

Cisto Ósseo Aneurismático: Apresentação de um Caso (+)

João Batista Burzloff*
Carlos Alfredo Franco Neto da Costa*
Heloísa Silveira da Fontoura*
Lauro Nunes da Rosa*
Onofre Quadros**

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de cisto ósseo aneurismático, discutindo sua patogênese e aspectos clínicos e microscópicos.

SUMMARY

The authors present a clinical case of aneurysmatic bone cyst, discussing its pathogenesis and histological and clinical aspects.

Introdução

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão solitária de ocorrência rara. Está classificado dentre os pseudocistos, uma vez que não tem revestimento epitelial. A sua designação como pseudocisto está relacionada com seu aspecto radiográfico cistóide. A lesão tem sido observada em todas as partes do esqueleto, embora mais de 50% de todas as lesões ocorram em ossos longos e coluna vertebral. A incidência na área do crânio facial é de aproximadamente 5% de todas as lesões ósseas².

Foi descrito em 1942 por Jaffe e Lichtenstein³, mas somente em 1958 começaram as publicações de casos localizados na maxila e mandíbula por Bernier e Bahskar⁴. Os casos descritos abrangem uma ampla faixa etária que varia desde os 2 anos e meio até os 75 anos, com o pico de frequência na 2ª década de vida.

Embora a maioria dos autores salientem que não exista predileção por sexo, algumas séries mostram uma discreta predominância do sexo feminino. Apresenta maior ocorrência na mandíbula, principalmente na área de molares e pré-molares.^{1,2,5,6}

A lesão apresenta crescimento rápido, indolor, causando assimetria facial. Radiograficamente a lesão apresenta-se como uma área radiolúcida bem circunscrita unilocular, lembrando uma lesão cística, ou multilocular, lembrando favos de mel ou bolhas de sabão.^{5,6}

O cisto ósseo aneurismático reage

favoravelmente ao tratamento cirúrgico conservador^{5,6,7}, entretanto irradiação⁵, ressecção⁵ e crioterapia^{7,9} são relatadas na literatura.

O objetivo deste artigo é o de apresentar um caso clínico de cisto ósseo aneurismático e discutir a sua patogênese e tratamento.

Relato do Caso

Um menino de 2 anos de idade compareceu à consulta, acompanhado de sua mãe, que relata aumento de volume na hemiface direita observado há mais ou menos 5 meses, que apresenta crescimento rápido, assintomático.

Ao exame clínico observa-se aumento de volume na região de ângulo mandibular do lado esquerdo, com envolvimento do ramo ascendente, de consistência dura e firme, indolor.

Ao exame com tomografia computadorizada da face, realizada em planos axiais e coronais, observa-se lesão expansiva do ramo ascendente esquerdo da mandíbula, que se estende desde a porção inferior da cabeça da mandíbula até o rebordo alveolar molar (fig. 1). As corticais ósseas apresentavam-se preservadas, e os planos musculares, gordurosos e glandulares, estavam rechaçados. A lesão mediu no seu maior grau de expansão 35 x 37mm (fig. 2).



FIGURAS 1 E 2

Imagem do cisto ósseo aneurismático observada através da tomografia computadorizada (C.T.)

(+) Trabalho desenvolvido como parte das atividades da disciplina de Estomatologia do Curso de Mestrado em Patologia Bucal da FOUFRGS.

* Alunos do Curso de Mestrado em Patologia Bucal da FOUFRGS.

** Professor do Curso de Mestrado em Patologia Bucal da FOUFRGS.

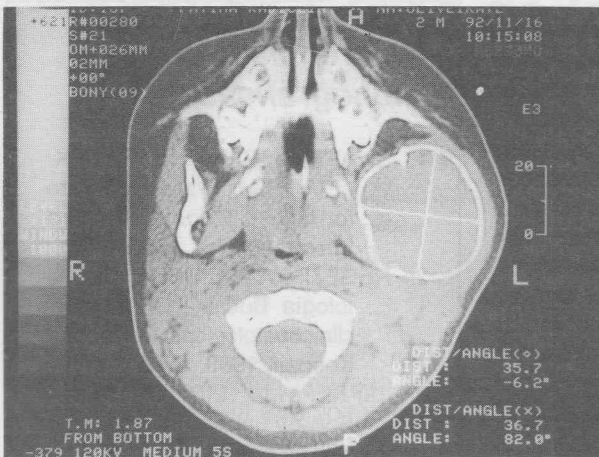


FIGURA 2

Na consulta o paciente apresentou ainda laudo de exame citopatológico, cujo laudo é negativo para células malignas, e destaca a presença de muitas hemáceas, polimorfonucleares e linfócitos.

Solicitou-se ao paciente radiografias panorâmica e pósterio-anterior oblíqua, observando-se ampla lesão osteolítica envolvendo o lado esquerdo maxilar inferior, desde a região de ângulo, incluindo processo coronóide e cabeça da mandíbula, com contornos bem definidos.

Na incidência pósterio-anterior, observa-se expansão das corticais no sentido vestibulo-lingual (fig. 3).

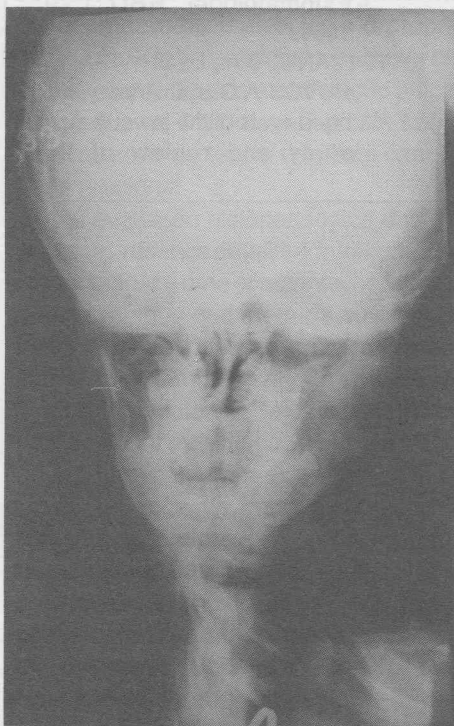
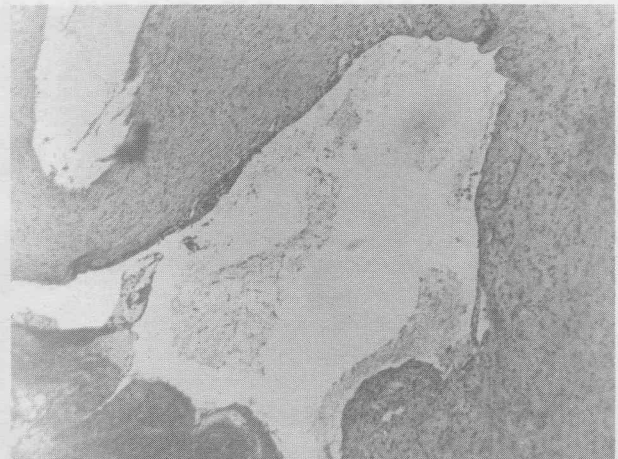


FIGURA 3
Radiografia obtida por incidência pósterio-anterior. Observa-se a expansão das corticais mandibulares no sentido V-L

FIGURA 4
Cavidade (espaços sinusóides) parcialmente preenchidos por fibrina (H/E // 40X aumento original)



O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em ambiente hospitalar, sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. Foi realizada uma incisão em L aberto, permitindo amplo acesso a região envolvida e realizada técnica cirúrgica conservadora através de curetagem. O material removido foi encaminhado ao Laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Ao exame microscópico observou-se a presença de inúmeros espaços sinusóides (fig. 4), parcialmente preenchidos por fibrina, grandes áreas hemorrágicas e estroma formado por tecido conjuntivo fibroso, mostrando a multiplicação das cavidades (fig. 5). O diagnóstico histopatológico foi de cisto ósseo aneurismático.

O paciente foi mantido em controle pós-operatório de rotina, e 6 meses após foi solicitada nova radiografia panorâmica onde observou-se neoformação óssea (fig. 6).

FIGURA 5
Observa-se a presença de áreas hemorrágicas e ausência de endotélio. (H/E // 100X aumento original)



Discussão

Desde a descrição do cisto ósseo aneurismático como uma entidade distinta em 1942 por Jaffe e Lichtenstein³, várias teorias foram propostas em relação à sua patogenia, permanecendo porém, até o momento, controversa.

Trauma tem sido considerado por alguns autores^{4,5,6,10}, relacionado com a etiologia desta lesão, porém, a baixa incidência desta lesão em relação a frequência com que traumatismos ocorrem no esqueleto, fez com que muitos pesquisadores abandonassem esta teoria.^{3,5,6,7,8,9}

Lichtenstein sugeriu o aparecimento do cisto ósseo aneurismático como resposta de uma alteração local persistente na hemodinâmica, produzindo o desenvolvimento de um leito vascular dilatado e engurgitados.^{5,6} Biesecker e colaboradores⁸ propuseram que o cisto ósseo aneurismático seria uma lesão reacional

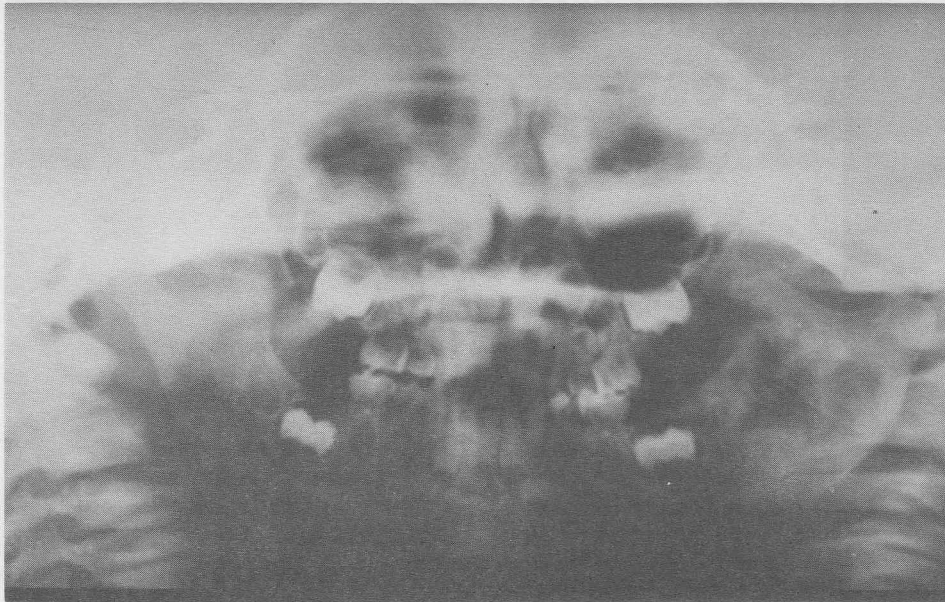


FIGURA 6
Radiografia panorâmica de controle pós-operatório. Observar as imagens correspondentes a neoformação óssea

secundária do osso, devido a ação de forças hemodinâmicas decorrentes de uma fístula óssea arteriovenosa de uma lesão primária.

Alguns autores relatam a presença de cistos ósseos aneurismáticos associados a outras lesões como lesão central de células gigantes, fibroma cementificante, condroblastoma, displasia fibrosa e fibromixoma^{4,5,8,9}, embora esta associação não tenha sido observada por Tilman em sua revisão e análise de 95 casos de cistos ósseos aneurismáticos⁵.

Alguns estudos chamam atenção para a possibilidade de que a lesão central de células gigantes e o cisto ósseo aneurismático serem a mesma lesão, diferenciando-se pelo estágio de desenvolvimento no tempo da intervenção cirúrgica, pois os mesmos apresentam semelhanças em muitos aspectos clínicos, radiológicos e microscópicos⁶.

Em relação ao aspecto histopatológico, não existe controvérsia, esta lesão aparece como um pseudocisto, constituído por células gigantes multinucleadas, fibroblastos, capilares, células sangüíneas extravasadas e hemossiderina. Numerosos espaços

sinusoidais (canais e lacunas com sangue) estão presentes e não devem ser confundidos com vasos, uma vez que estudos ultra-estruturais e imunohistoquímicos demonstram que estes espaços sinusóides não estão revestidos por células endoteliais.^{1,2,5,6}

O cisto ósseo aneurismático reage favoravelmente ao tratamento cirúrgico conservador. Em casos nos quais a lesão apresenta-se encapsulada, a enucleação pode ser realizada⁷, nos casos em que a cápsula não está presente, o tratamento cirúrgico pode ser realizado através de curetagem.^{5,6,11} Biesecker e col⁸ defendem a utilização da criocirurgia em lesões que não envolvem os maxilares, enquanto que Toljanic⁷ e Robinson⁹ sugerem que a criocirurgia pode ser utilizada frente a suspeita de remanescentes teciduais após a curetagem ou como um procedimento secundário à curetagem.

Como o cisto ósseo aneurismático raramente apresenta recidiva nos maxilares, o tratamento cirúrgico de escolha é o conservador, seja por enucleação ou por curetagem, sendo de boa conduta a preservação.

Referências Bibliográficas

1. SHAFER, W.G.; HIME, M.K.; LEVY, B.M.: Tratado de Patologia Bucal, 4ed. Interamericana, 1985. 837p.
2. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.: Patologia Bucal - Correlações clinicopatológicas, Guanabara Koogan, 1989. 389p.
3. JAFFE, H.L.; LICHTENSTEIN: Solitary unicameral bone cyst with emphasis on the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. *Cancer*. 44:1004, 1942.
4. BERNIER, J.L.; BHASKAR, S.N.: Aneurysmal bone cysts of the mandible. *Oral Surg*. 11:1018, 1958.
5. MEDEIROS, J.M.; SAMPAIO, R. et al: Aneurysmal bone cyst of the maxilla: Report of a case. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 51:184, 1993.
6. DASILVA, U.M. et al: Pseudocistos dos Maxilares - Relatório do grupo de estudos - VI Jornada Brasileira de Estomatologia. *RBO* 1:20, 1981.
7. TOLJANIC, J.A.; LECHWSKI, E.; HUVOS, A.G. et al: Aneurysmal bone cysts of the jaws: A case study and review of the