

Fibroma Ossificante: relato de 2 casos

Fibroma Ossifying: Report of 2 Cases

Recebido em 02/03/2008
Aprovado em 23/04/2008

Janayna Gomes Paiva^I
Fernanda Böing^I
Matheus Benjamin Benaglia^I
Aderval Nascimento^{II}

RESUMO

O Fibroma Ossificante e o Fibroma Ossificante Juvenil são lesões fibro-ósseas benignas de origem mesenquimal. O primeiro acomete mais comumente a região de pré-molares e molares de mandíbula na terceira e quarta década de vida e com maior prevalência no sexo feminino. O segundo tem um comportamento clínico mais agressivo em jovens geralmente de até 15 anos e é mais comum em maxila. Ambas as lesões necessitam de remoção cirúrgica, e, sempre que possível, deve-se procurar uma reconstrução adicional devido aos problemas funcionais e estéticos. Este trabalho apresenta o tratamento cirúrgico de 2 relatos de caso, sendo um de Fibroma Ossificante, e o outro, da sua variante, o Fibroma Ossificante Juvenil. Através da enucleação associada à reconstrução com malha de titânio para o primeiro caso e do emprego de uma placa de reconstrução de titânio como uma boa alternativa para o tratamento da ressecção marginal do segundo caso.

Descritores: Patologia Bucal. Fibroma Ossificante. Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Ossifying fibroma and juvenile ossifying fibroma are benign fibro-osseous lesions that originate in the mesenchyme. The former most commonly affects regions of the lower pre-molars and molars in patients in their thirties and forties and has a higher prevalence in females; the latter has a more aggressive clinical behavior in younger patients, usually up to the age of 15 years, and is more frequent in the mandible. Both injuries need surgical removal and, whenever possible, an additional reconstruction because of functional and esthetic problems. This paper presents the surgical treatment of 2 reports of case, one of ossifying fibroma, and the other of its variant, juvenile ossifying fibroma. Treatment by enucleation, following reconstruction with a titanium mesh, was used in the first case and the use of a titanium reconstruction plate of titanium was a good alternative for the treatment of marginal resection in the second case.

Keywords: Pathology, Oral. Fibroma, Ossifying. Surgery, Oral.

INTRODUÇÃO

O termo Fibroma Ossificante compreende lesões com composições histológicas semelhantes e diferentes comportamentos clínicos. São lesões benignas dos maxilares, geralmente de crescimento lento e que apresentam uma proliferação de tecido

celular fibroso, com variada quantidade de produtos ósseos, incluindo osso, cimento ou uma combinação desses¹⁻³. Uma das variantes é o Fibroma Ossificante Juvenil (FOJ), que acomete pacientes em idade precoce e tem um comportamento clínico mais agressivo e com maior taxa de recidiva^{2,4,5}.

^I Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do NHU/UFMS.

^{II} Mestre em CTBMF e Professor do Programa de Residência em CTBMF do NHU/UFMS.

O FO ocorre mais na região posterior de mandíbula^{3,6,7-12}, tem predileção pelo sexo feminino^{4,6,12-18} e maior incidência na terceira e quarta décadas de vida^{10,12,13}. Já o FOJ não apresenta predileção em sexo ou raça, ocorre mais comumente em maxila e em idade mais precoce – geralmente até 15 anos^{4,5,19}. Ao exame radiográfico, constituem-se em uma radiolusência uni ou multilocular²⁰, geralmente apresentando-se radiolúcidos com focos radiopacos^{3,10}.

O diagnóstico diferencial geralmente se faz com a Displasia Fibrosa^{4,21,22}. As duas lesões apresentam características clínicas, radiográficas e microscópicas semelhantes. O aspecto clínico radiográfico bem-delimitado do FO e do FOJ e a facilidade com que podem ser separados do osso normal é o principal diferencial com relação à Displasia Fibrosa. A natureza circunscrita e bem delimitada da lesão, geralmente, permite a enucleação do tumor³. Pode ocorrer necessidade de cirurgia de reconstrução para superar os problemas estéticos e funcionais após a remoção da lesão.

A proposta deste trabalho é relatar dois casos de fibroma ossificante tratados por meio da exérese do tumor por ressecção marginal e associada à reconstrução com placa e malha de titânio.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente I.F.S., 56 anos, feoderma, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial, queixando-se de ligeiro aumento de volume na região ântero-inferior de mandíbula. Ao exame clínico, não apresentava assimetria facial, porém no aspecto intraoral, apresentava sutil expansão da cortical óssea vestibular. Ao exame radiográfico, observou-se lesão radiopaca na região ântero-inferior com limites indefinidos e possuindo forma irregular, porém os dentes 33, 32, 31, 41, 42, 43 e 44, envolvidos imediatamente na região, apresentavam-se vitais. A biópsia incisiva foi rea-

lizada, e o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de fibroma ossificante. Para o planejamento cirúrgico, foi solicitada prototipagem da mandíbula a partir da tomografia computadorizada (Figura 1). Indicou-se o tratamento endodôntico dos dentes 33 à 44 devido ao risco de desvitalização desses e da proximidade com as margens do tumor. Foi utilizada uma malha de titânio para suporte do tecido mole, para evitar deiscência, possibilitando uma regeneração óssea e manutenção do coágulo, além de reforçar a região mental após a remoção da lesão. Em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, a paciente foi submetida à enucleação por meio do acesso intraoral, e a peça foi enviada para estudo histopatológico. Em seguida, foi fixada a malha de titânio na região correspondente a cortical vestibular (Figuras 2A e B) e procedeu-se com a sutura e curativo compressivo extraoral por cinco dias. Após 6 meses da cirurgia, foi realizada a remoção da placa de titânio para evitar futuras complicações bem como nova biópsia que descartou naquele momento presença de recidiva. Um controle radiográfico foi feito de 6 em 6 meses. Após 2 anos da cirurgia, a radiografia e o aspecto clínico não mostraram sinais de recidiva (Figura 2C).

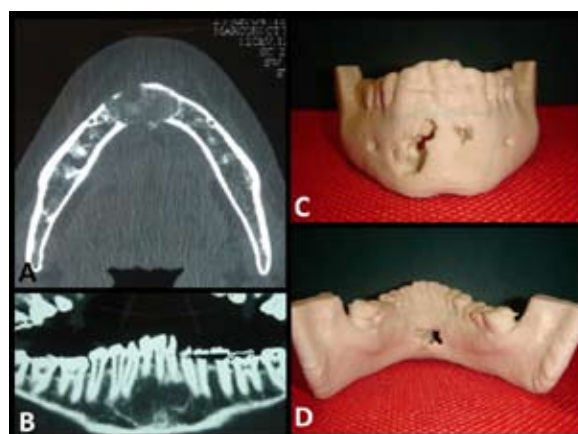


Figura 1 - A: Corte axial de tomografia computadorizada, evidenciando lesão lítica com bordas escleróticas e aspecto insuflante em região anterior de mandíbula; B: Reconstrução panorâmica de tomografia computadorizada; C e D: Prototipagem.

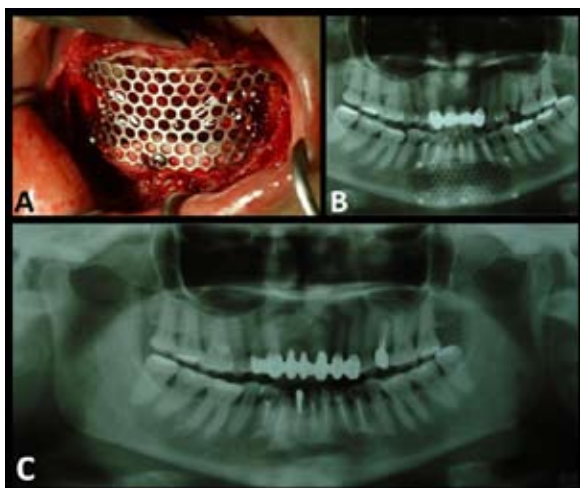


Figura 2 - A: Transoperatório com malha de titânio adaptada na região correspondente a cortical vestibular fixada com parafusos; B: Radiografia panorâmica pós-operatória de 07 dias; C: Radiografia panorâmica de acompanhamento após 2 anos sem sinais de recidiva da lesão.

Caso 2

Paciente A.R.A, 15 anos, sexo masculino, feoderma, com queixa de aumento de volume em mandíbula do lado direito há aproximadamente 1 ano. Ao exame clínico, apresentava assimetria facial importante, com aumento de volume na região de corpo e bordo inferior da mandíbula com o envolvimento do espaço submandibular direito, porém sem sinais flogísticos de infecção. No exame intraoral, observou-se aumento da cortical óssea vestibular com deslocamento dentário para lingual do elemento 47 e lesão de cárie extensa no elemento 46 com mobilidade, porém a mucosa mostrava-se íntegra. A radiografia lateral oblíqua e pósterio-anterior de mandíbula evidenciou lesão radiolúcida com focos radiopacos que envolvia desde a região de segundo pré-molar inferior até região de ramo ascendente e ângulo mandibular (Figura 3). Foi realizada a biópsia incisional e a exodontia do elemento 46. O laudo histopatológico conclui que se tratava de uma lesão fibro-óssea benigna compatível com fibroma ossificante. Sob anestesia geral, o paciente foi submetido à exérese da lesão. Através do acesso submandibular, verificou-se lesão de limites definidos, de consistência fibrosa

endurecida e com aproximadamente 7 cm no maior diâmetro. Realizou-se ressecção marginal com preservação dos dentes 44, 45 e 47 e da cortical lingual e parte da região de ramo ascendente posterior à lesão. O contorno mandibular foi mantido por uma placa de reconstrução do sistema 2.4, modelada previamente no protótipo após plastia deste e fixada com parafusos bicorticais. (Figura 4). Procedeu-se, então, à sutura e ao curativo compressivo na região. Foi realizado controle radiográfico e não se verificaram complicações pós-operatórias. Um controle pós-operatório após 6 meses e 2 anos foi feito e clinicamente o paciente se apresenta sem sinais de recidiva (Figura 5).

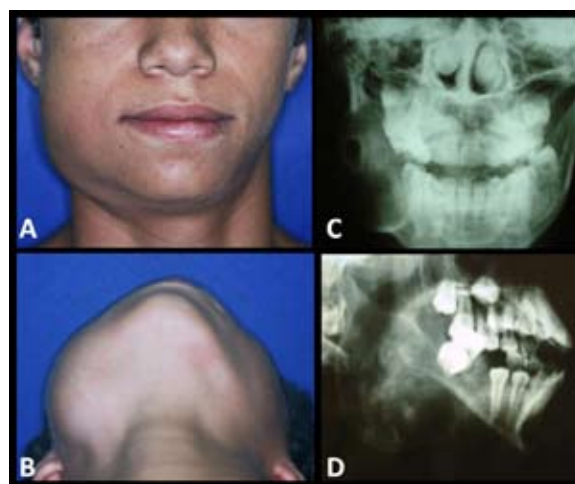


Figura 3 - A: Vista clínica frontal; B: Vista inferior; C: Radiografia pósterio-anterior e D: Radiografia lateral oblíqua de mandíbula, evidenciando lesão envolvendo a região de segundo pré-molar inferior direito até a região de ramo ascendente e ângulo mandibular.



Figura 4 - A: Aspecto clínico da lesão após acesso com descolamento periostal; B: Placa de reconstrução fixada após remoção da lesão com preservação da cortical lingual.



Figura 5 - A: Radiografia pósterio-anterior e B: Radiografia Lateral Oblíqua 6 meses após a remoção da lesão. C: Radiografia pósterio-anterior e D: Radiografia Lateral Oblíqua de controle após 2 anos.

DISCUSSÃO

Ao se verificar a literatura pertinente ao assunto, constata-se que a nomenclatura do Fibroma Ossificante é pouco clara. Hoje, classificam-se os Fibromas Ossificantes em: 1. Fibroma Ossificante (FO) e 2. Fibroma Ossificante Juvenil (FOJ)³.

Fibroma Ossificante (FO): tradicionalmente, o FO era subclassificado de acordo com os tecidos duros formados em: fibroma ossificante (Fo), fibroma cementificante (Fc) e fibroma cemento-ossificante (Fco)^{2,12}. Ambos os tipos são atualmente conhecidos pelo termo único de Fibroma Ossificante (FO)^{1-3,12,15}. E alguns autores preferem designar o material semelhante a cimento presente no FO como uma variação de osso²⁻³.

O FO origina-se a partir de células mesenquimais multipotentes de origem do ligamento periodontal, as quais são capazes de formar tecido ósseo e cimento^{1,19} e apresentam-se normalmente em áreas dentadas de maxila e mandíbula. Entretanto, a presença de lesões microscopicamente idênticas a estas em outras localizações, como a órbita, osso frontal, etmoide, esfenoide, temporal e tibia faz com que as teorias sobre a origem destasejam, todavia, uma questão aberta^{2,3,23}. Possíveis fatores desencadeantes são citados^{2,6}. Existe a sugestão de algum estímulo

induzido por trauma¹, como a realização prévia de uma exodontia e a periodontite^{2,6}, ou simplesmente estaria ligada a uma perturbação na maturação óssea de origem congênita^{7,24}.

Tem predileção pelo sexo feminino^{4,6,12-17} com uma relação que oscila de 1,5:1¹⁸ a 5:1^{12,17}. Ocorre predominantemente entre a 3ª e 4ª décadas de vida^{3,4,6,12-14,17,25}, podendo ocorrer em idade precoce^{5,6,16}. Em uma revisão de casos publicados sobre FO, estabeleceu-se a idade média de apresentação de 25 anos²⁶. A região de pré-molares e molares da mandíbula são os sítios mais comuns^{3,8,9,11,12}. Quando as lesões são pequenas, mostram-se assintomáticas e, à medida que se tornam grandes e expansivas, causam uma tumefação também indolor, apesar de significativa assimetria facial^{3,6,11,12,16,21}. Seu crescimento é relativamente lento^{6,16,21,25}, não há rompimento das corticais ósseas ou alterações na continuidade da mucosa^{14,16}. O tamanho da lesão pode variar de 0,2 cm a 15 cm^{2,13}. Dor e parestesia raramente estão associadas aos FO³. O aumento da mobilidade dos dentes^{14,16} próximos à lesão pode ser um sinal precoce¹⁶, mesmo conservando sua vitalidade e apresentando reabsorção radicular^{2,14}. A mobilidade e reabsorção radicular dos dentes envolvidos são achados frequentes^{12,14,17,18,25}, e divergência radicular pode ser encontrada em 17% dos casos^{12,14,17,18}. A reabsorção radicular pode variar de 11%^{2,12,14,17,18} a 44%¹⁸. Já para outro autor divergências e reabsorção das raízes são achados incomuns¹⁰. No caso relatado, não se encontrou reabsorção ou divergência radicular.

As lesões apresentam-se uni ou multiloculares^{7,20}. Na maioria dos casos, as lesões são radiolúcidas com focos radiopacos, dependendo da quantidade de calcificação do tecido que mostrará graus variados de radiopacidade^{3,10}. Lesões agressivas podem evidenciar perda dos limites das bordas semelhantes a perfurações na cortical²⁷. No caso relatado, a imagem radiográfica e tomográfica apresentava bordas escleróticas, porém a cortical vestibular e lingual estavam rompidas. O diagnóstico diferencial normalmente se faz com a displasia fibrosa monostótica. Sendo assim, o diagnóstico final

se dá com o exame histopatológico.

Há, também, controvérsia em relação à histologia. A maior parte dos estudos afirma que a diferença do fibroma ossificante em relação à displasia fibrosa é "unicamente" a cápsula fibrosa presente na primeira^{14,21,28}. Mas há autores que relatam que essa cápsula fibrosa "pode ou não" estar presente^{3,4,21,28}. No caso relatado de FO, não havia cápsula. Outros autores comentam que no FO há abundantes osteoclastos e osteoblastos e, comparando com a displasia fibrosa, se observa que o FO tem padrão trabecular mais regular e contém menos colágeno e elementos vasculares e mais elementos celulares²⁹. Histologicamente, os limites entre tecido lesado e tecido normal são nítidos⁷. Não há quadros histopatológicos que possam determinar o potencial agressivo^{3,12} ou a propensão à recorrência do fibroma ossificante¹² e tampouco há relação entre as características radiológicas e as taxas de recorrência¹⁷.

Enfim, o tumor consiste em cemento ou massas ósseas distribuídas em um estroma^{11,30,31} fibroso altamente celular³². Quando a ressecção cirúrgica for extensa, pode ser necessária a reconstrução adicional com enxerto ósseo e implantes devido aos problemas estéticos e funcionais, especialmente quando os dentes são removidos^{3,10}. No caso descrito de FO, não houve perda de elementos dentários, mas, como a lesão era extensa e a área passível de forte ação muscular, optou-se pela colocação imediata de uma malha de titânio, com o intuito, também, de evitar colapso do lábio inferior pela contração cicatricial.

Fibroma Ossificante Juvenil (FOJ): O FOJ é uma variante de maior agressividade que afeta os ossos craniomaxilofaciais, com um rápido crescimento e que se apresenta, geralmente, em indivíduos de até 15 anos^{4,5}. Pode apresentar-se na clínica como uma expansão gradual ou rápida, aplainando o osso afetado ou a região. A obstrução nasal, a exoftalmia e, raramente, uma extensão intracraniana podem ser associadas com aquelas lesões que invadem os seios paranasais e órbita^{9,20}.

Existem dois padrões diferentes dentro do mesmo termo, o trabecular e o psamomatoide. Para um autor, a média de idade em que é feito o diagnóstico do fibroma ossificante juvenil do tipo trabecular é de aproximadamente 11 anos, enquanto a idade média dos pacientes diagnosticados com a variante psamomatoide é de 22 anos³. No entanto, outros autores generalizaram, pronunciando que o fibroma ossificante juvenil se apresenta em pacientes de, até 15 anos de idade. Nenhuma predileção quanto ao sexo é observada em ambas as formas¹⁹. No caso relatado, o diagnóstico foi realizado com 15 anos, e a variante histológica era do tipo trabecular.

O FOJ tem preferência pela maxila³. Embora muitos desses tumores sejam descobertos inicialmente no exame radiográfico de rotina, a expansão da cortical pode resultar em assimetria facial evidente³ como observado no caso descrito. A variante psamomatoide frequentemente aparece fora dos maxilares, com mais de 70% surgindo nos ossos orbital, frontal e nos seios paranasais. As lesões centrais se expandem rapidamente em maxila de crianças e adolescentes. No caso relatado, observamos que, mesmo a lesão apresentando-se em mandíbula, houve crescimento relativamente rápido. Quando acoplados com as características radiográficas de perfurações na cortical, são confundidas com malignidade. Normalmente o diagnóstico diferencial se dá com o osteblastoma e lesão intraóssea fibromatosa como o fibroma desmoplásico, a displasia fibrosa, o granuloma central de células gigantes e o querubismo³. Na maioria das circunstâncias, a neoplasia cresce lentamente, é bem circunscrita e não se continua com o osso normal adjacente. As lesões são radiolúcidas circunscritas e, em alguns casos, contêm radiopacidades centrais³, concordando com o caso descrito.

A conduta clínica e o prognóstico do fibroma ossificante juvenil são incertos. As neoplasias mais agressivas tendem a surgir nas crianças. Para lesões menores, a completa excisão local ou curetagem parecem ser adequadas. Para as lesões que crescem

rapidamente, uma ressecção mais ampla pode ser necessária. Como no caso relatado, a morbidade seria grande e tratava-se de paciente jovem, optou-se por uma ressecção mais conservadora, mantendo, inclusive, a cortical lingual. Índices de recidiva de 30% a 58% são relatados para o fibroma ossificante juvenil, e transformações malignas não têm sido relatadas³. No caso relatado, não observamos sinais de recidiva nos 2 anos de acompanhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos casos relatados, optou-se por um tratamento mais conservador, com o objetivo de evitar maiores complicações da própria técnica cirúrgica. O tratamento instituído até o momento mostra-se efetivo.

REFERÊNCIAS

1. Canger EM et al. Familial ossifying fibromas: report of two cases. *Journal of Oral Science*. 2004; 46:61-3.
2. Pérez-García S, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Ossifying fibroma of the upper jaw: report of a case and review of the literature. *Med Oral*. 2004;9:333-9.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Filadelfia: Saunders; 2002. p. 511-53.
4. Vicente RJC, Gonzales MS, Santa MZJ, Madrigal RB. Tumores no odontogénicos de los maxilares: clasificación, clínica y diagnóstico. *Medicina Oral*. 1997;2:83-10.
5. Williams HK, Mangham C, Speight PM. Juvenile ossifying fibroma. An analysis of eight cases and a comparison with other fibro-osseous lesions. *J Oral Pathol Med*. 2000;29:13-8.
6. Martin-Granizo R, Sanches-Cuellar A, Falahat F. Cemento ossifying fibroma of the upper gingivae.

Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122:775.

7. Bio Tchane I, Adjibabi W, Biaou O, et al. Le fibrome cémento-ossifiant : deux câs. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2005;106:30-2.
8. Antonelli JR. Ossifying fibroma of the maxillary sinus: a case report. *Ann Dent*. 1989;48:33-6.
9. Carrera Grano I, Berini Aytes L, Escoda CG. Peripheral ossifying fibroma: Report of a case and review of the literature. *Med Oral*. 2001;6:135-41.
10. Gurol M, Uckan S, Guler N, Yatmaz PI. Surgical and reconstructive treatment of a large ossifying fibroma of the mandible in a retrognathic patient. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59:1097-3.
11. Regezzi JA, Sciubba JG. *Oral Pathology: Clinical-pathological correlations*. Philadelphia: Saunders; 1993.
12. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: A clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985;60:505-11.
13. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas: II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;85:540-9.
14. Zachariades N, Vairaktaris E, Papanicolau S, Triantafyllou D, Papavassiliou D, Mezitis M. Ossifying fibroma of the jaws: review of the literature and report of 16 cases. *Int J Oral Surg*. 1984;13:1-6.
15. MacDonald-Jankowskij S. Cemento-ossifying fibromas in the jaws of Hong Kong Chinese. *Dento-maxillofac Radiol*. 1998;27:298-6.
16. Shafer WG, Levy BH. *Tratado de patología bucal*.

- 2nd ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1986.p.141-3.
17. Eversole LR, Merrell PW, Strub D. Radiographic characteristics of central ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;59:522-7.
18. Sciubba JJ, Younai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J Oral Pathol Med.* 1989;18:315-21
19. Saiz-Pardo-Pinos AJ, Olmedo-Gaya M^oV, Prados-Sánchez E, Vallecillo-Capillo M. Fibroma óseo juvenil: a propósito de un caso clinic. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9:454-8.
20. Fujimoto Y, Katoh M, Miyata M, Kawai T, Saito K, Morita M. Cystic cemento-ossifying fibroma of the ethmoidal cells : a case report. *J Laryngol Otol.* 1987;101:946-52.
21. Aguirre JM. Tumores de los maxilares. In: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. *Medicina Oral.* Barcelona: Masson; 1995. p. 507-8
22. Slootweg PJ. Maxillofacial fibro-osseous lesions: classification and differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol.* 1996;13:104-12.
23. Povysil C, Matejovsky Z. Fibro-osseous lesion with calcified spherules cementifying fibroma like lesion of the tibia. *Ultrastruct Pathol.* 1993;17:25-34.
24. Favre-Dauvergne E, Auriol M, Fleuridas G, Le Charpentier Y. Tumeurs et pseudotumeurs non odontogéniques bénignes desmaxillaires. *Encycl Méd Chir (Paris – France), Stomatologie-Odontologie I,* 22-062-H-10, 1995, 11p.
25. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* Madrid: Hartcourt Brace España; 1998. p. 109-10.
26. Slootweg PJ, Müller H. Differential diagnosis of fibro-osseous jaw lesions: A histological investigation on 30 cases. *J Cranio-Max Fac Surg.* 1990;18:210-4.
27. Summerlin DJ, Tomich CE. Focal cemento-osseous dysplasia: a clinico-pathologic study of 221 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;78:611-20.
28. Regezi JA, Derr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg.* 1978;36:771-8.
29. Slootweg PJ. Maxillofacial fibro-osseous lesions: classification and differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol.* 1996;13:104-12.
30. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1985;43:249-62.
31. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas: I. A pathologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;84:301.
32. Gunhan O, Demirel D, Sengun O, et al. Ossifying fibroma diagnosed by fine needle aspiration cytology: A case report. *Acta Cytol.* 1992;36:98.
33. Kristensen S, Tueteras K. Aggressive ossifying fibroma of the maxilla. *Arch Otorhinolaryngol.* 1986;243:102

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Janayna Gomes Paiva
Rua Montese, 257 – Vila Olinda
Campo Grande – MS
CEP: 79060-100
(67) 3042-3082
jgpaivaoliveira@gmail.com

