

Osteoma periférico em corpo mandibular: relato de caso

Peripheral Osteoma in the Mandibular Body: Case Report.

Roberto Massayoshi Gondo ¹
Marcelo Dias Moreira de Assis Costa ²
Jonas Dantas Batista ³
Plínio Eduardo Celiac de Melo ⁴
Clóvis Martins Silva ⁵

Recebido em 11/04/2007
Aprovado em 29/11/2007

RESUMO

Osteomas são tumores ósseos benignos de crescimento lento e contínuo geralmente diagnosticados durante a puberdade, cuja etiologia é ainda controversa. Podem ser classificados em três grupos: central, periférico e extra-ósseo. O osteoma periférico é uma lesão rara. Embora possa surgir em qualquer idade, é mais comum em adultos jovens. Consiste em uma massa óssea dura à palpação, assintomática, circunscrita e que geralmente produz assimetria, quando atinge grandes proporções, apresentando mucosa de revestimento fina e esbranquiçada. O objetivo deste trabalho foi de relatar um caso clínico de um paciente adulto jovem, do sexo masculino que apresenta um osteoma periférico em corpo mandibular.

Descritores: osteoma. Neoplasias Mandibulares. Mandíbula/patologia.

ABSTRACT

Osteoma is a benign, slow-growing bone tumor usually diagnosed in puberty. Its etiology is controversial. It can be classified as a central, peripheral or extraskelatal tumor. Peripheral osteoma in the maxillofacial region is a rare condition. Although its occurrence is not limited to any age group, it is most commonly found in young adults. Clinically, it is a hard, circumscribed, asymptomatic bony mass, presenting a thin whitish mucosa. This study reports the case of a young male patient with peripheral osteoma in the mandibular body.

Descriptors: Osteoma. Mandibular Neoplasms. Mandible/pathology.

INTRODUÇÃO

Osteomas são tumores ósseos benignos caracterizados pela proliferação de osso cortical ou medular^{1,2}. Não existe predileção por gênero ou idade^{3,4,5,6,7} podendo se desenvolver a partir de 4 meses de idade^{8,9}.

Podem ser classificados como periféricos, centrais ou extra-ósseos. Osteoma periférico origina-se do periósteo, o central, do endósteo, enquanto que

extra-ósseo desenvolve-se geralmente no interior do tecido muscular^{3,5,10}. O seio frontal é o sítio mais comum, seguido do seio etmoidal, seio maxilar, seio esfenoidal, maxila e mais raramente na mandíbula¹¹.

A patogênese do osteoma periférico ainda é controversa^{12,13,14}, embora trauma, inflamação ou processo infeccioso sejam causas comumente citadas na literatura^{15,16}.

Clinicamente aparece unilateralmente, com

1. Cirurgião Buco-Maxilo-Facial pela UFU - Universidade Federal de Uberlândia.
2. Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da UFU - Universidade Federal de Uberlândia.
3. Professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da UFU - Universidade Federal de Uberlândia.
4. Professor da Disciplina de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da FOA - Faculdade de Odontologia de Anápolis.
5. Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Araújo Jorge - ACCG - Associação de Combate ao Câncer de Goiás e professor da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOA - Faculdade de Odontologia de Anápolis.

base sésil ou pediculada, bem circunscrito, em forma de cogumelo, assintomático e freqüentemente encontrado em exames radiográficos de rotina. Pode promover assimetria ou interferência na função mastigatória e produzir má oclusão^{4,5,6}.

As radiografias tradicionais são geralmente suficientes para diagnosticar um osteoma³. Ele se apresenta como uma massa radiopaca com a densidade similar ao osso normal e bem circunscrita^{3,6,12,13,14,15,16}.

O diagnóstico diferencial inclui diversos processos patológicos neoplásicos e inflamatórios como hiperplasias, osteomielite esclerosante focal crônica, fibroma ossificante, condroma, osteosarcoma, doença de Paget, displasia fibrosa e odontomas⁵.

O tratamento indicado é o cirúrgico. Existem acessos intra e extrabucal para a mandíbula, sendo o acesso intrabucal preferível, sempre quando possível, porque evita o comprometimento estético. O acesso extrabucal proporciona melhor visibilidade e é o de escolha, quando o tumor é muito extenso ou está em uma posição desfavorável¹⁷.

Macroscopicamente na maioria dos casos, o tumor possui a forma redonda, com superfície lobulada e um pequeno pedículo. Quando seccionado, pode mostrar osso compacto ou medular. Microscopicamente, após descalcificação, a lesão se apresenta coberta por um periósteo e contém trabeculado ósseo e medular⁵.

A recidiva é rara, e não existem casos relatados de transformação maligna^{6,9,12}.

RELATO DE CASO

Paciente R.C.B., leucoderma, sexo masculino, 38 anos de idade, compareceu para atendimento com queixa estética devido à assimetria facial em função do aumento volumétrico no lado esquerdo da mandíbula, de crescimento progressivo, que havia notado há, aproximadamente, cinco anos. Na anamnese, o paciente não relatou história de trauma ou infecção na região. Ao exame físico extrabucal, observou-se o aumento volumétrico situado na região basilar do cor-

po mandibular esquerdo (Figura 1), de consistência dura à palpação, assintomático, medindo aproximadamente 3,5 cm de diâmetro em sua extensão. Ao exame intra-bucal, foi observado abaulamento em fundo de vestibulo na região do dente 36. Na história médica, não foi constatada nenhuma alteração.



Fig. 1 - Assimetria facial.

Foram solicitadas radiografias panorâmica e oclusal. Na radiografia panorâmica (Figura 2), foi observada imagem radiopaca bem delimitada, localizada no corpo da mandíbula, região do dente 36, medindo aproximadamente 3,5cm de diâmetro. Na radiografia oclusal (Figura 3), observou-se o aspecto pediculado em formato de cogumelo sugerindo osteoma periférico como hipótese diagnóstica.



Fig. 2 - Radiografia panorâmica.

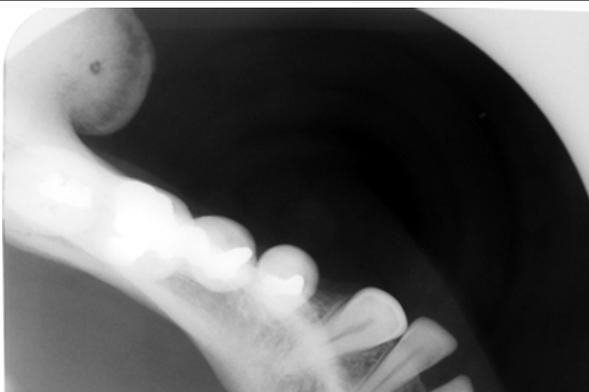


Fig. 3 - Radiografia oclusal.

Considerando-se em conta os achados clínicos e radiográficos, foi indicada remoção cirúrgica da lesão sob anestesia local. Foi realizado acesso cirúrgico intra-bucal na região do fundo do vestibulo com exposição total da massa óssea (Figura 4). Na seqüência, a área de clivagem foi demarcada através de perfurações com broca na base da lesão (Figura 5) e complementada posteriormente com cinzel e martelo. Após a exérese da lesão, o sítio remanescente foi regularizado com broca, e a peça foi encaminhada para análise histopatológica (Figura 6).



Fig. 4 - Exposição da massa óssea.



Fig. 5 - Demarcação com broca.



Fig. 6 - Aspecto macroscópico da lesão.

O quadro histopatológico mostrou osso de aparência densa com tecido mixomatoso, entremeando a massa óssea, confirmando o diagnóstico de osteoma (Figura 7). O paciente continua em proervação de 1 ano e não apresenta sinais de recidiva.

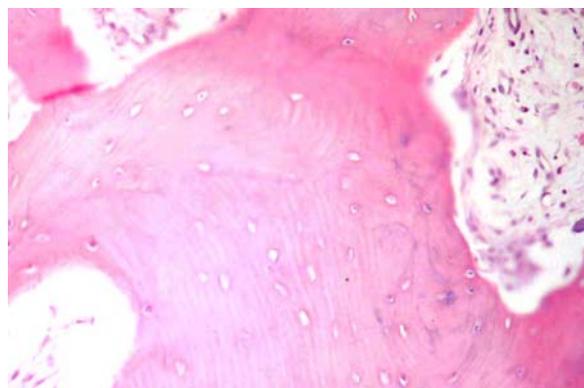


Fig. 7 - Aspecto histológico do osso lamelar e medular.

DISCUSSÃO

A patogênese do osteoma periférico é desconhecida¹. Algumas investigações o consideram como uma neoplasia verdadeira^{2,18}, e outras o classificam como uma anormalidade de desenvolvimento¹. Alguns autores relatam que processos traumáticos, inflamatórios, infecciosos^{3,14,15,16} ou a combinação de trauma e tração muscular¹⁹ podem exercer um papel importante para o início do desenvolvimento dessa lesão. No presente caso, o paciente não relatou história de trauma ou infecção na região.

Osteomas periféricos ocorrem mais comumente na região de cabeça e pescoço^{20,21}. São os tumores benignos mais freqüentes dos seios paranasais, ocorrendo mais comumente no seio frontal, seguido do seio etmoidal e maxilar²². Seu aparecimento nos maxilares é incomum^{5,8,19}, sendo mais freqüentes na maxila do que na mandíbula^{8,23}. Com relação à mandíbula, os sítios mais afetados são o corpo, seguido do côndilo, ângulo, ramo ascendente, processo coronóide e incisura sigmóide²², entretanto alguns autores descrevem o ângulo como sítio mais comumente envolvido^{5,8}. Com relação à predileção por sexo, não existe consenso na literatura. Há relatos em que a prevalência é do sexo masculino¹⁹, outros do sexo feminino^{13,24} e ainda existem relatos nos quais onde não foi observada predileção^{3,7,8,25}.

O manejo do osteoma é cirúrgico²⁶. As situações nas quais há indicação para o tratamento cirúrgico incluem: queixa estética devido à desfiguração significativa^{8,21}, limitação ou perda da função e para diagnóstico histopatológico definitivo⁸.

Um acesso cirúrgico intrabucal é preferido, sempre que possível, devido à vantagem estética que apresenta⁵. A recorrência é rara^{2,7,10,27} e apenas um caso foi descrito na literatura¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Osteoma periférico na mandíbula é uma ocorrência pouco comum. Apresenta características clínicas e radiográficas peculiares que são fundamentais

para o seu diagnóstico. Quanto à patogênese, não há consenso na literatura. Não há predileção por sexo ou idade. O tratamento é cirúrgico e envolve excisão total da lesão e análise histopatológica.

REFERÊNCIAS

- Huvos AG. Bone Tumors. 2 ed. Philadelphia: Saunders; 1991. p. 2-5.
- Shafer WG, Hire MK, Levy BM. A Textbook of Oral Pathology. 4 ed. Philadelphia: Saunders; 1983. p. 163.
- Bodner L, et al. Peripheral osteoma of the mandibular ascending ramus. J Oral Maxillofac Surg. 1998; 56(12): 1446-9.
- Greenspan A, Remagen W. Bone-forming tumors. In: Greenspan A, Remagen W. Differential Diagnosis of Tumors and Tumor-like Lesions of Bone and Joints. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
- Longo F, et al. Solitary osteoma of the mandibular ramus: report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 2001; 59(6): 698-700.
- Sayan NB, et al. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. J Oral Maxillofac Surg. 2002; 60(11): 1299-301.
- Sugiyama M, et al. Radiopaque mass at the mandibular ramus. J Oral Maxillofac Surg. 2001; 59(10): 1211-4.
- Cutilli BJ, Quinn PD. Traumatically induced peripheral osteoma: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992; 73(6): 667-9.
- Youmands RD, Caulder SL, Hays LL. Peripheral osteoma of the mandible: report of a case of 22 years duration. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1968; 25(5): 785-91.
- Ertas U, Tozoglu S. Uncommon peripheral osteoma

- of the mandible: report of two cases. *J Contemp Dent Pract.* 2003; 4(3): 98-104.
11. Reyhler H. Les tumeurs osseuses des maxillaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 1988; 89(6): 330-8.
12. Bosshardt L, et al. Recurrent peripheral osteoma of the mandible: report of a case. *J Oral Surg.* 1971; 9(6): 446-50.
13. Kashima K, et al. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 58(8): 911-3.
14. Seward MH. An osteoma of the maxilla. *Br Dent J.* 1965; 118(5): 27-30.
15. Bessho K, et al. Osteoma in mandibular condyle. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1987; 16(3): 372-5.
16. Schneideir LC, Dolinsky HB; Grodjesk JE. Solitary peripheral osteoma of the jaws: report of case and review of literature. *J Oral Surg.* 1980; 38(6): 452-5.
17. Chen YK, Lin LM, Lin CC. Osteoma of the mandibular coronoid process: Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 27(3): 222-3.
18. Cawson RA, Odell EW. *Essentials of oral pathology and oral medicine.* 6 ed. London: Churchill & Livingstone; 1998. p. 132-3.
19. Kaplan I, Calderon S, Buchner A. Peripheral osteoma of the mandible: a study of 10 new cases and analysis of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994; 52(5): 467-70.
20. Becelli R, et al. Endo-orbital osteoma: two case reports. *J Craniofac Surg.* 2002; 13(4): 493-6.
21. Jundt G, Prein J. Clinical pathology: odontogenic and nonodontogenic tumors of the jaws. In: Booth PW, Schendel AS, Hausamen JE. *Maxillofacial surgery.* London: Churchill & Livingstone; 1999. v.1. p. 485-517.
22. Batsakis JG. *Tumors of the Head and Neck: Clinical and Pathological Consideration.* 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1979. p. 405-406.
23. Rajayogeswaran V, Everson JW. Endosteal (central) osteoma of the maxilla. *Br Dent J.* 1981; 150(6): 162-3.
24. Matsuzaka K, et al. Lesions related to the formation of bone, cartilage or cementum arising in the oral area: a statistical study and review of the literature. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2002; 43(3): 173-80.
25. Swanson KS, Guttu RL, Miller ME. Gigantic osteoma of the mandible: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992; 50(6): 635-8.
26. Furlaneto EC, Rocha JR, Heitz C. Osteoma of the zygomatic arch: report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 33(3): 310-1.
27. Richards HE, et al. Large peripheral osteoma arising from the genial tubercle area. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986; 61(3): 268-71.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Instituto Brasileiro de Cirurgia Oral - IBCO
 Rua 88, 490, Setor Sul - Goiânia/GO
 CEP: 74086-010
 e-mail: jonasdantas@yahoo.com.br