

Exostose frontal: uma opção de tratamento

Frontal exostosis: an option of treatment.

Paulo Renato Barchi Marcolino ^I | Paulo Alexandre da Silva ^{II}

RESUMO

Exostoses são crescimentos ósseo-benignos, com origem desconhecida, que acometem diversas regiões do esqueleto humano, dentre elas, a face. Sua exérese ocorre quando existe acometimento funcional, estético e cancerofobia por parte do paciente. Como diagnóstico diferencial, podem ser citados osteoma e esclerose óssea. No seguinte trabalho, descreve-se o relato clínico de uma jovem que procurou atendimento odontológico especializado com queixa de lesão nodular em região frontal, de aspecto pétreo, assintomático e crescimento progressivo. Foram realizados exames clínico, laboratorial e imagiológico que levaram à hipótese diagnóstica de exostose frontal. Procedemos com a cirurgia de exérese da lesão, sob anestesia local, sendo o material colhido enviado para exame anatomopatológico. Alguns autores acreditam que fatores ambientais e hereditários estejam associados ao desenvolvimento e à evolução das exostoses, porém, por ser uma variação da anatomia, sua exérese está indicada, apenas, quando comprometer a função, adaptação de próteses e (ou) estética. As etiologias das exostoses frontais e o fato de essas acometerem com maior frequência, ou unicamente, o gênero feminino ainda são desconhecidas, existindo apenas hipóteses. Entretanto, é justificável a sua exérese, visando ao perfeito convívio social da paciente.

Descritores: Chifre; Exostose; Exostose frontal; Tratamento.

ABSTRACT

Exostoses are benign bone growths of unknown origin, affecting various regions of the human skeleton, including the face. Their removal occurs when there is functional and aesthetic impairment. In the differential diagnosis osteoma and bone sclerosis may be mentioned. This paper describes a clinical case of a young woman who sought specialist dental treatment complaining of a nodular lesion in the frontal region, hard to the touch, asymptomatic and exhibiting progressive growth. Clinical, laboratory and imaging examinations were performed, leading to the hypothesis of a frontal exostosis. We opted for surgical excision under local anesthesia, after which the collected material was sent for pathological examination. Some authors believe that environmental and hereditary factors are associated with the development and progression of exostoses; however, as they constitute an anatomical variation, their removal is indicated only in the case of impairment of function, fitting of dentures or aesthetic damage. The etiology of frontal exostoses and the

- I. Cirurgião-Dentista, cursando o Terceiro Ano de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pelo IECS – CIODONTO / Hospital de Clínicas de São Sebastião.
- II. Cirurgião-Dentista, Mestre e Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e Coordenador do Curso de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da IECS – Ciodonto / Hospital de Clínicas de São Sebastião.

fact that they most frequently affect females is still unknown, for there are only hypotheses. However, their removal is justified in order to relieve the great social suffering experienced by the victims.

Descriptors: Horn; exostosis; frontal exostosis; treatment.

INTRODUÇÃO

Exostoses são crescimentos ósseo-benignos, que afetam 20 a 25% dos ossos gnáticos, sendo chamados de tórus, e 5 a 29% dos ossos longos. Embora possam ocorrer em qualquer osso do esqueleto humano, é raro ocorrer em ossos da face, exceto mandíbula e maxila¹. Como diagnóstico diferencial da exostose frontal, podem ser citados o osteoma frontal e o cisto dermoide calcificado, que são lesões comuns em face e no crânio².

Essas alterações ósseas, tidas como variação da normalidade, ainda apresentam etiologias desconhecidas, contudo alguns autores já as relacionam com traumas locais, fatores genéticos e doenças sistêmicas, tais como síndrome de Gardner, querubismo, neurofibromatose e fluorose sistêmica^{3, 4, 5}.

A exérese da lesão está indicada apenas nos casos de acometimento funcional, estético e (ou) crescimento ósseo continuado, impedindo confecção de peças protéticas, instalação de órteses e a socialização do paciente, devido ao aspecto visual desarmônico e o pré-conceito social^{3,5}.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de exérese de lesão nodular pétreia, assintomática em região mediana de osso frontal. As hipóteses diagnosticadas, por nós lançadas, foram: osteoma, esclerose óssea e exostose, sendo a última confirmada em exame anatomopatológico.

CASO CLÍNICO

Jovem do sexo feminino, F. R. P, 19 anos, procurou atendimento, queixando-se de lesão nodular endurecida em região frontal, assintomática, com evolução de aproximadamente dois anos e que, nos últimos meses, evoluiu em tamanho. A paciente

relatou ausência de traumas locais e (ou) doença sistêmica, mas citou casos semelhantes na família, porém em outros ossos do esqueleto humano, tais como metacarpo e calcâneo.

Diante da deficiência estética facial proporcionada pela lesão, apresentando característica de "chifre", e a sua evolução, foram realizadas fotografias e solicitados exames auxiliares, tais como tomografia computadorizada (TC) e telerradiografia em norma lateral de face. Exames laboratoriais, como hemograma, glicemia, tempo de trombo-plastina parcial ativada (TTPA), tempo de ativação de protrombina (TAP), sódio, potássio, creatinina e ureia, também foram solicitados. Após a análise dos exames, foi possível observar lesão óssea delimitada apenas em tábua externa do osso frontal, não invadindo seio frontal nem diploe. Por ser a paciente jovem, hígida, iniciou-se o planejamento da exérese da lesão.



Figura 1: Pré-operatório: Visão oblíqua lateral esquerda da paciente.

A cirurgia se iniciou em dia pré-agendado e em centro cirúrgico, com a antissepsia da região frontal com Iodo Pirrolidona Polivinil Tópico (PVPI) e demarcação de linha de expressão facial próxima à lesão com lápis dermatográfico. Com a paciente sedada, 15 miligramas (mg) de midazolam, por via oral, foram infiltrados, em tecido dérmico – muscular adjacente à lesão, 5 mililitros (ml) de lidocaína a 2%, sem vasoconstritor, e, na sequência, procedeu-se incisão linear de 3 centímetros (cm) sobre a ruga de expressão facial previamente demarcada. A dissecação do ventre anterior do músculo occipito-frontal promoveu boa exposição visual da lesão óssea para assim ocorrer a sua exérese com cinzéis retos, martelo cirúrgico e pinça Allis.

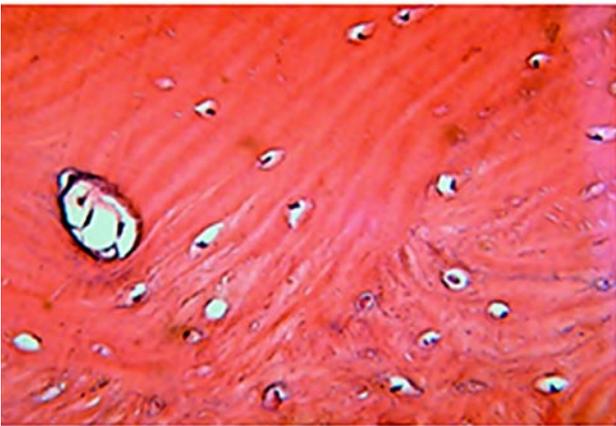


Figura 2: Corte histopatológico apresentando tecido ósseo ricamente corticalizado, com pouco conteúdo medular e lipídico em seu interior.

As margens ósseas adjacentes à área operada foram regularizadas com limas para osso, a fim de se evitarem espículas ósseas, bem como permitir boa convergência frontal, em vista perfil. O ventre anterior do músculo occipito-frontal foi suturado a favor das fibras, com fio vicryl 4.0, e a sutura intradérmica, com fio nylon 5.0, foi a escolhida para a derme.

O material colhido foi enviado à análise anatomopatológica que conferiu o resultado de exostose, com grande presença de osso cortical, envolvendo pouca quantidade de tecido ósseo medular e lipídico.

Os curativos compressivos com micropore na região frontal, objetivando modular o edema formado, foram removidos com 2 dias de pós operatório, juntamente com o término da terapia térmica com gelo na região frontal. A sutura intradérmica foi removida aos 7 dias de pós operatório, em que pode ser observado excelente cicatrização e ausência de infecção.

A paciente permaneceu em acompanhamento clínico semanal por 40 dias após esse período. Ela recebeu alta da especialidade, estando apta a executar quaisquer atividades e retornar ao convívio social normal.

A cicatriz proveniente do acesso cirúrgico, quase imperceptível, desaparece quando a paciente faz uso de maquiagem, conforme seu relato.



Figura 3: Pós-operatório: Visão oblíqua lateral esquerda da paciente.

DISCUSSÃO

A etiologia dessas lesões, tida como variações da normalidade, ainda é desconhecida, porém a literatura revisada acredita que hereditariedade, traumas, fatores hormonais e ambientais promo-

vem, no mínimo, a sua evolução^{1,3,4,5,6}. Nosso estudo corrobora esses autores, pois, no caso apresentado, membros da família da paciente, tia e prima, possuíam exostoses no calcâneo e no metacarpo direito, respectivamente.

A exérese da lesão visou extinguir o dano estético e social sofrido pela paciente, já que esta se referia à lesão como “chifre”, e também pelo fato de a recidiva de exostose ser incomum. A literatura defende a cirurgia para exostose, quando esta compromete a função, a estética, a confecção de dispositivos protéticos e (ou) instalação de órteses, sendo, por isso, nossa conduta bem aplicada e aceita.^{3,5,7}

Nosso trabalho apresentou caso de exérese de exostose frontal medindo 0,9 x 0,6 x 0,4 cm, sob anestesia local. Atualmente a literatura reporta apenas o trabalho de Tubbs et al. (2003), em pesquisa envolvendo mais de 100 crânios secos, em que os autores observaram exostose frontal em apenas um caso, num crânio de mulher, medindo 0,5 x 0,5 x 1 cm. Os autores também observaram um caso de exostose em região occipital, em crânio de homem. Não se sabe a razão exata de a exostose frontal ter ocorrido em crânio de mulher, mas também observamos essa realidade.

COMENTÁRIOS FINAIS

A exostose frontal ainda não possui etiologia exata, existindo apenas hipóteses. Contudo, acreditamos que essa pode ser hereditária e estarem relacionadas às alterações hormonais. A sua ocorrência principal ou unicamente em mulheres nos leva a indagar, mais fortemente, a possibilidade de alterações hormonais como fator primário e (ou) evolutivo para essas lesões. A sua exérese é imprescindível, já que danos estéticos, lembrando “chifre”, podem comprometer a boa socialização da paciente, causando distúrbios psíquicos, psicológicos e religiosos. A anestesia local é uma boa

opção, desde que a exostose se situe apenas na tábua externa do osso frontal e não esteja invadindo o seio frontal, lembrando que é uma lesão fracamente aderida ao osso, por meio de fibro-adesões, e este é um procedimento indolor, rápido e de fácil execução.

REFERÊNCIAS

1. BERNABA, J. M. Morphology and incidence of torus palatinus and mandibularis in Brazilian Indians. *J Dent Res.* 1977; (56): 499 - 501.
2. BRACAGLIA, R; FORTUNATO, R; MARANDO, A; FARALHO, E. Frontal exostose resection during an endoscopic subperiosteal lifting: Case report. *Aesthetic Plastic Surg.* 1997 (21): 122 - 24.
3. EGGEN, S. Torus mandibularis: an estimation of the degree of genetic determination. *Acta Odontol Scand.* 1989; (47): 409 - 15.
4. CLEMENT, N. D; DUCKWORTH, A. D; BAKER, A. D; PORTER, D. E. Skeletal growth patterns in hereditary multiple exostoses: a natural history. *J. Pediatric Orthopedic.* 2011 (1): 637-41.
5. SUZUKI, M., SAKAI, T. A familial study of torus palatinus and torus mandibularis. *Am J Phys Anthropol.* 1960; (18) 263- 72.
6. TUBBS, R. S; SMYTH, M. D; WELLONS III, J. C; BLOUNT, J. P; OAKES, W. J. Human Horns: A Historical Review and Clinical Correlation. *Neurosurgery.* 2003; (52) 1443- 93.
7. NASCIMENTO FILHO, E; SEIXAS, M. T; MAZZONI, A; WECKS, L. L. M. Osteomas exofíticos múltiplos de ossos craniofaciais não associados à Síndrome de Gardner: relato de caso. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; (70): 836-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Paulo Renato Barchi Marcolino

Rua Quintino Bocaiúva, 309 - Boa Vista

Assis – SP/Brasil

CEP: 19806-150

E-mail: pr-barchi@bol.com.br

