S.; FIGUEIRA, J. A.; GONÇALES, E. S.; SANT'ANA, E.; TOLENTINO, E. de S. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, [S. l.]**, v. 20, n. 3, 2016. DOI: 10.5335/rfo.v20i3.5209. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/5209>. Acesso em: 12 jul. 2024.

SILVA, A.O.; DESTRI JÚNIOR, A.R.; ANDRADE, A.V.; SANTOS, L.R.A.; VILELLA, O.V. Localização inusitada de um Cisto Ósseo traumático: aspectos radiográficos. **Portal Metodista de Periódicos Científicos e Acadêmicos**, Rio



de Janeiro, v. 19, n. 37, p. 99-105, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v19n37p99-105>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SHEAR, M.; SPEIGHT, P.M. **Cistos da região bucomaxilofacial**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2011. 0242 p.

SVERZUT, C.E.; GOMES, P.P.; SVERZUT, A.T.; TOZETTO, A.L.G. Cisto ósseo solitário: relato de um caso clínico. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar**, [s. l], v. 4, n. 7, p. 63-67, jul. 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-336309>. Acesso em: 13 mar. 2024.

VALLADARES, C.P.; ISRAEL, M.S.; NOLETO, J.W.; BRAGA, C.L.S.; LOURENÇO, S.Q.C.; DIAS, E.P. Cisto ósseo simples em pacientes sob tratamento ortodôntico: relato de dois casos. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar**, Maringá, v.13, n. 2, p. 132-137, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/fsSVMRjNx6vhCLHsNzHJLMx/?format=pdf>. Acesso em: 13 mar. 2024.