

Osteoma de mandíbula: relato de caso

Osteoma of the mandible: a case report

Thiago Serafim Cesa^I | Jean Carlos Della Giustina^I | Alessandra Ferreira da Silva^{II} | José Luis Dissenha^{III} |
Laurindo Moacir Sassi^{IV}

RESUMO

Osteomas são tumores de crescimento ósseo benigno, que se apresentam sob a forma periosteal ou endosteal e acometem comumente os ossos do esqueleto craniofacial, sendo raramente encontrados em outras partes do corpo. Quando presentes, frequentemente são encontrados na mandíbula, maxila, nos seios paranasais e no osso frontal. São neoplasias de crescimento lento, geralmente assintomáticas, que podem se desenvolver em osso esponjoso ou compacto. O osteoma periférico apresenta-se, geralmente, como um tumor solitário, unilateral, encontrado mais frequentemente no corpo da mandíbula. Neste artigo, é descrito um relato de caso de um osteoma periférico em uma paciente do sexo feminino, na oitava década de vida, sintomático, localizado em corpo mandibular, com 10 anos de evolução.

Descritores: Osteoma; Mandíbula; Maxila; Neoplasias ósseas.

ABSTRACT

Osteomas are benign tumors of growing bone that present in a periosteal or endosteal form and commonly affect the craniofacial skeleton bones, being rarely found in other parts of the body. When present, they are often found in the mandible, maxilla, frontal bone and paranasal sinuses. They are slow-growing neoplasms, usually asymptomatic, which can develop in compact or cancellous bone. The peripheral osteoma usually presents as a solitary unilateral tumor, most often found in the body of the mandible. This paper presents a case report of a peripheral osteoma located in the mandibular body in a symptomatic female patient in her eighth decade of life with ten years of progression.

Keywords: Osteoma; Mandible; Maxilla; Bone Neoplasms.

^ICirurgião-Dentista. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba - PR (CBMF-HEG).

^{II}Cirurgião-Dentista. Estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba - PR (CBMF-HEG).

^{III}Cirurgião-Dentista do Serviço de CBMF-HEG, Curitiba - PR. Especialista em CTBMF (Uningá).

^{IV}Chefe do Serviço de CBMF-HEG, Curitiba - PR. Doutor em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP. Coordenador da Residência, CTBMF-HEG. Coordenador da Coremu (1- Programa Multiprofissional Atenção ao Câncer; 2- Programa Saúde Odonto- Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial-HEG).

INTRODUÇÃO

O osteoma é um tumor benigno osteogênico, que pode acometer o esqueleto craniofacial, com ocorrência rara em outros ossos¹⁻³. Tal neoplasia pode surgir a partir do osso esponjoso ou compacto, recebendo a denominação de central ou endosteal e periosteal ou periférico, a depender da região de sua ocorrência¹. O osteoma periférico, de localização periférica ou superficial ao osso, é descrito como uma massa óssea, pediculada, de crescimento lento e assintomático, que, muitas vezes, pode estar associado à deformidade facial ou inchaço intrabucal^{2,4}. De uma maneira geral, os osteomas são encontrados em ambos os sexos, em pacientes de faixas etárias variáveis, com notável preferência por adultos^{3, 5, 6}. A maioria dos osteomas são encontrados na mandíbula, maxila ou nos seios paranasais, com predominância do tipo periosteal^{5, 6}. O diagnóstico do osteoma periférico é estabelecido com o auxílio de recursos radiográficos, combinados com a análise das características histológicas^{4, 7, 8}. É necessário, porém, diferenciar clinicamente a exostose (hamartoma) do osteoma, o qual, apesar de poder ser confundido com uma deformidade tecidual de desenvolvimento, é uma neoplasia verdadeira¹. A natureza assintomática e o crescimento lento da lesão permitem uma atitude conservadora frente a esse tumor, estabelecendo, para esses casos, um acompanhamento clínico e radiográfico regular do paciente⁵. Pacientes com sintomatologia ou aumento de volume podem ter o seu tratamento cirúrgico indicado tanto pela dor quanto pela dificuldade de mastigação ou por razões estéticas^{1, 9}. A recorrência desse tipo de lesão é rara, e a associação dos osteomas com a Síndrome de Gardner ou traumas anteriores deve ser investigada⁷. O presente artigo trata de um caso clínico de um grande osteoma periférico de mandíbula.

RELATO DE CASO

Paciente D.A.D.S, sexo feminino, 77 anos procurou o Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Erasto Gaertner (HEG), relatando aparecimento de um tumor na boca, assintomático, com 10 anos de evolução, o qual causava dificuldade de deglutição e disfonia. Ao exame clínico, observou-se uma massa tumoral pediculada de superfície lisa, de coloração rósea, semelhante à mucosa, dura à palpação, com aproximadamente 5 cm em seu maior diâmetro, em região de rebordo mandibular esquerdo (Figura 1). O exame de tomografia computadorizada demonstrou uma lesão óssea expansiva, densamente calcificada, que emerge da região lingual de corpo de mandíbula em direção à cavidade oral (Figura 2). Após a realização da biópsia em nível ambulatorial, foram solicitados os exames pré-operatórios e programado ressecção cirúrgica em centro cirúrgico. O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, sendo realizada uma incisão em rebordo alveolar inferior, em corpo de mandíbula esquerdo, anterior à localização do tumor. Após o descolamento do retalho, observou-se a presença de um osso cortico-esponjoso. Para facilitar a remoção do tumor, optou-se pela secção do bloco ósseo em vários segmentos (Figura 3). Após a ressecção total da lesão, optou-se por uma plastia óssea, assim como a exodontia dos elementos dentários, pela condição precária apresentada. A mucosa foi suturada com fio vicryl 3.0 (Figura 4). Após 1 ano de pós-operatório, o paciente encontra-se em acompanhamento mediante avaliação clínica e radiográfica, por meio da qual se observou excelente consolidação óssea, não apresentando sinais de recidiva.



Figura 1: Paciente com extenso tumor ósseo de corpo de mandíbula esquerdo.

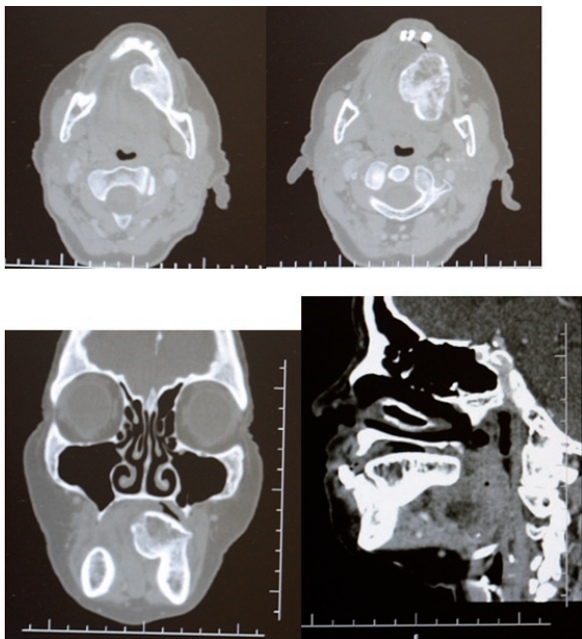


Figura 2: Cortes de tomografia computadorizada, demonstrando uma lesão óssea, emergindo da região lingual do corpo de mandíbula esquerdo.

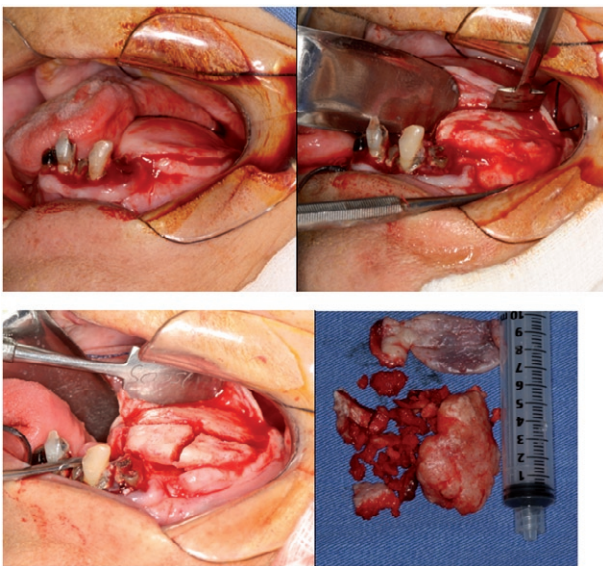


Figura 3: Sequência do procedimento cirúrgico. Nota: realizado osteotomia com broca nº703 para facilitar a ressecção da massa óssea.

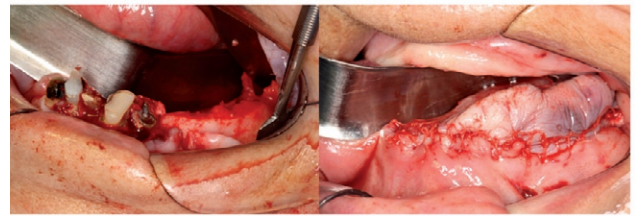


Figura 4: Regularização do rebordo alveolar inferior e sutura para fechamento primário de mucosa.

DISCUSSÃO

Osteoma é uma neoplasia benigna incomum de tecido ósseo, de crescimento lento e contínuo^{10, 11}, que ocorre comumente nos ossos craniofaciais^{2, 12}. É caracterizado pela proliferação de osso compacto e/ou esponjoso^{2, 6}, o que permite classificá-lo em dois grupos: osteoma periosteal, que surge superficialmente ao osso e osteoma endosteal, localizado no osso medular¹. A etiologia da doença não está clara. Baena et al. (2011) explicam que, no caso do osteoma periférico, ele não pode ser considerado uma anomalia de crescimento, pois a lesão é observada, principalmente, em pacientes que não estão mais em seu período de desenvolvimento; mas sim, que poderia ter uma natureza reativa em casos de trauma confirmado¹³. Pacientes com histórico de trauma que resultou no desenvolvimento de osteoma periférico com crescimento lento e constante são relatados nos trabalhos de Cutilli e Quinn (1992), Bjornland et al. (2009) e Baena et al. (2011), respectivamente com 7, 11 e 15 anos de crescimento gradual^{9, 11, 13}. O osteoma periosteal ou periférico, relatado no nosso caso clínico, é geralmente uma lesão unilateral e pediculada, que pode evoluir por meio de expansão lenta, causando assimetria facial, com provável prejuízo funcional e estético para o paciente¹⁴. Os sinais e sintomas frequentemente descritos são assimetria facial^{2, 3, 5, 6, 9, 10, 13-16} e inchaço^{1, 2, 4, 9, 10-15} no local, devido à presença da lesão, sendo a ausência de sintomatologia dolorosa um relato comum^{5, 6}. Quando grandes lesões são encontradas, pode haver pre-

juízo na estética e função, como a dificuldade de deglutição^{12,14}; o que está de acordo com o relato de caso, no qual a dificuldade de falar e a disfagia constituem parte do quadro clínico. Em nossa paciente, também foi observado um nódulo (com aproximadamente 5 cm de extensão, em seu maior diâmetro), de consistência endurecida e indolor à palpação, com superfície lisa, de cor semelhante à mucosa normal e base pediculada. Características consistentes com a maioria das manifestações clínicas correspondentes ao osteoma periosteal, que geralmente se apresenta como uma massa nodular ou tumoral, fixa e de consistência rígida, frequentemente pedunculada^{2, 16}. É importante investigar a associação do aparecimento do osteoma com a evidência de pólipos intestinais, o que seria consistente com a síndrome de Gardner^{9,14,16}. Tal síndrome pode ter o seu diagnóstico confirmado em pacientes submetidos ao exame de colonoscopia⁶ positivo para a presença de pólipos, associado à verificação de anomalias dentárias e de osteomas na região oral e maxilofacial, além de histórico familiar, confirmando a existência da síndrome¹⁷. A identificação precoce do quadro clínico dessa condição é muito importante, haja vista o alto risco de transformação maligna dos pólipos intestinais, os quais aparecem, todavia, vários anos após o surgimento das manifestações orais mediante osteomas¹⁷. O diagnóstico diferencial para esse tipo de tumor são, principalmente, as exostoses^{4, 15} e o osteoblastoma⁴, sendo o diagnóstico definitivo baseado nos achados clínicos, radiográficos e anatomopatológico^{4,7,8}. Radiografias convencionais são necessárias assim como exames por tomografia computadorizada são valiosos instrumentos para uma avaliação pré-operatória e um diagnóstico mais preciso^{11, 13}, pois osteomas costumam ter a mesma densidade óssea do osso normal¹¹. No entanto, a radiografia panorâmica da paciente atendida em nosso serviço apresentava uma imagem radiolúcida com focos radiopacos (mista), localizada na região posterior

esquerda da mandíbula e sem limites definidos, sugerindo uma impressão distinta das características radiográficas mais comuns nesse tipo de patologia que seria de uma massa densa e radiopaca, bem definida e bem circunscrita^{8,9,14,16}. A localização mais comum dos osteomas é a mandíbula^{3, 5-7}, a maxila⁵⁻⁷ e os seios paranasais^{5,6} podendo ocorrer, todavia, no osso frontal como localização preferencial, de acordo com pesquisa realizada por Sayan et al. (2002), na qual foram analisados 35 casos de osteomas⁷. O tipo predominante é o osteoma periférico^{3, 5-7}, sendo a localização preferencial do osteoma periosteal a superfície lingual e borda inferior do corpo da mandíbula². Kaplan et al., em estudo de 10 casos de osteoma periférico, afirmam ter sido nove o número de pacientes nos quais a lesão se encontrava localizada na borda inferior da mandíbula, porém da face vestibular, tendo apenas um caso evidente no aspecto lingual⁸. Casos de osteoma periférico têm sido relatados na literatura, demonstrando o seu crescimento lento ao longo de anos^{9,11,13,14}. Kerckhaert et al. (2005) abordam um caso em que o crescimento da lesão ocorreu durante um longo período de 40 anos¹⁴. Os osteomas, de uma maneira geral, são diagnosticados em diferentes idades^{3, 5-7}, com maior prevalência, a partir dos 30 anos de idade^{5, 7}, não havendo predileção por sexo^{3, 5, 6}. A maioria dos osteomas periféricos são diagnosticados após a idade de 25 anos, sendo que a duração das lesões varia de 1 a 22 anos de desenvolvimento⁸. A paciente do caso clínico estava com 77 anos de idade no momento do diagnóstico e apresentou uma lesão com 10 anos de desenvolvimento na face lingual do rebordo inferior esquerdo da mandíbula. O padrão histológico do tumor é descrito, principalmente, por sua composição de osso compacto^{2, 10, 13, 15,16}, com secções do espécime (massa óssea), podendo conter um trabeculado irregular¹², liso¹⁶, lobulado^{10,16} e branco¹⁰ e, até mesmo, uma fina camada de tecido fibroso cobrindo esse tecido ósseo¹¹. Em

nossa amostra, foi possível observar, macroscopicamente, múltiplos fragmentos ósseos, espiculados, com segmento de tecido irregular, elástico, liso, de cor castanha e opaco, medindo aproximadamente 3,5 x 2,4, x 0,4 cm. Quanto ao tratamento, pode-se optar pelo invasivo por meio de excisão cirúrgica^{9,12,15}, nos casos em que a assimetria ou alguma sintomatologia se faz presente^{1,5,13}. Ou seja, por razões estéticas ou para alívio da pressão sobre estruturas vizinhas, causado pelo crescimento lesional e que podem estar resultando em dor, prejuízo ou perda de função¹. Pacientes que tiveram osteomas removidos cirurgicamente devem ter um acompanhamento clínico e radiográfico cuidadoso, devendo ele ser mantido nas lesões assintomáticas para as quais um tratamento mais conservador foi o escolhido⁵. Nenhuma transformação maligna tem sido relatada¹⁴, sendo as recidivas não comuns nesse tipo de tumor^{2,7,8,9,12}. Em nossa paciente, o tratamento de escolha foi a ressecção cirúrgica da lesão devido à queixa de sintomas, como a dificuldade de falar e deglutir. A paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de um ano, sem sinais clínicos ou radiográficos de recidiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O osteoma periférico pode ser confundido, clinicamente, com exostoses (hamartomas), tendo o seu diagnóstico sido comprovado por meio da análise dos exames radiográficos bem como do resultado histológico da lesão biopsiada. O tratamento da lesão sintomática ou associada à assimetria facial acontece por meio de excisão cirúrgica simples, com posterior acompanhamento do paciente. A recidiva pode ocorrer, mas é raro. Nesse relato, foi apresentado um caso de um grande osteoma periférico em mandíbula, sintomático, com tempo de evolução de dez anos, cujo tratamento foi a ressecção da lesão. O paciente está em acompanhamento há um ano, sem sinais clínicos e radiográficos de recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Green AE, Bowerman JE. An osteoma of the mandible. *Br J Oral Surg.* 1974 Nov;12(2):225-8.
2. Bulut E, Acikgoz A, Ozan B, Gunhan O. Large peripheral osteoma of the mandible: a case report. *Int J Dent.* 2010;2010:834761.
3. Nah KS. Osteomas of the craniofacial region. *Imaging Sci Dent.* 2011 Sep;41(3):107-13.
4. Shakya H. Peripheral osteoma of the mandible. *J Clin Imaging Sci.* 2011;1:56.
5. Boffano P, Roccia F, Campisi P, Gallesio C. Review of 43 osteomas of the craniomaxillofacial region. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012 May;70(5):1093-5.
6. Larrea-Oyarbide N, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Osteomas of the craniofacial region. Review of 106 cases. *J Oral Pathol Med.* 2008 Jan;37(1):38-42..
7. Sayan NB, Uçok C, Karasu HA, Günhan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Nov;60(11):1299-301.
8. 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 May;52(5):467-70.
9. Cutilli BJ, Quinn PD. Traumatically induced peripheral osteoma. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992 Jun;73(6):667-9.
10. Kashima K, Rahman OI, Sakoda S, Shiba R. Unusual peripheral osteoma of the mandible: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000 Aug;58(8):911-3.
11. Bjornland T, Berstad JR, Store G. Peripheral osteoma of the mandible mimicking an ectopic condyle: a case report. *Oral Surgery.* 2009; 2(4): 178-81.

12. Ogbureke KU, Nashed MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible: a case report and review of the literature. *Pathol Res Pract.* 2007;203(3):185-8.
13. Rodriguez Y Baena R, Rizzo S, Fiandrino G, Lupi S, Galioto S. Mandibular traumatic peripheral osteoma: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011 Dec;112(6):e44-8.
14. Kerckhaert A, Wolvius E, van der Wal K, Oosterhuis JW. A giant osteoma of the mandible: case report. *J Craniomaxillofac Surg.* 2005 Aug;33(4):282-5.
15. Terra ER, Ramos FMM, Gomes PP, Passeri LA, Bóscolo FN. Peripheral osteoma of the mandible: clinical case. *Braz J Oral Sci.* 2005 Apr/June;4(13):753-6.
16. Youmans 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 May;25(5):785-91.
17. Cankaya AB, Erdem MA, Isler SC, Cifter M, Olgac V, Kasapoglu C, Oral CK. Oral and maxillofacial considerations in Gardner's Syndrome. *Int J Med Sci.* 2012;9(2):137-41.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Laurindo Moacir Sassi

Hospital Erasto Gaertner

Rua Doutor Ovande do Amaral, 201

Jardim das Américas

Curitiba - PR/Brasil

81520-060

(+55) 41 3361-5000

E-mail: sassilm@onda.com.br