

Fibroma ossificante juvenil em maxila: relato de caso

Juvenile Ossifying Fibroma of the maxilla: case report

RESUMO

Introdução: As lesões fibro-ósseas constituem-se num grupo de lesões caracterizadas por processos de substituição de osso normal por tecido fibroso contendo material mineralizado. O fibroma ossificante juvenil é uma neoplasia fibro-óssea benigna que acomete indivíduos jovens, de comportamento agressivo local e com altas taxas de recidiva. São relatadas duas variantes denominadas de fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJT) e o fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJP). Apesar de ambos os padrões demonstrarem características semelhantes, a predileção para idade e os sítios de acometimento são específicos. O tratamento indicado varia de enucleação e curetagem à ressecção cirúrgica. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de um paciente portador de Fibroma Ossificante Juvenil na maxila. **Relato de caso:** J.S.B., 18 anos, sexo masculino, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas, em Recife/PE, com queixa de “caroço no rosto” com aproximadamente 5 anos de evolução em maxila direita. Paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico conservador mediante enucleação, curetagem e osteotomia periférica e está sendo acompanhado há cerca de 10 meses sem apresentar recidiva. **Considerações finais:** O tratamento mais conservador escolhido foi considerado de sucesso, efetivo, com mínimo de morbidade. Mas, devido à lesão ser considerada agressiva e por possuir alta taxa de recidivas, necessita-se de longo período de acompanhamento.

Palavras-chaves: fibroma ossificante; neoplasias; maxila.

ABSTRACT

Introduction: Fibro-osseous lesions constitute a group of lesions characterized by processes of replacement of normal bone by fibrous tissue containing mineralized material. Juvenile Ossifying Fibroma is a benign fibro-osseous neoplasm that affects young individuals, local aggressive behavior, with high rates of relapse. Two variants named trabecular juvenile ossifying fibroma (TJOF) and psammatoid juvenile ossifying fibroma (PJOF) are reported. Although both patterns demonstrate similar characteristics, the predilection for age and the sites of involvement are specific. The indicated treatment varies from enucleation and curettage to surgical resection. This article aims to report a case of a patient with juvenile ossifying fibroma in maxilla. **Case report:** J.S.B., 18 years old, male, sought the Surgery and Traumatology Service of Hospital Getúlio Vargas, Recife / PE, complaining of a “lump in the face” with approximately 5 years of evolution in right maxilla. Patient underwent conservative surgical treatment was performed through enucleation, curettage and peripheral osteotomy and has been followed for about 10 months without recurrence. **Final considerations:** The most conservative treatment

Arthur José Barbosa de França

Cirurgião-Dentista, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas – Recife-PE, Brasil.

Miqueias Oliveira de Lima Júnior

Cirurgião-Dentista, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas – Recife-PE, Brasil.

Cauê Fontan Soares

Cirurgião-Dentista, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas – Recife-PE, Brasil.

Gustavo Mota Lins de Azevedo

Cirurgião-Dentista, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas – Recife-PE, Brasil.

Riedel Frota Sá Nogueira Neves

Cirurgião Bucomaxilofacial, Staff do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas – Recife-PE, Brasil.

Erica Alves da Silva

Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco – Recife-PE, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Arthur José Barbosa de França
Hospital Getúlio Vargas, HGV/PE: Av. Gal. San Martin, s/n, Cordeiro, Recife-PE, Brasil.
CEP: 50630-060
Telefones: +55813184-5600 ou 98211-1191.
E-mail: arthurjb.franca@hotmail.com

chosen was considered successful, effective, with minimal morbidity. However, because the injury is considered aggressive and because it has a high rate of recurrence, a long follow-up period is required.
Key-words: ossifying fibroma; neoplasms; maxilla.

INTRODUÇÃO

Lesões fibro-ósseas benignas do complexo craniofacial são representados por uma variedade de lesões que são caracterizadas por ossificação patológica e calcificações em associação com um elemento fibroblástico hiper celular¹. São geralmente benignos e tendem a crescer lentamente, no entanto apresentam comportamento agressivo. Têm características histopatológicas semelhantes à displasia fibrosa, fibroma ossificante e displasia cemento-ossificante. Os fibromas-ossificantes são subdivididos em duas entidades: o fibroma ossificante convencional e o juvenil².

De acordo com a nova classificação da Organização Mundial de Saúde, os fibromas-ossificantes que aparecem com rápido crescimento de massa entre 5 e 15 anos de idade, imaginologicamente bem delimitada, e compatível histologicamente com fibroma ossificante, são referidos como Fibroma Ossificante Juvenil².

O presente artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente portador de um extenso Fibroma Ossificante Juvenil em maxila, no qual foi submetido a tratamento conservador e discutir na literatura as principais modalidades de tratamento e abordagem da lesão.

RELATO DE CASO

Paciente J.S.B., 18 anos, sexo masculino, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas, em Recife/PE, com queixa de “caroço no rosto” sem tratamento prévio, com aproximadamente 5 anos de evolução. Ao exame físico, observou-se assimetria facial por aumento de volume endurecido de mais ou menos 6 centímetros, de coloração normal, com bordos e limites regulares, assintomático à palpação, com ausência de sinais de infecção e associado a dois dentes inclusos na região (Figura 1).

Ao exame tomográfico, observou-se imagem circunscrita hipodensa com focos hiperdensos e presença de dentes em seu interior. As hipóteses diagnósticas foram de Tumor Odontogênico Adenomatóide, Cisto Odontogênico Calcificante e Fibroma Ossificante Juvenil. Paciente veio encaminhado com análise histopatológica após biópsia incisional e o diagnóstico foi de Fibroma Ossificante Juvenil do tipo Psamatóide (Figura 1).

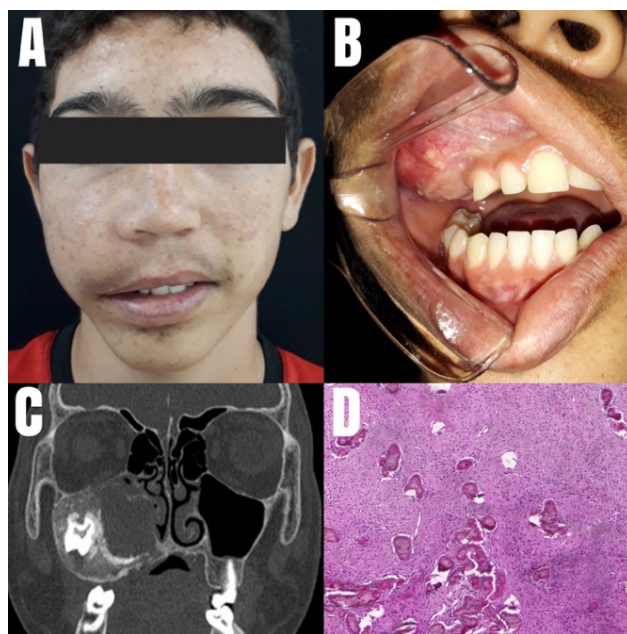


Figura 1 - Imagens pré-operatórias. Legenda: A, foto frontal demonstrando aumento de volume em região maxilar direita; B, foto intrabucal da lesão em região maxilar direita; C, imagem tomográfica demonstrando lesão hipodensa com focos hiperdensos em seu interior; D, imagem histológica característica do fibroma ossificante.

O tratamento definitivo foi realizado através do acesso Weber-Ferguson para exposição do tumor, com enucleação e curetagem de toda a lesão e posterior osteotomia periférica. Foi realizada a ressuspensão da musculatura para evitar ptose dos tecidos moles adjacentes e comprometimento estético da face (Figura 2).

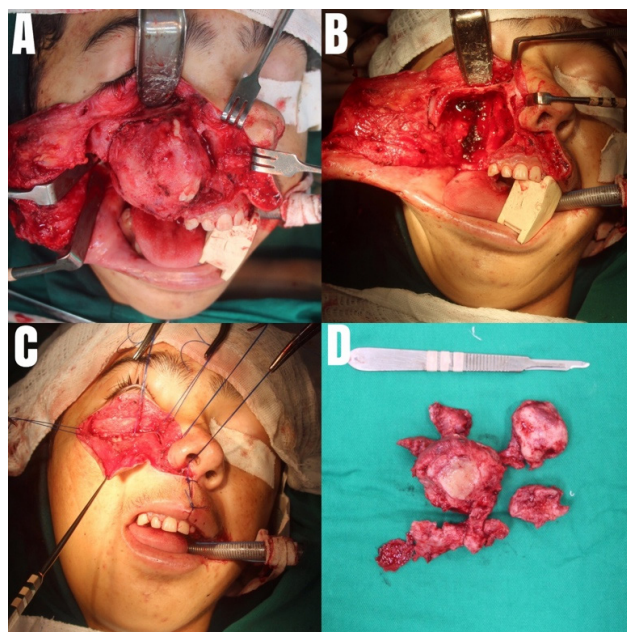


Figura 2 - Imagens trans-operatórias. Legenda: A, exposição transoperatória da lesão através do acesso Weber-Ferguson; B, extenso defeito ósseo após enucleação e curetagem da lesão; C, ressuspensão da musculatura e tecidos moles durante síntese; D, peça cirúrgica.

No pós-operatório tardio, o paciente não apresentava quadro doloroso na região operada, ausência de edema em região maxilar, oclusão dentária satisfatória, e sem queixas na face. O mesmo está sendo acompanhado há cerca de 10 meses, sem sinais clínico-radiográficos de recidiva (Figura 3).

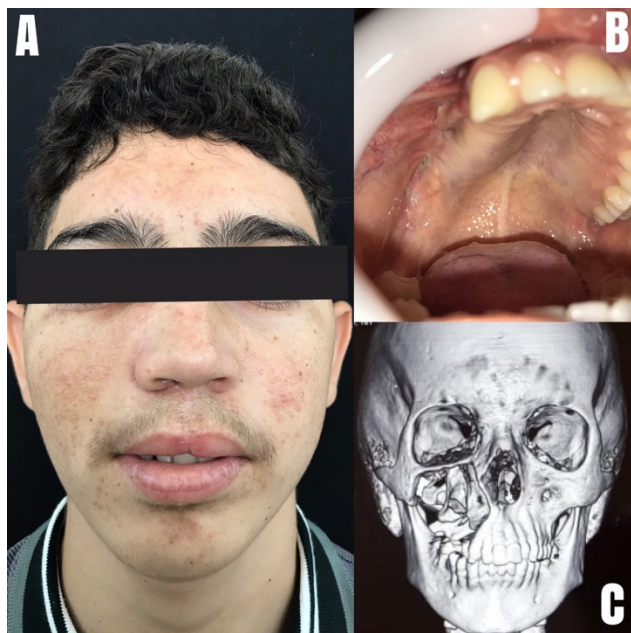


Figura 3 - Imagens pós-operatórias. Legenda: A, fotografia frontal pós-operatória; B, fotografia intra-oral pós-operatória; C, tomografia computadorizada pós-operatória (reconstrução 3D).

DISCUSSÃO

O termo “fibroma ossificante juvenil” foi primeiramente usado por Johnson em 1952 para descrever formas agressivas de fibroma ossificante que ocorriam nos ossos craniofaciais de crianças³. Abrange 2% dos tumores orais em crianças² e tem maior prevalência em áreas de dentes congenitamente ausentes⁴. Está localizado principalmente em ossos da face (85%), em alguns casos em calvária (12%), e muito raramente extracranialmente (3%). Das lesões localizadas em face, 90% são encontradas no seio maxilar e apenas 10% acometem o osso mandibular⁵. Apresenta uma leve predileção por homens⁶, apesar de haver uma predominância feminina vista no Fibroma Ossificante Convencional⁷. As modalidades de tratamento variam de abordagens mais conservadoras as mais agressivas. O tratamento assim como o prognóstico é determinado de acordo com o tipo histológico, extensão da lesão e percentual de recidiva. Um índice de 30 a 58% de recidivas têm sido relatados. Transformações malignas não têm sido documentadas⁶.

Clinicamente, o Fibroma Ossificante Juvenil pode se apresentar como uma expansão indolor do osso afetado que leva à assimetria facial³. São lesões que invadem os seios paranasais, órbita ou maxila, podendo ocasionar quadros de epistaxe, obstrução nasal, exoftalmia e em raros casos envolvimento intracraniano⁴. Pode ser descoberto em radiografias de rotina ou mesmo devido à queixa do paciente de aumento de volume⁸. Ao exame físico do paciente foi observado aumento de volume endurecido em região maxilar direita, assintomático à palpação.

Radiograficamente, aparece como uma área radiolúcida uni ou multilocular bem definida que gera expansão e adelgaçamento das tábuas ósseas e em alguns casos, podem apresentar radiopacidades no seu interior⁹. No exame tomográfico do paciente, observou-se imagem circunscrita hipodensa com focos hiperdensos e presença de dentes em seu interior. Lesões agressivas podem mostrar afinamento cortical e perfuração. Uma linha de demarcação entre neoplasma e o entorno tecido ósseo saudável pode estar presente³.

O fibroma ossificante juvenil apresenta duas variantes histológicas distintas, apesar da semelhança clínica. O trabecular (FOJT) é composto por um estroma fibroso rico em células, contendo depósitos osteóides e osso trabecular desprovidos de margem osteoblástica e agregados de células gigantes. A variante psamatóide (FOJP) exibe múltiplos ossículos esféricos de formatos variados, chamados de corpos de psamoma¹⁰. A expansão do tumor é encontrada nos dois subtipos⁸. No aspecto microscópico da lesão, evidenciou-se neoplasia formada por células predominantemente fusiformes, sem atipias, com formação de numerosas estruturas mineralizadas de aspecto circular e concêntricas, levando à conclusão do diagnóstico de Fibroma Ossificante Juvenil Psamatóide.

Embora ambos os padrões revelem características radiográficas e padrões de crescimento semelhantes, a forma trabecular é diagnosticada em pacientes mais jovens. A média de idade em que é feito o diagnóstico do fibroma ossificante juvenil trabecular é de aproximadamente 11 anos, enquanto a idade dos pacientes diagnosticados com a variante psamatóide é de 22 anos¹¹. Uma característica clínica que ajuda a diferenciar o subtipo trabecular do subtipo psamatóide é o local de envolvimento. A variante psamatóide ocorre principalmente nos seios paranasais e o trabecular ocorre principalmente na maxila⁸. No

caso relatado, o local acometido pela lesão foi a maxila correspondendo à localização relatada na literatura para o subtipo psamomatóide. O padrão psamomatóide é relatado mais comumente².

Em muitas lesões benignas são consideradas excisão cirúrgica e curetagem óssea, mas os casos publicados indicam uma alta taxa de recorrência, por isso alguns autores sugerem que, nestes casos, ressecção cirúrgica com margem de segurança de 5mm é a melhor alternativa, reservando a curetagem apenas para pequenas lesões⁹. O tratamento conservador pode preservar a função do nervo alveolar inferior, a função mastigatória e o crescimento normal do osso acometido, seja mandíbula ou maxila, além da preservação da estética. Já o Fibroma Ossificante Juvenil com altas taxas de crescimento, fragilidade da cortical óssea, deslocamento dentário ou reabsorção radicular, requer uma ressecção em bloco com margens conservadoras para prevenir sua recorrência⁴. O tratamento mais conservador foi escolhido neste caso porque o paciente era jovem, o tumor é benigno, possibilita um menor grau de morbidade e a longo prazo trará mais benefícios para o paciente do que uma ressecção radical.

Grandes exposições têm sido historicamente obtidas através de uma incisão do tipo Weber-Ferguson ou uma modificação desta. As incisões de Weber-Ferguson podem ser usadas em partes ou estendidas quando necessário, com incisões e dissecações adicionais. A cicatriz externa dessa abordagem é mínima, já que ela está localizada entre as subunidades estéticas faciais¹², além de diminuir a tração dos tecidos moles, ajudando assim a reduzir o tempo cirúrgico e a reparação tecidual¹³. A abordagem cirúrgica de Weber-Ferguson é indicada para acesso a tumores maxilares que se estendem superiormente em direção ao assoalho orbital ou envolvem a órbita ou para tumores que se estendem posteriormente em direção à parede posterior do antro maxilar¹⁴. A escolha da abordagem cirúrgica pelo acesso Weber-Ferguson foi devido à localização, extensão e agressividade da lesão às características do mesmo em possibilitar adequado acesso à lesão com cicatrizes externas mínimas.

Recorrências são observadas em um período que varia de 6 meses a 19 anos, por isso um longo período de acompanhamento se faz necessário¹. Após o tempo de preservação é realizada a reconstrução com enxerto ósseo⁴ ou implantes zigomáticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fibroma ossificante juvenil demonstra ser uma patologia de crescimento lento, assintomática e com relativo poder de recidiva, que muitas vezes requerem tratamento mais agressivo. Todavia, por serem lesões que acometem em sua maioria pacientes mais jovens, é importante levar em consideração a possibilidade de realizar tratamentos mais conservadores para minimizar a morbidade após a cirurgia, preservando sensibilidade, atividade mastigatória, o crescimento normal do osso acometido e a estética facial. O tratamento mais conservador escolhido foi considerado de sucesso, efetivo, com mínimo de morbidade. Mas, devido à lesão ser considerada agressiva e por possuir alta taxa de recidivas, necessita-se de longo período de acompanhamento.

REFERÊNCIAS

1. Reddy AV, Reddy KR, Prakash AR et al. Juvenile ossifying fibroma with aneurysmal bone cyst: a case report. *J Clin Diagn Res* 2014;8:ZD01-2.
2. Keles B, Duran M, Uyar Y et al. Juvenile ossifying fibroma of the mandible: a case report. *J Oral Maxillofac Res* 2010;1:e5.
3. Maria A, Sharma Y, Malik M. Juvenile Ossifying Fibroma of Mandible: a case report. *J Maxillofac Oral Surg* 2013;12(4):447-450.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AG. *Patologia oral e maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2016.
5. Figueiredo LMG, Valente ROH, Sarmiento VA et al. Aspectos atuais no diagnóstico e tratamento do fibroma ossificante juvenil. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2012;41(2):99-102.
6. Shaik M, Babu TK, Sekhar GP et al. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla: a case report. *J Maxillofac Oral Surg* 2011:69-722015.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, p. 651- 652; 2009.
8. Peterson BR, Nelson BL. Juvenile Active Ossifying Fibroma. *Head Neck Pathol*

2015;9(3):384-6.

9. de Oliveira CNA. Epidemiologia das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Odontologia] – Faculdade de Odontologia da UFMG; 2016.
10. Ahumada RB, Muñoz RG, Muñoz MM, Soto RC, Contreras LC. Fibroma osificante juvenil trabecular mandibular: presentación de un caso con reconstrucción inmediata mediante un injerto libre de la cresta ilíaca y costochondral. *RevEsp de Cir Oral Maxilofac*, 2013; 37(1):38-43.
11. Ciccì M, Herford A S , Juodžbalys G, Ciccì D. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla: A rare aggressive case in a young patient. *J Cancer Res Ther*, 2013; 9:324-7.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, p. 651-652; 2009. Shaik M, Babu TK, Sekhar GP, Murthy VVR. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla: a case report. *J Maxillofac Oral Surg*, 2011; 69–722015.
13. Ellis III E, Zide MF. *Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, p. 128; 2006.
14. Pinto MD, Rocha FL, Cupello VB, Braz GG, Santos RG, Pires RF. A rare case report in maxillary sinus with Weber-Ferguson approach. *Oral Health Case Rep*, 2018; 4:141.