

Fibroma ossificante na mandíbula: relato de caso de patologia rara

Ossifying fibroma in the mandible: a case report of a rare pathology

Maria Cândida de Almeida Lopes ^I | Simone Souza Lobão Veras Barros ^I | Cacilda Castelo Branco Lima ^{II} |
Lorena Bastos Lima Verde Nogueira ^{II} | Moema Modesto Fonseca Rocha ^{II} | Samuel de Souza Moraes ^{III}

RESUMO

O fibroma ossificante é um tumor fibro-ósseo benigno raro da região craniofacial, diagnosticado com uma combinação de exames clínico, radiológico e histopatológico. A lesão é assintomática, na maioria dos casos, até o crescimento produzir tumefação visível e deformidade moderada. Problemas estéticos e oclusais são frequentemente as primeiras manifestações dessas lesões. Ocorrem com maior frequência na mandíbula, porém podem ocorrer em outras regiões do corpo. Têm um bom prognóstico e uma baixa recorrência. O presente trabalho relata o caso clínico de um fibroma ossificante na mandíbula, dando um enfoque nas suas características clínicas, radiográficas e histológicas, na forma de tratamento, além de revisar a literatura atual sobre o tema. A paciente procurou atendimento, queixando-se de aumento de volume na região mental. A lesão foi diagnosticada como fibroma ossificante, e o tratamento de escolha foi a realização de ressecção completa da lesão. A paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório sem intercorrências, confirmando o bom prognóstico e a baixa recorrência do fibroma ossificante na mandíbula.

Descritores: Fibroma Ossificante; Tumores Odontogênicos; Patologia Bucal; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Ossifying fibroma is a rare benign fibro-osseous tumor occurring in the craniofacial region, diagnosed with a combination of clinical, radiological, and histopathological examinations. The lesion is asymptomatic in most cases, until it grows to the point of producing a visible swelling and moderate deformity. Occlusal and aesthetic problems are often the first manifestations of this lesion. It occurs most frequently in the mandible, but can occur in other regions of the body. It has a good prognosis and a low recurrence. This study reports the case of an ossifying fibroma in the mandible, laying particular emphasis on its clinical, radiographic and histological features and forms of treatment, in addition to reviewing the current literature on the subject. The patient sought treatment complaining of swelling in the region of the chin. The injury was diagnosed as ossifying fibroma and the treatment chosen was the complete resection of the lesion. The patient is being followed up postoperatively without complications, confirming the good prognosis and low recurrence of ossifying fibroma in the mandible.

Keywords: Fibroma, Ossifying; Odontogenic Tumors; Pathology, Oral; Surgery, Oral.

^IProfessora doutora do Mestrado em Odontologia do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Departamento de Patologia e Clínica Odontológica, Universidade Federal do Piauí, UFPI, Teresina, Piauí, Brasil.

^{II}Mestranda em Odontologia do Programa de Pós-graduação em Odontologia, UFPI, Teresina, Piauí, Brasil.

^{III}Aluno de graduação em Odontologia, UFPI, Teresina, Piauí, Brasil.

INTRODUÇÃO

Menzel, em 1842, foi o primeiro, que descreveu a entidade patológica fibroma ossificante, e Montgomery, em 1927, denominou-o “fibroma ossificante”¹.

Em 1971, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o fibroma cementificante e o fibroma ossificante como duas entidades distintas. O primeiro foi classificado como uma neoplasia benigna de origem odontogênica e o segundo como uma neoplasia benigna de origem osteogênica. Em 1992, porém, quando a OMS divulgou uma nova classificação dos tumores, o fibroma ossificante e o fibroma cementificante foram considerados uma mesma entidade, classificados como neoplasia benigna de origem osteogênica, visto que o material semelhante a cimento, encontrado em algumas lesões do complexo maxilo-mandibular também, foi identificado em lesões de outros ossos do corpo. Essas observações podem ser atribuídas ao fato de que a célula responsável pela formação do tecido mineralizado dessas lesões pode ser, dependendo da localização da lesão, tanto o cementoblasto como o osteoblasto, células essas que podem ser provenientes da diferenciação de uma mesma célula precursora. Segundo essa classificação, as duas lesões são denominadas de fibroma cemento-ossificante^{2,3}.

O fibroma ossificante é um tumor fibro-ósseo benigno raro, da região craniofacial, frequentemente assintomático até que seu crescimento cause um aumento volumétrico perceptível, o que leva a problemas estéticos e oclusais. Para seu diagnóstico, devem ser avaliadas as características clínicas, radiográficas e histopatológicas⁴.

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de um fibroma ossificante na mandíbula, uma patologia rara, dando um enfoque nas suas características clínicas, radiográficas e histológicas, na forma de tratamento, além de revisar a literatura atual sobre o tema.

RELATO DE CASO

A paciente de iniciais C.P.S.S., sexo feminino, tinha 31 anos de idade quando procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Getúlio Vargas (HGV), queixando-se de aumento de volume na região mental. Foi solicitado exame radiográfico (radiografia panorâmica) (Figura 1A) no qual se pôde observar uma lesão unilocular bem demarcada, com focos radiopacos e periferia radiolúcida.

Realizou-se uma biópsia incisional (Figura 1B), na qual se retirou tecido mole e tecido ósseo da região afetada. Após o resultado histopatológico, a lesão foi diagnosticada como fibroma ossificante. Foi realizada tomografia computadorizada (Figura 1C) e, após análise do tamanho da lesão, optou-se por solicitar o protótipo total da mandíbula (Figura 1D) para a realização de um melhor planejamento cirúrgico e definição das margens da lesão.



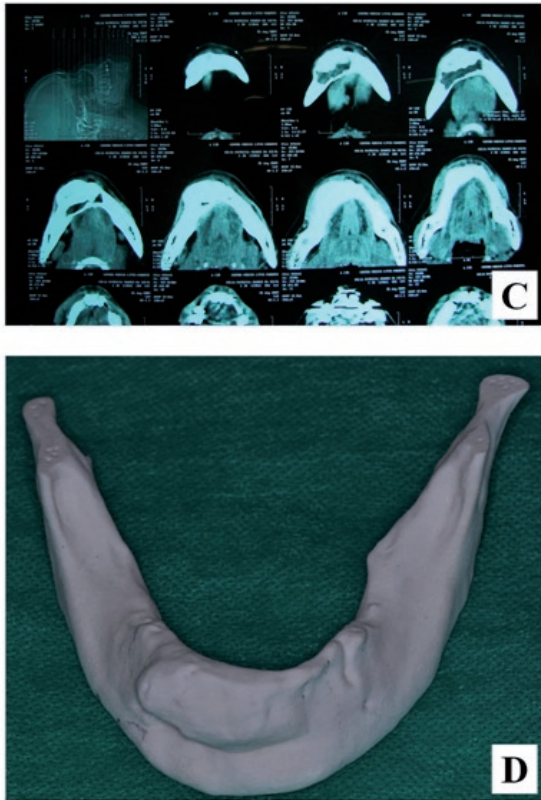


Figura 1: A – Radiografia panorâmica inicial. B – Realização da biópsia incisional. C – Tomografia computadorizada. D – Protótipo total da mandíbula.

De posse do protótipo, fez-se a adaptação do sistema de fixação interna rígida por meio da modelagem de uma placa 2.4mm (Figura 2A), instalada na paciente no momento do procedimento cirúrgico, realizado sob anestesia geral. A escolha do sistema com 2.4mm, utilizado adotado para reconstruções, justifica-se pela necessidade de aumentar a resistência da mandíbula e, assim, evitar fraturas desta após a remoção da lesão.

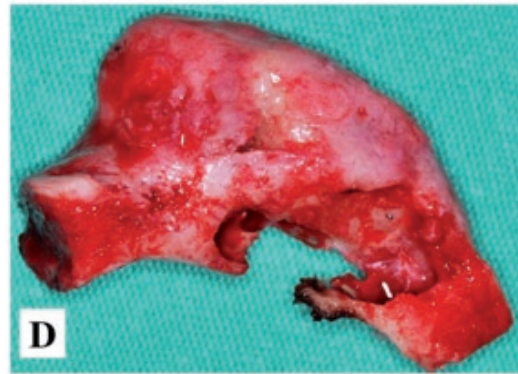
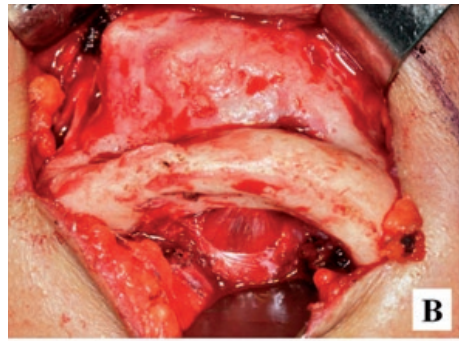


Figura 2: A – Modelagem da placa de fixação rígida de 2.4mm. B – Procedimento cirúrgico com acesso externo. C – Prova da placa de fixação em boca. D – Peça cirúrgica retirada. E – Fixação da placa. F – Sutura.

Optou-se pela remoção completa da lesão por meio de uma ressecção parcial da mandíbula, com margens de segurança, realizada por meio de acesso extraoral para melhorar abordagem do campo cirúrgico assim como para facilitar a colocação da placa (Figura 2B). A placa de reconstrução foi inicialmente posicionada na borda inferior da mandíbula (Figura 2C) previamente à retirada da lesão com o objetivo de verificar sua adaptação. Em seguida, procedeu-se à exérese da lesão (Figura 2D), fixação da placa (Figuras 2E) e sutura dos tecidos (Figura 2F).

A peça retirada foi submetida a um novo exame histopatológico, confirmando o diagnóstico de fibroma ossificante (Figura 3^a e 3B). Após um ano, realizou-se nova radiografia panorâmica para acompanhamento (Figura 3C).

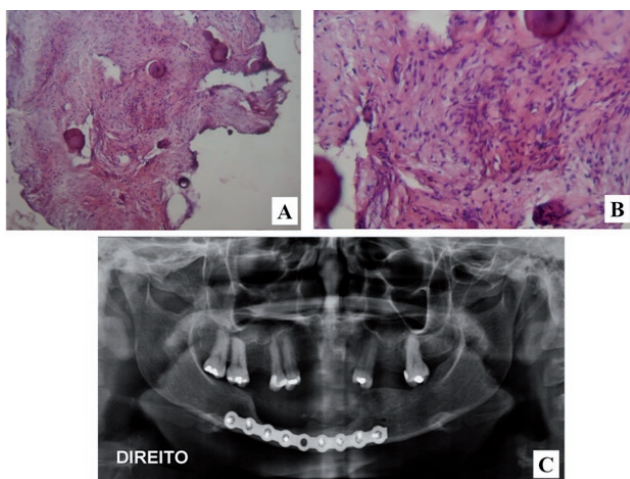


Figura 3: A – Exame histopatológico (aumento de 10x) mostrando tecido conjuntivo rico em fibroblastos, com formação de áreas calcificadas. B – Exame histopatológico (aumento de 20x), mostrando tecido conjuntivo rico em fibroblastos, com formação de áreas calcificadas. C – Radiografia panorâmica final.

A paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

DISCUSSÃO

O fibroma ossificante é uma lesão fibro-óssea benigna da região craniofacial, de ocorrência rara, clinicamente assintomática em fases iniciais, até que seu crescimento cause tumefação visível e deformidade moderada⁴.

Com etiopatogenia ainda controversa, acredita-se que a origem dessas lesões seja da membrana periodontal, que contém células blásticas capazes de formar osso, tecido fibroso e cimento. Exodontia ou trauma têm sido apontados como possíveis fatores causais⁵. Entretanto, a origem dental desses tumores foi excluída, quando essas estruturas foram demonstradas em fibromas dos ossos longos⁶.

O fibroma ossificante dos maxilares geralmente se manifesta na terceira ou quarta décadas de vida, porém existem, na literatura, relatos de pacientes mais jovens afetados. Mostra predileção pelo sexo feminino ao masculino na proporção de 5:1⁷. Embora ocorra predominantemente nos maxilares, especialmente na mandíbula (75%), pode também surgir, na base do crânio, seios paranasais e ossos temporais⁸. Nos maxilares, o tumor mostra afinidade pela região de pré-molares e molares. Apesar de raras, existem casos com ocorrência bimaxilar e de ocorrência múltipla⁹.

No caso relatado, as características de gênero, idade e localização da lesão confirmam as publicações anteriores. A queixa clínica, que foi tumefação indolor, causando moderada deformidade facial, também está de acordo com a literatura.

Radiograficamente, os fibromas ossificantes podem seguir padrões diferentes, com base na quantidade de tecido mineralizado. Apresenta-se como uma lesão unilocular bem demarcada que pode ter diferentes graus de opacificação por dentro. A lesão pode aparecer inicialmente como uma imagem osteolítica, seguida de transformação gradual em uma lesão mista, em casos excepcionais, tornando-se radiopaca⁷. Podem ser encontrados dois padrões radiológicos básicos: uma radiolus-

cência unilocular com ou sem focos radiopacos e outra radioluscência multilocular¹⁰.

Histologicamente, essas lesões são benignas, compostas de tecido conjuntivo rico em fibroblastos e altamente vascularizado que produz uma substância calcificada, que, muitas vezes, não podem ser claramente atribuída a cimento ou osso. Osteoblastos também estão presentes⁶. No presente caso clínico, constatou-se um aspecto radiográfico compatível e um exame histopatológico conclusivo de fibroma ossificante.

O manejo clínico do fibroma ossificante ainda é incerto. Pequenas lesões podem ser tratadas conservadoramente por curetagem ou enucleação, até atingir margens ósseas saudáveis. Por outro lado, lesões maiores exigem ressecção cirúrgica radical. A remoção completa da lesão mais rapidamente possível tem sido sugerida pela maioria dos autores. A ressecção cirúrgica da lesão na mandíbula é mais simples que na maxila, e isso pode ser atribuído à diferença de características ósseas entre essas regiões e o espaço disponível para a expansão em seio maxilar⁴.

Neste caso, devido à extensão da lesão e comprometimento do corpo da mandíbula, optou-se se pela realização de remoção completa da lesão por meio de uma ressecção parcial da mandíbula e colocação de placa de titânio para aumentar a resistência mandibular e, assim, evitar fraturas desta após a remoção da peça cirúrgica.

A taxa de recorrência dessas lesões em mandíbula é em torno de 6% a 28%, e, na maxila, é desconhecida, mas tende a ser maior, pois há uma maior dificuldade de remoção cirúrgica nessa região⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que, diante dessa patologia rara, o diagnóstico foi resultado da combinação de exames clínico, radiográfico e histopatológico. A

escolha e realização do tratamento foram baseadas nas evidências científicas disponíveis, levando-se em consideração o tamanho e a localização da lesão. A paciente do caso relatado encontra-se em acompanhamento pós-operatório de um ano sem intercorrências, confirmando o bom prognóstico e a baixa recorrência do fibroma ossificante na mandíbula.

REFERÊNCIAS

1. Khanna JN, Andrade NN. Giant ossifying fibroma. Case report on a bimaxillary presentation. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1992 Aug;21(4):233-5.
2. Pindborg JJ, Kramer IRH. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions. In: World Health Organization. *International histological classification of tumors.* Genève; 1971.
3. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. In: World Health Organization. *International histological classification of tumors.* Genève; 1992.
4. Gondivkar SM, Gadbail AR, Chole R, Parikh RV, Balsaraf S. Ossifying fibroma of the jaws: report of two cases and literature review. *Oral Oncol.* 2011 Sep;47(9):804-9.
5. Jacobs JB, Berg HM. Destructive cemento-ossifying fibroma of the maxilla. *Ear Nose Throat J.* 1990 Dec;69(12):805-8.
6. Brehereta R, Jeufroya C, Cassagnaub E, Malardc O. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 2011;128:317-20.
7. Martín-Granizo R, Sanchez-Cuellar A, Falahat F. Cemento-ossifying fibroma of the upper gingivae. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000 May;122(5):775.

8. Commins DJ, Tolley NS, Milford CA. Fibrous dysplasia and ossifying fibroma of the paranasal sinuses. *J Laryngol Otol.* 1998 Oct;112(10):964-8.
9. Hwang EH, Kim HW, Kim KD, Lee SR. Multiple cemento-ossifying fibroma: report of an 18-year follow-up. *Dentomaxillofac Radiol.* 2001 Jul;30(4):230-4.
10. Eversole LR, Merrell PW, Strub D. Radiographic characteristics of central ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985 May;59(5):522-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cacilda Castelo Branco Lima

Conjunto IPASE, Quadra 8, Casa B5

Monte Castelo

Teresina – Piauí/Brasil

CEP: 64017-300

Telefone: (86) 32210367 / 88113960

Email: cacildacb@hotmail.com