

**Escola de Ciências  
da Saúde**



**Ana Carolina de Andrade Lopes Pereira**

**Nathália Faceira de Monaco**

**Cisto Ósseo Traumático com abordagem endo-cirúrgica: Um relato de caso**

**Rio de Janeiro, RJ.**

**2021**

**Ana Carolina de Andrade Lopes Pereira**  
**Nathália Faceira de Monaco**

**Cisto Ósseo Traumático com abordagem endo-cirúrgica: Um relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade do Grande Rio  
“Professor José de Souza Herdy”, como  
parte dos requisitos parciais para obtenção  
do grau de bacharel em Odontologia.  
Orientador(a): Ricart Gil Macedo

**Rio de Janeiro – Rj.**  
**2021**

**CATALOGAÇÃO NA FONTE**  
**UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS**

P436c      Pereira, Ana Carolina de Andrade Lopes.  
              Cisto Ósseo Traumático com abordagem endo -cirúrgica: um relato de caso. / Ana Carolina de Andrade Lopes Pereira, Nathália Faceira de Monaco. – Duque de Caxias, 2021.  
              23 f. ; 30 cm.

              Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Odontologia) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, Duque de Caxias, 2021.  
              “Orientador: Prof. Ricart Gil Macedo.”.  
              Referências: f.18.

              1. Odontologia. 2. Endodontia - cirurgia. 3.Cisto Ósseo Traumático. I. Monaco, Nathália Faceira de. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD – 617.6

**Ana Carolina de Andrade Lopes Pereira**

**Nathália Faceira de Monaco**

**Cisto Ósseo Traumático com Abordagem Endo-Cirúrgica: Um Relato de Caso**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade do  
Grande Rio “Professor José de Souza  
Herdy”, como parte dos requisitos  
parciais para obtenção do grau de  
bacharel em Odontologia

Aprovado em 25 de Junho de 2021.

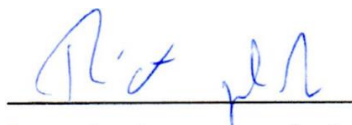
Banca Examinadora



Prof. Ednaldo José da Silva  
Universidade do Grande Rio



Prof. Oswaldo Henrique Souza Fonseca  
Universidade do Grande Rio



Prof. Ricart Gil Macedo  
Universidade do Grande Rio

## RESUMO

O Cisto Ósseo Traumático é uma lesão intra-óssea, caracterizada por uma cavidade vazia. É classificado como um pseudocisto por não apresentar revestimento epitelial, sendo mais prevalente em homens até a segunda década de vida e no osso mandibular. Costuma ser assintomático e sem alteração nos dentes envolvidos. A imagem radiográfica demonstra-se de forma radiolúcida, multilocular com bordas festonadas, assim como, as características de outras lesões dos ossos gnáticos. Segundo a literatura, até o presente momento, ainda não há um consenso à cerca da etiologia desse cisto. O transcirúrgico é fundamental para o diagnóstico. O tratamento é a curetagem da cavidade. Após a cirurgia, é necessário realizar o acompanhamento através dos exames de imagem. **Objetivo:** Apresentar um caso clínico do COT e discutir sobre as informações encontradas na literatura. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 48 anos de idade, compareceu ao Hospital Adão Pereira Nunes e por meio dos exames de rotina foi descoberto a presença de lesões radiolúcidas na mandíbula, sugestivas de Cisto Periapical, Ameloblastoma ou Ceratocisto. Foi solicitado o exame tomográfico para uma melhor visualização do aspecto e foi constatado que tratava-se somente de uma lesão. A paciente não se recordava de ter sofrido trauma na face e, clinicamente, não apresentava nenhuma anormalidade, exceto pelo teste de vitalidade negativo dos elementos dentários envolvidos na lesão. O tratamento endodôntico foi realizado devido a necrose pulpar. Na exploração cirúrgica, observou-se uma cavidade vazia que é característica do COT. Para o tratamento do cisto, optou-se pela curetagem e o acompanhamento radiográfico foi realizado mostrando melhora no quadro. **Considerações finais:** Devido ao difícil diagnóstico e etiologia incerta, os exames de imagem, exame clínico, diagnóstico diferencial e transcirúrgico são imprescindíveis para o correto diagnóstico do COT. Com base na literatura, o tratamento de escolha para o COT é a exploração cirúrgica com curetagem e o acompanhamento radiográfico por 12 à 17 meses após a cirurgia. **Palavras-chave:** Cisto Ósseo Traumático; Pseudocisto; Exploração cirúrgica; Cisto Ósseo Solitário.

## ABSTRACT

The Traumatic Bone Cyst is an intraosseous lesion, characterized by an empty cavity. It is classified as a pseudocyst for not having an epithelial lining, being more prevalent in males until the second decade of life and in the mandibular bone. It is usually asymptomatic and without changes in the involved teeth. The radiographic image appears as a radiolucid, multilocular with festooned border, as other lesions of the gnathic bones. According to the literature, there's not a consensus about the etiology of this cyst until the present moment. The trans-surgical is fundamental to the diagnosis. The treatment is curettage of the cavity. After the surgery, it's necessary to monitor by image examination. **Objective:** Showing a clinical case of TBC and discuss the information found in the literature. **Case report:** Female patient, 48 years old, showed up at Hospital Adão Pereira Nunes and by routine medical exam was discovered the presence of radiolucids lesions on the jaw, suggestive of Periapical Cyst, Ameloblastoma or keratocyst. Was requested a tomography exam to better view the aspect and was constated that only was a single lesion. The patient did not remember having suffered trauma to her face and, clinically, did not present any anomaly, except for the negative vitality test of the teeth elements involved on the lesion. The endodontic treatment was realized because of pulp necrosis. On the surgical exploration, an empty cavity that is characteristic of the TBC was observed. For the cyst treatment, the curettage was chosen, and the radiographic monitoring was made showing improvement in the case. **Final considerations:** Because of the hard diagnostic and uncertain etiology, the image examination, clinical exams, differential diagnosis, and transoperative are essential for the correct diagnosis of the TBC. Based on the literature, the treatment of choice for TBC is a surgical exploration with curettage and radiographic monitoring for 12 to 17 months after surgery.

Keyword: Traumatic Bone Cyst; Psdeudocyst; Surgical exploration; Solitary Bone Cyst.

## SUMÁRIO

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....              | 7  |
| 2 RELATO DE CASO CLÍNICO .....  | 9  |
| 3 DISCUSSÃO .....               | 14 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....    | 17 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 18 |
| ANEXOS .....                    | 19 |

## 1 INTRODUÇÃO

O Cisto Ósseo Traumático é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma lesão não-neoplásica, relacionada aos ossos<sup>1</sup>. Esse cisto pode ser encontrado com diferentes nomenclaturas na literatura, sendo algumas descritas como: Cisto Ósseo Solitário, Cisto Ósseo Traumático, Cisto Ósseo Hemorrágico, Cisto Ósseo Unicameral, Caverna Óssea Idiopática e Cisto de Extravasamento<sup>1,2</sup>.

Tratando-se do Cisto Ósseo Traumático (COT), o emprego da palavra “cisto” é aplicado de maneira inadequada e por isso os autores o consideram como um pseudocisto<sup>3,4</sup>. Sendo assim, o Cisto Ósseo Traumático é uma lesão intra-óssea, não revestida por uma camada epitelial e constituída por uma cavidade vazia ou contendo fluido seroso ou serosanguinolento<sup>1,4</sup>.

O início dos estudos das lesões relacionados aos ossos não são recentes, porém o primeiro relato do COT nos ossos gnáticos foi dado por Lucas e Blum em 1926<sup>5</sup>. Há relatos na literatura da presença do COT predominantemente na metáfise de ossos longos e menos recorrente nos ossos gnáticos<sup>2,4</sup>. Esse cisto é prevalente em homens e em indivíduos entre a 1ª e 2ª década de vida<sup>2,6</sup>. É mais comum na mandíbula do que na maxila, acomete qualquer região mandibular, porém ocorre com mais frequência na região posterior, e também pode ocorrer bilateralmente<sup>6,7</sup>.

Clinicamente, o COT costuma ser assintomático e de crescimento lento, sendo muitas vezes um achado clínico através de exames de rotina. Quando sintomático, pode haver dor, aumento de volume e parestesia<sup>2,4,7</sup>. Os dentes relacionados à lesão, geralmente, são vitais e não apresentam alterações, como mobilidade e reabsorção das raízes<sup>8</sup>.

O aspecto radiográfico do COT se dá por uma imagem radiolúcida, unilocular, bem delimitada, sem expansão óssea e sem reabsorção. Entretanto, ao contrário do que foi descrito, pode haver uma imagem multilocular e presença de expansão óssea<sup>2,7</sup>. É comum o aspecto de “dedos de luva” (bordas festonadas), entretanto, não é uma imagem diagnóstica<sup>2,6,7</sup>. Além disso, como o COT mimetiza o aspecto radiográfico de outras lesões radiolúcidas, se torna uma lesão de difícil diagnóstico<sup>4,6,7</sup>.

A análise histopatológica do COT costuma apresentar características não específicas, podendo exibir conteúdo celular que também é comum em outros cistos<sup>4,9</sup>.

Até o atual momento, não existe um consenso na literatura à cerca da etiologia do COT, sendo esse o motivo, da existência de tantas denominações para essa lesão<sup>6,10</sup>. Há três teorias que são mais aceitas: anormalidade do crescimento ósseo, degeneração tumoral e traumatismo hemorrágico<sup>2,3,4</sup>.

Para o tratamento do COT é preciso fazer o correto diagnóstico diferencial. O transcirurgico é essencial para o diagnóstico, pois ao explorar a cavidade percebe-se a ausência de conteúdo ou a presença de fluido característico da lesão<sup>3,6,7,8</sup>. Há autores que citam a possibilidade de cura espontânea<sup>2,10</sup>. Entretanto, segundo a literatura, o tratamento mais indicado é a curetagem da cavidade para que o sangramento seja estimulado, assim, levando células para a região e causando à neoformação óssea<sup>2,6,7,10</sup>. O prognóstico é favorável na maioria dos casos tratados com curetagem<sup>2</sup>. A recidiva da lesão é rara, sendo mais comum nos primeiros três meses<sup>6</sup>. Devido a possibilidade de recidiva, o acompanhamento radiográfico deve ser feito de 12 à 17 meses após o tratamento<sup>2,4</sup>. A possibilidade de recorrência é sugerida quando há dificuldade de acesso à lesão durante a cirurgia, o que dificulta a formação suficiente de coágulo sanguíneo e consequente formação óssea<sup>4,10</sup>.

O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico, que envolve o Cisto Ósseo Traumático, realizado por acadêmicos da graduação e pós-graduação, com o auxílio dos professores de Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial e Endodontia na faculdade Unigranrio. Além disso, busca-se discutir sobre esses cistos e o tratamento de escolha.

## 2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente M.A.S, sexo feminino, 48 anos de idade, leucoderma, compareceu ao Hospital Adão Pereira Nunes para exame de rotina. Após a realização do exame radiográfico, foi observada a presença de lesões na maxila e na mandíbula. O cirurgião-dentista solicitou o exame de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), à fim de visualizar melhor as lesões. Diante disso, a paciente foi encaminhada para a clínica de pós-graduação de Endodontia da faculdade UNIGRANRIO.

Na anamnese nenhuma doença sistêmica foi relatada, a paciente disse possuir ausência de sintomas e não lembrar de nenhum trauma na região de face. Durante o exame clínico, foi realizada a palpação e observação da região intra-oral, não foi constatado nenhum aumento de volume, alterações ou dores nos tecidos.

Ao analisar a radiografia panorâmica, observou-se a presença de lesões radiolúcidas, com o halo esclerótico/ radiopaco, aspecto multilocular na região anterior da mandíbula, exceto no elemento 35 que apresentava imagem radiopaca. Na maxila, a diferença encontrada era o aspecto das lesões, que eram radiolúcidas, uniloculares e ovaladas com halo esclerótico. As lesões envolvem o ápice de cada um desses elementos: 11,12, 21 e 22, enquanto que na mandíbula havia uma lesão no ápice do 35, outra lesão que estendia-se do 34 ao 31 e uma outra do 44 ao 41. Não havia presença de reabsorção radicular, deslocamento dos elementos ou expansão da cortical óssea. Uma característica observada foi o aspecto de “dedos de luva” na mandíbula.

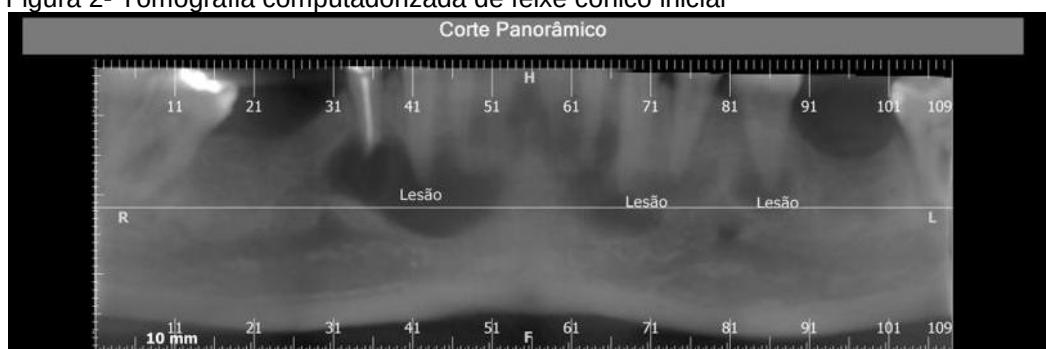
Figura 1- Radiografia panorâmica inicial



Fonte: dos autores.

O exame tomográfico foi solicitado com o objetivo de visualizar melhor a imagem cística, assim podendo verificar o tamanho das lesões, localização e a relação com estruturas nobres adjacentes. Foi observado que tratava-se de uma lesão única, diferentemente do que parecia ser ao analisar o exame radiográfico. Com isso, constatou-se que era uma imagem radiolúcida extensa, na região mentoniana e do corpo mandibular, sem relação com estruturas anatômicas, envolvendo os elementos 35 ao 44, sem reabsorção radicular, deslocamento dentário ou expansão das corticais ósseas, confirmando os achados radiográficos.

Figura 2- Tomografia computadorizada de feixe cônico inicial



Fonte: dos autores.

O teste de vitalidade nos dentes mandibulares com as raízes envolvidas nas lesões foi negativo. Nenhum desses elementos apresentavam mobilidade. Dessa forma, com as informações observadas nos exames, decidiu-se realizar a biópsia intra-óssea das lesões na mandíbula para coletar o material e enviar ao histopatológico com finalidade diagnóstica.

Os procedimentos cirúrgicos realizados nas lesões presentes na maxila não serão citados nesse relato de caso, pois foram acompanhados por outro cirurgião-dentista.

Devido ao diagnóstico de necrose nos dentes envolvidos nas lesões mandibulares, o tratamento endodôntico foi realizado na clínica de pós-graduação da faculdade UNIGRANRIO. O procedimento iniciou-se pelo 3º quadrante com anestesia local, utilizando Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 para bloquear o Nervo Alveolar Inferior. Foi feito o isolamento absoluto e, com instrumentos rotatórios, as etapas do tratamento endodôntico foram cumpridas. Na 2ª sessão, os mesmos procedimentos foram realizados no 4º quadrante. Posteriormente, na clínica do

Estagio II da faculdade UNIGRANRIO, os elementos em questão foram restaurados com resina composta seguindo todos os protocolos de restauração.

Na clínica do Estagio IV da faculdade UNIGRANRIO, com o auxílio dos professores de Cirurgia, a biópsia seria realizada. Sendo assim, foi feita a antissepsia oral com Gluconato de Clorexidina 0,12%. Após isso, os Nervos Alveolar Inferior Direito e Esquerdo; Nervo Bucal Direito e Esquerdo foram bloqueados utilizando Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000. Realizou-se a incisão em fundo de vestibulo, rebatendo o retalho mucoperiosteal da região distal do 32 até aproximadamente a mesial do 44, com lâmina 15. Após a incisão, houve hemorragia no local e para o controle do sangramento utilizou-se bisturi elétrico, resolvendo a intercorrência. Para melhorar a visualização da área e remover irregularidades ósseas, foi feita a osteotomia com broca esférica carbide nº6, juntamente à irrigação com soro fisiológico. Ao expor a área da lesão, ficou confirmado que tratava-se de uma lesão única. Sua cavidade era vazia, sem revestimento epitelial, com isso, devido as características dos exames e do transcirúrgico, o diagnóstico foi dado como Cisto Ósseo Traumático, dessa maneira, sem necessidade de realizar o histopatológico. Em seguida, foram executadas a curetagem e exploração cirúrgica para estimular o sangramento dentro da cavidade e, por fim, a sutura em planos foi realizada com fio Vicryl 3.0 nas camadas mais internas e fio de seda na externa.

Figura 3- Transcirúrgico evidenciando uma loja cística vazia, com sangramento após a curetagem



Fonte: dos autores.

Figura 4- Sutura da região após a cirurgia



Fonte: dos autores.

Ao final do procedimento cirúrgico, todas as orientações foram passadas para a paciente e, foi prescrito Ibuprofeno 600mg, a cada 08 horas por 3 dias, Amoxicilina 500mg, de 8/8 horas durante 5 dias e Dipirona 1g em caso de dor (SOS). Após 15 dias, a paciente retornou e não apresentava nenhuma sintomatologia dolorosa, o exame clínico não demonstrou nenhuma anormalidade e os pontos foram removidos.

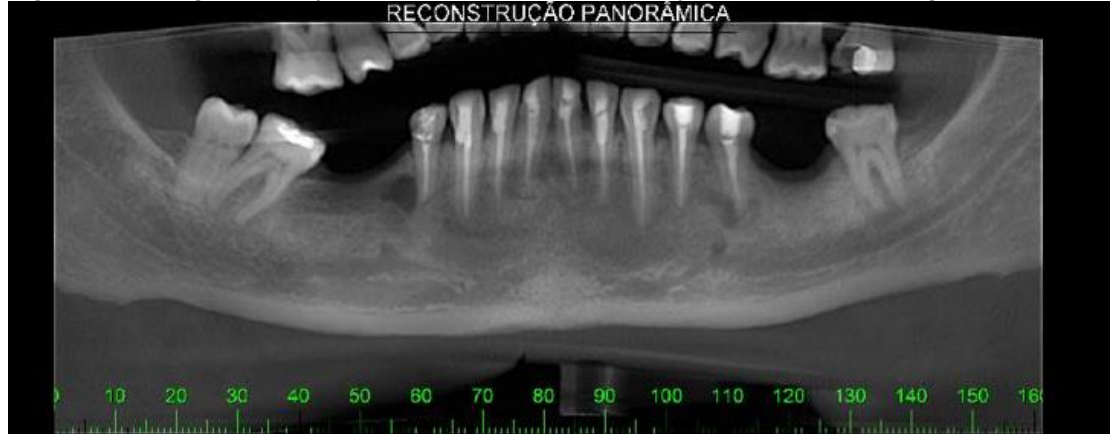
Depois de 7 meses da cirurgia, uma nova panorâmica e tomografia foram realizadas para o acompanhamento. Foi observada a presença de neoformação óssea em quase toda a região que a lesão envolvia, exceto na região apical do elemento 44 que ainda demonstrava um aspecto radiolúcido, entretanto, menor do que anteriormente. Por esse motivo, foi orientado para a paciente que uma nova cirurgia deveria ser realizada, porém a mesma encontrou-se relutante com essa questão.

Figura 5- Radiografia panorâmica após 7 meses da cirurgia



Fonte: dos autores.

Figura 6- Tomografia computadorizada de feixe cônico após 7 meses da cirurgia



Fonte: dos autores.

Um novo exame de imagem será solicitado daqui a um ano, assim, podendo avaliar se houve ou não regressão por completo. Caso os exames ainda apresentem lesão, uma nova cirurgia deverá ser realizada para a cura da lesão.

### 3 DISCUSSÃO

O COT é uma lesão intra-óssea, com ausência de camada epitelial, sendo uma cavidade vazia ou constituída por fluido seroso ou serosanguinolento<sup>4</sup>. Um cisto verdadeiro é descrito como uma cavidade patológica envolvida por epitélio, contendo fluido ou outro material amolecido<sup>11</sup>. Devido à ausência de revestimento epitelial do COT, ele é considerado um falso cisto (pseudocisto)<sup>3,4</sup>.

A paciente no presente caso era do sexo feminino e encontrava-se na 4ª década de vida, destoando do que é predominante na literatura<sup>2,6</sup>. A lesão era localizada na mandíbula, como na maioria dos casos relatados pelos autores. A região fugia do usual, pois encontrava-se na região anterior da mandíbula, enquanto que o mais comum é na região posterior<sup>6,7</sup>. O cisto ocorria bilateralmente, também divergindo do comum<sup>7</sup>.

Os pacientes que possuem o COT, normalmente, não apresentam sintomatologia dolorosa. Assim como outros cistos, seu crescimento é lento. Na maioria das vezes, o COT é descoberto por meio de exames de rotina e o paciente não se recorda de ter sofrido algum trauma na região<sup>4,6</sup>. É raro, mas quando sintomático, o mais comum é haver: dor, sensibilidade, aumento de volume e parestesia<sup>2,7</sup>. Os elementos relacionados ao cisto, geralmente, são vitais, sem apresentar alterações, como mobilidade e reabsorção das raízes<sup>2,8</sup>. O caso clínico citado concorda com todas essas características abordadas na literatura, exceto com a vitalidade pulpar.

A imagem radiográfica do COT aparece de forma radiolúcida, unilocular, bem delimitada, sem expansão óssea e sem reabsorção, podendo haver aparência multilocular e presença de expansão óssea<sup>2,7</sup>. As bordas festonadas, também conhecidas como “dedos de luva” são uma característica radiográfica desse cisto, porém não serve como uma imagem diagnóstica<sup>2,6,7</sup>. O aspecto do caso clínico que divergiu dos achados literários, foi apenas a presença de uma imagem multilocular analisando a radiografia, entretanto, ao verificar o exame tomográfico confirma-se com a literatura a presença de uma imagem unilocular. Devido à semelhança radiográfica, o COT possui diversos diagnósticos diferenciais<sup>4,6,7</sup>. No caso clínico relatado, suspeitava-se de Cisto Ósseo Traumático, Ameloblastoma e Ceratocisto.

Histopatologicamente, o COT apresenta características não específicas, podendo apresentar: tecido conectivo, fibras colágenas, eritrócitos, células

inflamatórias (macrófagos, linfócitos e neutrófilos), osso trabecular, poucas células gigantes e ausência de cápsula epitelial<sup>4,9</sup>. No caso clínico em questão, o histopatológico não pode ser feito, pois a ausência de conteúdo dentro da cavidade define o Cisto Ósseo Traumático.

A etiologia do COT ainda encontra-se incerta, por isso é possível achar diferentes nomenclaturas para esse mesmo cisto<sup>6,10</sup>. Existem várias teorias que buscam explicá-la, sendo as mais aceitas: anormalidade do crescimento ósseo, degeneração tumoral e traumatismo hemorrágico<sup>2,3,4</sup>.

A Hipótese de que o COT é proveniente da anormalidade do crescimento ósseo, sugere que há um remodelamento ósseo incontrolado durante o desenvolvimento e crescimento ósseo, assim, formando a cavidade cística. A prevalência do COT fundamenta essa teoria, já que, o cisto acomete predominantemente os pacientes jovens, pelos quais estão em fase de crescimento<sup>2,7</sup>.

A degeneração tumoral é baseada nas observações clínicas. Esses dados apontam que patologias osteodisfrólicas como a displasia fibrosa e granuloma central de células gigantes podem ter degenerado e levado a formação do COT<sup>2,12</sup>.

O traumatismo hemorrágico é a teoria mais aceita na literatura. Ela defende que o COT é gerado pela pressão de um hematoma que pode ocasionar alterações do sistema vascular levando à uma isquemia pós-hemorrágica. Essa hipótese é controversa, pois a maioria dos casos relatados não possuem história de trauma e, além disso, o COT nos ossos-longos atinge preferencialmente os ossos pouco expostos. Autores afirmam que esse conceito nos ossos gnáticos podem estar corretos devido à microtraumas do dente e do processo alveolar<sup>2,6,7,12</sup>.

O diagnóstico definitivo do COT envolve a observação dos exames radiográficos e clínicos, exploração cirúrgica e, se possível, análise histopatológica<sup>7,8,10</sup>. A visualização de uma cavidade vazia é uma das características principais para o diagnóstico do COT<sup>3,6,7,8</sup>. Alguns autores citam a possibilidade de cura espontânea, porém o tratamento de escolha para o COT é a exploração cirúrgica com posterior curetagem. Ao estimular o sangramento as células vão para a região levando a posterior neoformação óssea<sup>2,6,7,10</sup>. Seguindo o que é relatado na literatura, o tratamento de escolha para o caso citado foi a exploração cirúrgica e curetagem da cavidade.

A possibilidade de recidiva após a curetagem é baixa<sup>2</sup>. Entretanto, é mais comum nos primeiros três meses após o tratamento, por isso o acompanhamento

radiográfico deve ser feito de 12 à 17 meses<sup>2,4,6</sup>. De acordo com alguns autores, a recorrência do cisto pode ocorrer quando há dificuldade de acesso à lesão durante a cirurgia, pois prejudica a formação suficiente de coágulo sanguíneo e a consequente formação óssea<sup>4,10</sup>. Conforme descrito pela literatura, para o caso em questão, a curetagem foi o tratamento adequado, pois houve formação óssea demonstrando um resultado positivo do tratamento. Assim como relatado por alguns autores, a dificuldade no acesso pode prejudicar a neoformação óssea, da mesma maneira que ocorreu na região apical do elemento 44.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por fim, concluímos que o COT é uma lesão de difícil diagnóstico, pois suas características clínicas e radiográficas se assemelham com inúmeras lesões, inclusive com as potencialmente malignas. Em razão da etiologia incerta do Cisto Ósseo Traumático na literatura, ficou entendido que ainda há a necessidade de estudos envolvendo a origem desse cisto.

Devido às semelhanças do COT com outras lesões, além da análise dos exames de imagem e dos achados clínicos, o transcirúrgico é fundamental para o correto diagnóstico desse cisto, e por isso também, o diagnóstico diferencial é imprescindível para a solução do caso. O tratamento de escolha é a exploração cirúrgica com curetagem, visto que, é durante o transcirúrgico que ocorre a confirmação do diagnóstico. Para a continuação do tratamento é necessário que haja o acompanhamento através dos exames de imagens por 12 à 17 meses após a cirurgia, assim é possível verificar se houve regressão da lesão e formação óssea.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Classification of tumours – Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. 3<sup>a</sup> ed. Lyon: IARC Press; 2005.
2. Romo GW, Terán EC, Varela EA. Solitary mandibular bone cyst: case report and literature review. *Rev Odont Mex*. 2016; 20(2):112-119.
3. Alves EF, Ferreira JLS, Filgueira IC, Lima SLR, Junior SES, Rocha JF. Cisto ósseo traumático associado a odontoma composto: relato de um caso incomum. *RFO UPF*. 2020; 25(1):125-131.
4. Farias IL, Silva EMV, Neto TJL, Bonan PRF, Inaoka SD, Costa DFN. Aspectos clínicos e histológicos para o diagnóstico do cisto ósseo simples: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2020; 9(1):44-48.
5. Lucas CD, Blum T. Do all cysts of the jaw originate from the dental system? *J Am Dental Assoc*. 1929;16:647-641.
6. Filho PRSM, Santos TS, Araújo VLC, Santos JS, Andrade ESS, Silva LCF. Cisto ósseo traumático da mandíbula: revisão de 26 casos. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(2):16-21.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
8. Silva MC, Neto TJL, Santos AMS, Faverani LP, Inaoka SD, Costa DFN. Cisto ósseo traumático em área incomum: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2021; 10(1):170-173.
9. Rivero ERC, Daltoé FP, Mello FW, Souza CECP, Grando LJ. Aspiration and cytological evaluation of idiopathic bone cavities of the jaw. *Tissue Cell*. 2017;49(3):435-39.
10. Chrcanovic BR, Gomez RS. Idiopathic bone cavity of the jaws: an updated analysis of the cases reported in the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2019;48(7):886-894.
11. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
12. Harnet JC, Lombardi T, Klewansky P, Rieger J, Tempe MH, Clavert JM. Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66:2345-2348.

UNIVERSIDADE DO GRANDE  
RIO PROFESSOR JOSÉ DE  
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO COM ABORDAGEM ENDO-CIRÚRGICA : UM  
RELATO DE CASO

**Pesquisador:** RICART GIL MACEDO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47528821.3.0000.5283

**Instituição Proponente:** "Universidade do Grande Rio ""Professor José de Souza Herdy"" -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.799.827

#### Apresentação do Projeto:

O projeto relata um caso de cisto ósseo traumático. Trata-se de uma lesão intra-óssea benigna, assintomática, de etiologia desconhecida e que não compromete os dentes envolvidos.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso clínico de Cisto Ósseo Traumático realizado em hospital parceiro da UNIGRANRIO.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão relacionados a anestesia e transopratório. No entanto, são riscos comuns a todos os procedimentos cirúrgicos orais, e que são administrados com segurança pela equipe profissional.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O procedimento foi executado antes da submissão ao CEP.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

**Endereço:** Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

**Bairro:** 25 de Agosto

**CEP:** 25.071-202

**UF:** RJ

**Município:** DUQUE DE CAXIAS

**Telefone:** (21)2672-7733

**Fax:** (21)2672-7733

**E-mail:** cep@unigranrio.com.br

**UNIVERSIDADE DO GRANDE  
RIO PROFESSOR JOSÉ DE  
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO**



Continuação do Parecer: 4.799.827

De acordo com a relatoria.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                                 | Postagem               | Autor                                 | Situação |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1766275.pdf           | 31/05/2021<br>21:48:37 |                                       | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Cisto_osseo_Traumatico.pdf                              | 31/05/2021<br>21:47:55 | ANA CAROLINA DE ANDRADE LOPES PEREIRA | Aceito   |
| Declaração de concordância                                | Termo_de_autorizacao_de_uso_de_imagem_e_depoimentos.pdf | 31/05/2021<br>21:42:43 | ANA CAROLINA DE ANDRADE LOPES PEREIRA | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Carta_de_anuencia.jpg                                   | 31/05/2021<br>21:40:16 | ANA CAROLINA DE ANDRADE LOPES PEREIRA | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                                | 31/05/2021<br>21:39:14 | ANA CAROLINA DE ANDRADE LOPES PEREIRA | Aceito   |
| Orçamento                                                 | orcamento.pdf                                           | 31/05/2021<br>21:36:58 | ANA CAROLINA DE ANDRADE LOPES PEREIRA | Aceito   |
| Cronograma                                                | Cronograma.jpg                                          | 31/05/2021<br>21:36:03 | ANA CAROLINA DE ANDRADE LOPES PEREIRA | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | Folha_de_rosto.pdf                                      | 31/05/2021<br>21:33:06 | ANA CAROLINA DE ANDRADE LOPES PEREIRA | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

DUQUE DE CAXIAS, 23 de Junho de 2021

Assinado por:  
**SERGIAN VIANNA CARDOZO**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160  
Bairro: 25 de Agosto CEP: 25.071-202  
UF: RJ Município: DUQUE DE CAXIAS  
Telefone: (21)2672-7733 Fax: (21)2672-7733 E-mail: cep@unigranrio.com.br

UNIVERSIDADE DO GRANDE  
RIO PROFESSOR JOSÉ DE  
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



Continuação do Parecer: 4.799.827

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto CEP: 25.071-202

UF: RJ Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733 Fax: (21)2672-7733 E-mail: cep@unigranrio.com.br