

A importância da biópsia incisional para confirmação diagnóstica de cisto ósseo aneurismático: Relato de caso

The importance of incisional biopsy for diagnostic confirmation of aneurysmatic bone cyst: Case report

La importancia de la biopsia incisional para la confirmación diagnóstica de quistes óseos aneurismáticos: Reporte de caso

Recebido: 17/08/2023 | Revisado: 28/08/2023 | Aceitado: 30/08/2023 | Publicado: 01/09/2023

Laira Aurora Martins dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4000-8037>
Centro Universitário FUNVIC, Brasil
E-mail: lairasantos90@gmail.com

Gabrielle Amanda Espindola de Araujo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4785-202X>
Centro Universitário FUNVIC, Brasil
E-mail: gabriellearaujo575@gmail.com

Elaine Cristina Martinez Teodoro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9521-7090>
Centro Universitário FUNVIC, Brasil
E-mail: teodoro.elaine18@gmail.com

Alessandro Berti Amorim Alcântara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0985-6599>
Centro Universitário FUNVIC, Brasil
E-mail: bcmalcantara2@bol.com.br

Resumo

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão benigna rara, correspondendo a 1% dos cistos ósseos que apresenta crescimento rápido, osteolítico e expansivo, com ocorrência maior em ossos longos e vértebras. Quando relacionado a ossos da face possui maior predominância no osso mandibular, além de possuir pequena predileção pelo sexo feminino. Sua etiologia possui divergência entre autores, sendo discutido que sua ocorrência pode ser devido a um trauma, a uma lesão preexistente ou alterações hemodinâmicas. Possui características radiográficas em comum com outras lesões, apresentando imagem radiolúcida uninucleada ou multinucleada, áreas radiopacas septadas e margens bem definidas, semelhantes as injúrias: Ceratocisto Odontogênico, Fibroma Ameloblástico, Mixoma e outros. Diante disso, o objetivo deste relato de caso foi apresentar a importância na realização da biópsia incisional, com o intuito de se obter um diagnóstico bucal final, visto que através dos exames imaginológicos não seria possível. Para isso, foi realizado uma remoção parcial da lesão, na região anterior da mandíbula, de uma paciente do sexo feminino, P.N.S, leucoedema, 33 anos de idade, em tratamento hemodinâmico há 14 anos, com posterior encaminhamento do material colhido para análise histopatológica, o qual após verificação dos fragmentos, houve a confirmação diagnóstica do Cisto Ósseo Aneurismático, podendo ser ofertado a paciente melhores orientações de tratamento e prognóstico.

Palavras-chave: Diagnóstico bucal; Mandíbula; Cistos ósseos aneurismáticos; Biópsia.

Abstract

Aneurysmal bone cyst is a rare benign lesion, corresponding to 1% of bone cysts that present rapid, osteolytic and expansive growth, with greater occurrence in long bones and vertebrae. When related to facial bones, it has a greater predominance in the mandibular bone, in addition to having a small predilection for females. Its etiology differs among authors, and it is argued that its occurrence may be due to trauma, a preexisting injury or hemodynamic changes. It has radiographic characteristics in common with other lesions, presenting a uninucleate or multinucleate radiolucent image, septate radiopaque areas and well-defined margins, similar to injuries: Odontogenic Keratocyst, Ameloblastic Fibroma, Myxoma and others. Therefore, the objective of this case report was to present the importance of performing an incisional biopsy, in order to obtain a final oral diagnosis, since it would not be possible through imaging tests. For this, a partial removal of the lesion was carried out, in the anterior region of the mandible, of a female patient, P.N.S, leukoedema, 33 years old, undergoing hemodynamic treatment for 14 years, with subsequent referral of the material

collected for histopathological analysis, which after verification of the fragments, there was the diagnostic confirmation of the Aneurysmal Bone Cyst, and better treatment and prognosis guidelines could be offered to the patient.

Keywords: Diagnosis, oral; Mandible; Bone cysts, aneurysmal; Biopsy.

Resumen

El quiste óseo aneurismático es una lesión benigna rara, correspondiente al 1% de los quistes óseos que presentan un crecimiento rápido, osteolítico y expansivo, con mayor incidencia en huesos largos y vértebras. Cuando se relaciona con los huesos faciales, tiene mayor predominio en el hueso mandibular, además de tener una pequeña predilección por el sexo femenino. Su etiología difiere entre autores, y se argumenta que su aparición puede deberse a un traumatismo, una lesión preexistente o cambios hemodinámicos. Tiene características radiográficas en común con otras lesiones, presentando una imagen radiolúcida uninucleada o multinucleada, áreas radiopacas tabicadas y márgenes bien definidos, similares a lesiones: Queratoquiste Odontogénico, Fibroma Ameloblástico, Mixoma y otras. Por lo tanto, el objetivo de este reporte de caso fue presentar la importancia de realizar una biopsia incisional, para poder obtener un diagnóstico bucal definitivo, ya que no sería posible mediante pruebas de imagen. Para ello se realizó una extirpación parcial de la lesión, en la región anterior de la mandíbula, de una paciente femenina, P.N.S, leucoedema, de 33 años, en tratamiento hemodinámico desde hace 14 años, con posterior derivación del material recolectado para estudio histopatológico. Análisis, que luego de la verificación de los fragmentos, se tuvo la confirmación diagnóstica del Quiste Óseo Aneurismático, y se pudo ofrecer mejores pautas de tratamiento y pronóstico al paciente.

Palabras clave: Diagnóstico bucal; Mandíbula; Quistes óseos aneurismáticos; Biopsia.

1. Introdução

O Cisto Ósseo Aneurismático (COA) é uma lesão benigna que acomete frequentemente mais a mandíbula do que a maxila com predominância de 3:1 (Vale et al., 2005; Boriani et al., 2001; Kiattavorncharoen et al., 2003). Mas geralmente atinge os ossos longos e a coluna vertebral (Vale et al., 2005; Silva et al., 2007; Caubi et al., 2011; Liu et al., 2021; Sonone et al., 2022). Tal maleficência é rara, com pequena predileção pelo sexo feminino e representa apenas 1% dos cistos ósseos equivalendo a 1,4 casos para 100.000 pessoas (Caubi et al., 2011; Campidelli et al., 2003).

Comumente apresenta crescimento rápido, destrutivo, osteolítico, expansivo e é composto por espaços vasculares e sinusóides, que são completados por sangue e cobertos por epitélio fibroso (Vale et al., 2005; Silva et al., 2007; Caubi et al., 2011; Liu et al., 2021; Sonone et al., 2022).

Esta lesão tem etiologia descrita de forma divergente entre os autores; no entanto, as principais suspeitas adotadas são devido ao trauma que acarreta um hematoma subperiosteal pelo qual há o desenvolvimento do COA. Outra teoria é que esta pode ocorrer pela evolução de uma lesão preexistente na região óssea, onde poderá haver alterações hemodinâmicas. Também sugere-se que seu aparecimento pode se dar devido a uma lesão primária de células gigantes e por fim, que essa patologia pode ser decorrente da alteração hemodinâmica, a qual ocasiona um aumento na pressão dos vasos, trazendo como consequência a reabsorção óssea (Martins et al., 2012; Sun et al., 2007; Calleja et al., 2007).

Diante disso, radiograficamente pode-se observar uma imagem radiolúcida, que em sua maioria apresenta-se de maneira multinucleada, podendo também ser encontrada na forma uninucleada, com presença de áreas radiopacas septadas em seu interior e contendo suas margens bem definidas (Martins et al., 2012; Domenico, 2019).

No entanto, essas observações radiográficas não são características exclusivas do COA, visto que algumas lesões como Ceratocisto Odontogênico, Fibroma Ameloblástico, Mixoma e outros possuem similaridade em suas análises de imagem (Silva et al., 2007; Domenico, 2019; Martins et al., 2012; Möller et al., 2011). Sendo assim, os exames radiográficos frente a este tipo de injúria não são suficientes para concluir o diagnóstico (Almeida et al., 2021).

Clinicamente, os cistos ósseos caracterizam-se por um aumento de volume, podendo promover dor, devido à compressão de nervos, além de possíveis parestesias e fraturas patológicas (Vale et al., 2005; Paiva et al., 2011; Chan et al., 2002). Acometem principalmente pessoas por volta da segunda década de vida, além de terem uma pequena predileção pelo sexo feminino (Vale et al., 2005; Silva et al., 2007; Caubi et al., 2011; Sonone et al., 2022; Domenico, 2019; Boriani et al., 2001; Campidelli et al., 2003).

Quando não é possível definir o caso através do levantamento clínico é indicado a realização da biópsia, podendo ela ser incisional ou excisional dependendo do seu tamanho e localização, pois através desse exame poderá ser realizado um exame anatomopatológico especificado e por fim permitindo um reconhecimento precoce da injúria, sendo executado um encaminhamento adequado para o cirurgião Buco-Maxilo-Facial (Alcântara et al., 2022; Lacerda et al., 2022).

Por este possuir grande potencial destrutivo, como dito anteriormente, a sua forma de tratamento usualmente utilizada é a remoção cirúrgica completa, por meio da curetagem (Silva et al., 2007; Caubi et al., 2011; Domenico, 2019).

Mas para que tal manobra cirúrgica seja realizada é de extrema importância que previamente à operação seja realizada a punção aspirativa, a fim de se obter uma tentativa de resultado diagnóstico, já que essa trata-se de uma manobra semiotécnica de grande valia (Domenico, 2019). Todavia, essa técnica pode obter resultados anatomopatológicos enganosos (Boriani et al., 2001).

A biópsia trata-se da remoção de um ou mais fragmentos de tecido doentio, o qual é encaminhado para análise histopatológica e quando a lesão apresenta-se maior que 1 cm com difícil localização ou comprometendo estruturas anatômicas indica-se a realização da biópsia incisional (Ribeiro et al., 2022).

Diante disso, para obtenção de um correto resultado histológico, a biópsia incisional mostra-se de suma necessidade, visto que os exames de imagem e a punção aspirativa podem obter resultados inespecíficos (Silva et al., 2007; Domenico, 2019). No entanto, através da combinação dos métodos radiográficos e da remoção parcial da lesão será possível a aquisição de um resultado preciso (Boriani et al., 2001).

Assim, por meio de um conhecimento prévio, somado a corretos meios de identificação da injúria, o odontólogo poderá executar o trabalho com segurança, garantindo uma terapêutica adequada e prognóstico favorável ao paciente.

E, embora alguns autores não indiquem a biópsia incisional do COA devido ao seu caráter hemorrágico, este exame continua sendo extremamente importante para o fechamento diagnóstico, sendo realizado em vários relatos, além de ser uma manobra de menor complexidade quando comparada a uma cirurgia de remoção completa em ambiente hospitalar (Vale et al., 2005; Domenico, 2019; Boriani et al., 2001; Caubi et al., 2011; Domenico, 2019; Paiva et al., 2011).

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo relatar o caso de uma paciente que apresentava a lesão COA, demonstrando a importância da realização da biópsia incisional, a fim de se obter a confirmação diagnóstica, que por sua vez possibilitará melhores orientações sobre formas de tratamento, encaminhamento e prognóstico.

2. Metodologia

Este relato de caso foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniFUNVIC, Centro Universitário FUNVIC, sob o parecer nº 6.137.153. Para isso, a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com finalidade à participação no projeto de pesquisa, autorizando o uso de dados clínicos, cirúrgicos e também as fotografias realizadas.

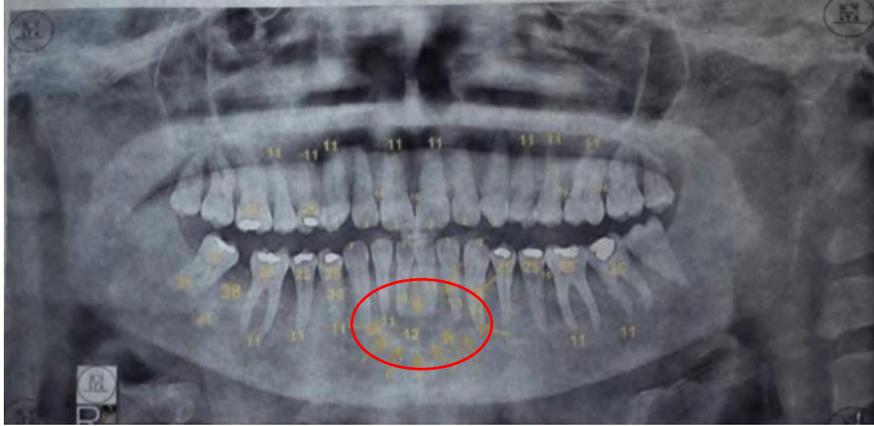
O relato de caso consiste em uma pesquisa que executa a observação clínica de um acontecimento, podendo ser de algum grupo ou sobre um indivíduo, o qual não se utiliza grupos controles e soluções, como por exemplo o placebo. Com isso, é relatado casos raros, porém que são de grande importância para as pesquisas científicas (Hochman et al., 2005).

Em abril de 2022 a paciente do gênero feminino, P.N.S, leucoderma, 33 anos de idade, compareceu ao Centro Clínico do UniFUNVIC, em Pindamonhangaba-SP, apresentando como queixa principal um crescimento rápido e assintomático na região anterior da mandíbula. Relatou encontrar-se em tratamento hemodinâmico há 14 anos e alegou ter sido orientada pelos seus médicos a procurar um cirurgião dentista após a mesma apresentar a queixa descrita.

Diante disso, anteriormente à consulta na unidade clínica universitária, procurou uma cirurgiã dentista no seu município, a qual solicitou radiografia panorâmica (Figura 1), com laudo (Figura 2) e após a constatação imagiológica da presença de uma

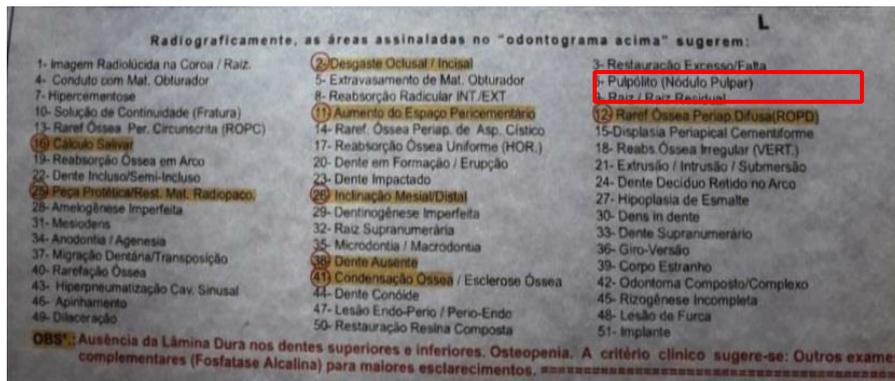
lesão, foi realizada punção aspirativa que obteve resultado negativo. Por esses motivos foi orientada a procurar atendimento no Centro Clínico do UniFUNVIC.

Figura 1 - Radiografia panorâmica para verificação do local da lesão.



Fonte: Autoria própria.

Figura 2 - Laudo da radiografia panorâmica que confirma a presença da injúria.



Fonte: CENAPA _ Centro de Anatomia Patológica.

Sendo assim, fora atendida pelas alunas na instituição de ensino e foi submetida a um questionário minucioso em relação aos históricos da lesão, médico, familiar e odontológico. Em descrição da injúria na região da sínfise mandibular, respondeu que percebeu um crescimento rápido e assintomático, causando uma sensação de "bola" abaixo da língua (Figura 3).

Figura 3 - Vista lingual da lesão em mandíbula, apresentando aumento de volume sem alterações nos tecidos adjacentes.



Fonte: Autoria própria.

Além disso, alegou ter notado seu aumento por volta dos meses de setembro à novembro do ano de 2021 e que após exames realizados em busca do diagnóstico, constou no exame de imagem rarefação óssea periapical difusa localizada na região distal do incisivo lateral inferior direito até a mesial do canino inferior esquerdo, também apresentou aumento do espaço pericementário dos elementos: 46, 33, 36, 37 e posteriormente foi realizada punção aspirativa, com resultado negativo.

Desse modo, as acadêmicas optaram pela realização de radiografias periapicais (Figura 4) no local afetado, para nova verificação da lesão.

Figura 4 - Radiografia periapical do local acometido pela lesão, observando aumento da injúria.



Fonte: Autoria própria.

As radiografias apresentaram rarefação óssea periapical difusa, multilocular septadas sem halo radiopaco com comprimento da região distal do 43 (canino inferior direito) até a distal do 34 (primeiro pré-molar inferior esquerdo), confirmando crescimento da lesão, quando comparado ao exame de imagem anterior. Também foi observada imagem radiolúcida sugestiva de cárie ou infiltração na coroa no elemento 31 (incisivo central inferior esquerdo) e deslocamento das raízes dos elementos envolvidos pela injúria, não observando reabsorções e não podendo serem comprovados os testes de vitalidade. No entanto, a coroa do elemento 31 clinicamente apresentava-se hígida.

Perante o exame intrabucal, foi constatado que os elementos dentários envolvidos, apresentavam mobilidade grau 3, ou seja, mais de 1 mm de movimento na direção vestibulo-lingual e ocluso-apical. Ao teste de palpação, a massa apresentou-se firme e sem alteração na coloração da mucosa de revestimento (Figura 5).

Figura 5 - Vista vestibular do local da lesão e elementos dentários envolvidos, não sendo observado alterações clínicas.



Fonte: Autoria própria.

Por esse conjunto de razões obteve-se as hipóteses diagnósticas de: Ameloblastoma, Queratocisto, Tumor Odontogênico Cerarocisto (TOC) e COA. Dessa forma, para que se pudesse obter um diagnóstico bucal final foi sugerida a realização da biópsia incisional, um exame complementar de grande valia que auxilia na finalização diagnóstica, sendo essa uma manobra semiotécnica de simples realização, baixo custo e com menores riscos quando comparada a uma cirurgia em ambiente hospitalar, principalmente considerando o histórico médico da paciente.

Então, para que fosse realizado o procedimento cirúrgico recomendou-se a ressonância magnética e ou tomografia computadorizada; porém, devido ao custo, a mesma declarou não possuir condições financeiras para a realização de tais exames. Dessarte, para análise da profundidade da lesão, servindo como auxílio na execução cirúrgica foi proposta a realização de radiografia oclusal, que foi aceita pela paciente (Figura 6).

Figura 6 - Radiografia oclusal, sendo possível análise da profundidade da lesão.



Fonte: Autoria própria.

Após as constatações foi agendada a cirurgia para o dia 12/05/2022. A paciente foi submetida a anestesia local por Mepivacaína com vasoconstritor, através do bloqueio dos nervos: bucal, alveolar inferior e lingual, por meio da técnica pterigomandibular direta do lado esquerdo, além da complementação infiltrativa ao longo do perímetro a ser envolvido na cirurgia, a fim de se obter uma melhor hemostasia, bem como realizada a anestesia do nervo mentoniano do lado oposto. Consequente, executou-se a incisão intrasulcular, da região distal do canino esquerdo a distal do canino direito, além de duas incisões relaxantes, com posterior rebatimento do retalho (Figura 7).

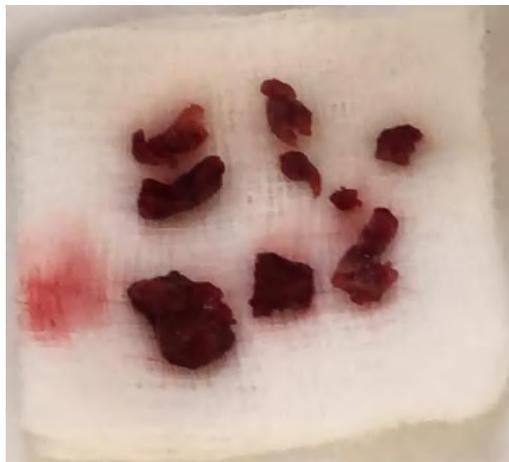
Figura 7 - Rebatimento do retalho, após incisão intrasulcular e relaxante para acesso direto a lesão.



Fonte: Autoria própria.

Seguido descolamento gengival, notou-se ausência de remanescente ósseo na região anterior da mandíbula onde a lesão se encontrava; também foi percebida sua grande aderência aos tecidos moles, não apresentando cápsula, tratando-se de um tecido hemorrágico e consistente. Frente a grande lesão e como planejado anteriormente, foi realizada a remoção parcial da lesão em alguns fragmentos (Figura 8), os quais foram fixados em formol a 10% e encaminhados ao laboratório, para avaliação histopatológica das amostras.

Figura 8 - Fragmentos removidos da lesão por meio da biópsia incisional, previamente a fixação em formol.



Fonte: Autoria própria.

Depois da retirada da massa, foi realizada sutura com fio de nylon 4-0 e a pedido da paciente previamente a cirurgia, não foram extraídos os elementos dentários. A remoção dos pontos foi executada após 14 dias da operação (Figura 9).

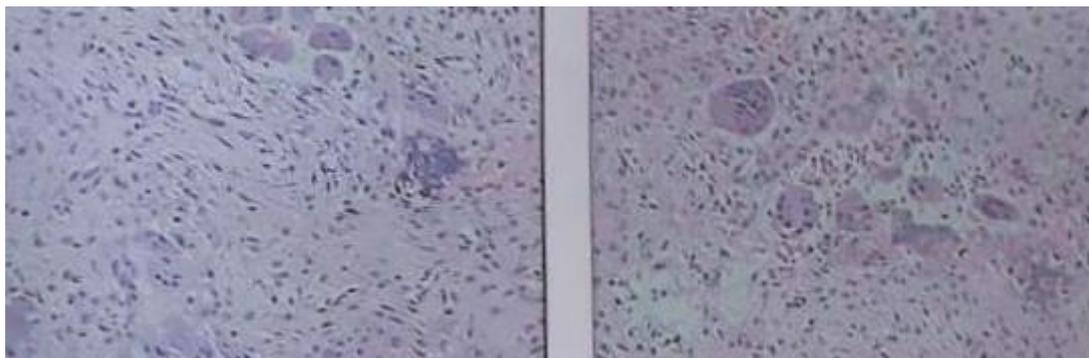
Figura 9 - Pós-operatório de 14 dias ainda com as suturas.



Fonte: Autoria própria.

Após as duas semanas, a paciente retornou com o resultado da análise histológica do material, que identificou fragmentos de tecido constituído por densa matriz fibroblástica, vascularizada, contendo de permeio abundantes células gigantes multinucleadas, osteoclastos *like* em torno de focos hemorrágicos, observando-se também áreas focais de neoformação óssea representada por fragmentos osteóides, além da presença de matriz fibroblástica com focos histiócitos de citoplasma carregados por pigmentos acastanhados de hemossiderina, apresentando então, o diagnóstico de COA (Figura 10).

Figura 10 - Resultado da análise histopatológica com diagnóstico final de Cisto Ósseo Aneurismático.



Fonte: CENAPA – Centro de Anatomia Patológica.

Anatomopatológico

Material: Mandíbula

Exame macroscópico

Vários fragmentos irregulares de tecido pardo, medindo o conjunto 2,4x2,4x4x1cm e o maior medindo 1,5x1x0,5 cm. Aos cortes, apresentam consistência elástica e superfícies de corte pardas com áreas irregulares hemorrágicas.

Exame microscópico

Os cortes histológicos revelam fragmentos de tecido constituído por densa matriz fibroblástica, vascularizada contendo de permeio abundante células gigantes multinucleadas osteoclastos like, principalmente observadas em torno de focos hemorrágicos. Observa-se ainda em meio a matriz fibroblástica a presença de focos de histiócitos de citoplasmas carregados por pigmentos acastanhados de hemossiderina.

Parecer diagnóstico

Mandíbula- O quadro histológico comparado ao quadro radiológico, é compatível com Cisto ósseo aneurismático, não podendo ser excluído o diagnóstico de granuloma de células gigantes reparativo.

Dessa forma, após a confirmação diagnóstica do COA a paciente foi orientada a realizar acompanhamento da lesão com cirurgia bucomaxilofacial.

3. Resultados e Discussão

O cisto ósseo aneurismático foi caracterizado em 2005 pela Organização mundial da saúde (OMS) como lesão osteolítica em expansão, que consiste em espaços cheios de sangue de tamanhos variados, separados por septos de tecido conjuntivo contendo trabéculas de tecido osteóide e células gigantes de osteoclastos (Ramos et al., 1998).

Sobre a sua etiologia, muitas são as teorias levantadas, no entanto, as principais são classificadas como primárias e secundárias, sendo a primeira relacionada com um hematoma subperiosteal, ocasionado de um trauma, e a segunda, é originária de uma lesão preexistente, causando alterações hemodinâmicas (Silva et al., 2007; Caubi et al., 2011; Liu et al., 2021; Sonone et al., 2022; Sun et al., 2007).

Esta lesão costuma ter maior incidência em pessoas jovens, por volta da segunda década de vida (Vale et al., 2005; Silva et al., 2007; Caubi et al., 2011; Liu et al., 2021; Sonone et al., 2022; Martins et al., 2012) e possui também pequena predileção pelo sexo feminino (Vale et al., 2005; Campidelli et al., 2003). Acomete essencialmente ossos longos e vertebras, sendo que a estrutura mandibular possui maior predominância, quando comparada com a maxila.

A apresentação clínica desse cisto é variável, pode-se manifestar entre uma pequena lesão assintomática, a uma lesão com crescimento rápido, expansivo e destrutivo, sintomático e com inchaço (Behal, 2011). A sintomatologia dolorosa ocorre pelo aumento do volume da lesão, pela qual as estruturas nervosas são comprimidas, causando o surgimento dos sintomas de dor local, além de possíveis fraturas patológicas (Vale et al., 2005; Domenico, 2019; Chan et al., 2002).

Perante os exames de imagem radiográfica, essas lesões geralmente se apresentam como uma imagem radiolúcida, podendo ser uni ou multinucleada, margens bem definidas e com presença de áreas radiopacas septadas no interior, podem ser observadas aparências semelhantes a favo de mel ou bolha de sabão (Sonone et al., 2022; Martins et al., 2012; Behal, 2011; Neuschl et al., 2014). Visto que as características radiográficas do cisto ósseo aneurismático não são patognômicas, os exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética são ferramentas capazes de auxiliar no reconhecimento da lesão; contudo, a mesma ainda pode se assemelhar a outras injúrias (Paiva et al., 2011). Deste modo, a biópsia incisional é uma ferramenta de grande valia para obtenção do resultado histopatológico, pois, como dito anteriormente, exames de imagem e punção aspirativa podem gerar resultados inespecíficos (Silva et al., 2007; Vale et al., 2005).

No presente caso, a paciente dispunha de uma radiografia panorâmica recente e relato de realização de punção aspirativa anterior, onde obteve-se resultado negativo. Diante dessas informações e após a realização de anamnese detalhada da paciente, da lesão e exame complementar de radiografia periapical, foram alcançadas as hipóteses diagnósticas de Ameloblastoma,

Queratocisto, Tumor Odontogênico Ceratocisto e COA. O pedido de radiografia oclusal foi feito para se observar a profundidade da lesão, colaborando também para a execução de manobras cirúrgicas.

Diante das hipóteses diagnosticas alcançadas, optou-se pela realização de uma biópsia incisional e embora alguns autores não à indiquem devido ao seu caráter hemorrágico este exame ainda é considerado extremamente importante para a obtenção do diagnóstico e com ele poderá ser indicada a paciente uma terapêutica eficaz (Vale et al.,2005). Além disso, a paciente apresentava uma condição especial, insuficiência renal crônica, sendo, neste caso imprescindível a execução de uma técnica menos invasiva, a fim de preservar sua condição de saúde e minimizar os riscos que uma cirurgia de excisão completa poderia acarretar.

Após o material ser coletado e enviado para análise Histopatológica, foi constatado o diagnóstico final de COA. O seu tratamento ainda mostra-se controverso, com isso, a remoção cirúrgica completa da lesão com curetagem é indicada, podendo ou não ser empregado o enxerto ósseo (Boriani et al., 2001; Caubi et al., 2011; Domenico, 2019). Diante disso, foi realizado o encaminhamento da paciente para tratamento do COA com um cirurgião bucomaxilofacial.

4. Considerações Finais

Foi possível confirmar o diagnóstico de Cisto Ósseo Aneurismático por meio da realização da biópsia incisional, demonstrando então a sua importância como exame complementar, garantindo ao paciente um tratamento adequado para o tipo de lesão que ele possui.

Além disso, pode-se observar durante a pesquisa sobre o Cisto Ósseo Aneurismático, poucos estudos sobre o assunto. Portanto, é de suma importância que se realize trabalhos futuros que abordem este tema, mostrando as formas de tratamento e suas causas, visto que não há um consenso entre os autores sobre o exposto. Os futuros trabalhos servirão de ajuda aos cirurgiões-dentistas no reconhecimento sobre as lesões intraósseas, ampliando os possíveis diagnósticos diferenciais frente ao histórico clínico da lesão, com isso poderão realizar um diagnóstico precoce e acurado, conseguindo então fornecer ao paciente um encaminhamento adequado, para que se possa ser realizado um tratamento efetivo com menores chances de reaparecimento.

Referências

- Alcântara, A. C. F. d., Melo, R. d. O. C. A., Souza, A. V., & Vasconcelos, M. A. C. (2022). O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico dos carcinomas mucoepidermóides das glândulas parótidas. *Research, Society and Development*, 11(10), 1–7.
- Almeida, H. C. R. d., Farias, Z. B. B. M. d., Santos, B. P. N. d., Santos, R. T. N. d., Azevedo, L. P. M. d., Álvares, P. R., Valente, R. O. d. H., Silveira, M. M. F. d., & Sobral, A. P. V. (2021). Cisto Ósseo Traumático – Relato de caso. *Research, Society and Development*, 10(7), 1–6.
- Asami, J., Konouchi, H., Hisatomi, M., Shigehara, H., & Honda, Y. (2003). MR features of aneurysmal bone cyst of the mandible and characteristics distinguishing it from other lesions. *Eur J Radiol*, 45, 108–112.
- Behal, S. V. (2011). Evolution of an aneurysmal bone cyst: A case report. *J oral sci*, 53(4), 529–532.
- Boriani, S., De Iure, F., Campanacci, L., Gasbarrini, A., Bandiera, S., Biagini, R., Bertoni, F., & Picci, P. (2001). Aneurysmal bone cyst of the mobile spine. *Eur Spine J*, 26(1), 27–35.
- Calleja, J. M. L. A., Carretero, J. L. C., Martín, J. G., & Burgueño, M. (2007). Aneurysmal bone cyst of the mandible: Case presentation and review of the literature *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 12(5), E401-E403.
- Campidelli, C., Di Tommaso, L., & Zanetti, G. (2003). Aneurysmal bone cysts of the nasal cavity. Description of a case and review of the literature. *Pathologica*, 95(2), 103–107.
- Caubi, A., Gonçalves, F., Andrade, A., Landim, F., & Guillen, M. (2011). Cisto ósseo aneurismático: Relato de caso. *Revista De Cirurgia E Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 11(3), 9–14.
- Chan, M. S., Wong, Y.-C., Yuen, M.-K., & Lam, D. (2002). Spinal aneurysmal bone cyst causing acute cord compression without vertebral collapse: CT and MRI findings, *Pediatr Radiol*, 32(8), 601–604.

- Domenico, V. (2019). *Desvendando a etiologia do cisto ósseo aneurismático: Revisão de literatura e um relato de caso clínico* [Monografia de Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. RS.
- França, G. M., Batista Severo, M. L., Osório Júnior, H. A., Germano, A. R., & Dantas da Silveira, É. J. (2017). Cisto ósseo aneurismático associado a fibroma ossificante central – relato de caso. *Rev Faculdade Odontol Lins*, 27(2), 53.
- Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S. O., Ferreira, L. M. (2005). 2. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir Bras*, 20(2), 02-9.
- Kiattavorncharoen, S., Joos, U., Brinkschmidt, C., & Werkmeister, R. (2003). Aneurysmal bone cyst of the mandible: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 32(4), 419–422.
- Lacerda, J. M. W. M. d., Oliveira, D. F. d., Costa, A. T. A., Correia, V. R. d. C., Souza Júnior, A. M. d., Carvalho, C. H. P. d., Sena, L. S. B. d., Ribeiro, R. A., Rodrigues, R. Q. F., & Sousa, J. N. L. d. (2022). Reação de corpo estranho em tecido gengival: relato de caso. *Research, Society and Development*, 11(16), 1–14.
- Liu, Y., Zhou, J., & Shi, J. (2021). Clinicopathology and recurrence analysis of 44 jaw aneurysmal bone cyst cases: A literature review. *Frontiers in Surgery*, 8, 1-7.
- Martins, C. A. M., Gomes, F. V., Moresco, F. C., & Silveira, J. O. L. (2012). Cisto Ósseo Aneurismático: Relato de caso. *Revista De Cirurgia E Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 12(1), 25–30.
- Möller, B., Claviez, A., Moritz, J. D., Leuschner, I., & Wiltfang, J. (2011). Extensive Aneurysmal Bone Cyst of the Mandible. *J Craniofac Surg*, 22(3), 841–844.
- Neuschl, M., Reinert, S., Gülicher, D., Neuschl, J., & Hoffmann, J. (2014). Aneurysmal bone cyst of the ascending ramus mandible. A case report. *J Craniomaxillofac Trauma*, 42(3), 36-38.
- Paiva, L. C. A., Menezes, F. S., Porto, G. G., & Cerqueira, P. R. F. (2011). Cisto ósseo simples – relato de caso. *Revista De Cirurgia E Traumatologia BucoMaxilo-Facial*, 11(2), 15–20.
- Ramos, M. R. F., Ramos, R. R. M., & Santos, L. A. M. (1998). Cisto aneurismático distal de rádio: Ressecção e transplante proximal de fíbula. *Rev Bras Ortop*, 33(7), 577–579.
- Ribeiro, G. D., Leite, D. S. G., Leite, C. L. C. D., Ferraz, R. T. d. M., Gheno, C. F. d. S., & Martorelli, S. B. d. F. (2022). Biópsia em lesões enegrecidas e vinhosas da cavidade bucal: quando fazer, quando evitar? Uma revisão de literatura. *Pubsáude*, (9), 1–9.
- Silva, E. D. O., Gomes, A. C. A., Raimundo, R. C., Carvalho, R. W. F., & Santos, T. S. (2007). Cisto ósseo aneurismático: Relato de caso e revisão da literatura. *Revista De Cirurgia E Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 7(4), 9–18.
- Sonone, A., Hande, A., Gawande, M. N., Patil, S. K., & Pakhale, A. (2022). Aneurysmal bone cyst plus lesions: A case report and a literature review. *Cureus*, 14(8).
- Sun, G., Chen, X., Tang, E., Li, Z., & Li, J. (2007). Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *Int J Clin Oral Maxillofac Surg*, 36(1), 82–85.
- Vale, B. P., Alencar, F. J., Aguiar, G. B., & Almeida, B. R. (2005). Cisto ósseo aneurismático vertebral. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(4), 1079–1083.