

Correção estética em paciente portador de exostose frontal: relato de caso

Aesthetic correction in patients with frontal exostose: case report

RESUMO

Introdução: Exostoses são protuberâncias ósseas benignas e calcificadas, geralmente surgindo na região cortical dos ossos, cuja etiologia ainda não é bem definida. Clinicamente, são lesões fixas, indolores que apresentam crescimento lento. Em geral, nenhum tratamento para exostose frontal é sugerido, à exceção de acometimento funcional, estético, com repercussão social do paciente, em função da fisionomia desarmoniosa. Nesses casos, é indicada a exérese da lesão.

Objetivo: Relatar um caso clínico de exostose em região frontal.

Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 30 anos, com queixa estética em terço superior da face. Ao exame físico, foi constatado um crescimento ósseo assintomático, em região frontal. Na tomografia computadorizada, ficou evidente aumento da espessura da tábua óssea externa do osso frontal. Foram realizadas osteotomias e osteoplastias da região. Estudo **histopatológico** dos fragmentos removidos confirmou a hipótese diagnóstica de exostose do osso frontal.

Resultados: A paciente teve uma evolução satisfatória, e no 30º dia foi detectada a correção da assimetria facial. O acompanhamento segue há 6 meses, sem sinal de recidiva. **Conclusão:** Exostose do osso frontal, muitas vezes, não requer tratamento cirúrgico, porém pode causar agravos estéticos e comprometimento emocional. Sendo assim, normalmente recomenda-se a correção da assimetria presente e melhores resultados estéticos.

Palavras-Chave: Exostose; Cirurgia estética; Assimetria facial.

Rafael Ferraz Novaes Gomes da Silva
Acadêmico de Odontologia na
Universidade Federal de Pernambuco

Carolina Melcop de Castro Tenório Maranhão
Acadêmico de Odontologia na
Universidade Federal de Pernambuco

Pedro Henrique de Souza Lopes
Especialista em CTBMF, Mestrando em
Ciência da Saúde pela UNIVASF

Ricardo José de Holanda Vasconcellos
Especialista, doutor em CTBMF. Professor
adjunto de cirurgia - FOP/UPE

Emerson Filipe de Carvalho Nogueira
Especialista, doutorando em CTBMF pela
FOP/UPE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rafael Ferraz Novaes Gomes da Silva
Universidade de Pernambuco, Av.
General Newton Cavalcanti, 1650,
Camaragibe, Pernambuco, Brasil -
54753-220
Tel: +55-81-995458234
Fax: +55-81-34582867
E-mail: rafa.nutri.ferraz@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Exostosis are benign and calcified bony protuberances, usually arising in the cortical region of bones, whose etiology is not well defined. Clinically, these lesions are fixed, painless and slow growing. In general, no treatment for frontal exostosis is suggested, except for functional, aesthetic involvement, with social repercussion of the patient, due to the disharmonious physiognomy. In such cases, surgical excision is indicated.

Objective: Report a clinical case of exostosis in frontal region. **Case report:** Womenkid patient, 30 years old, with aesthetic complaint in the upper third of the face. Upon physical examination, asymptomatic bone growth was observed in the frontal region. Computed tomography revealed an increase in the thickness of the external bone of the frontal bone. Performing osteotomies and osteoplasties of the region. A histopathological study of the fragments removed confirmed the diagnostic hypothesis of frontal bone exostosis.

Results: The patient had a satisfactory evolution and on the 30th day the facial asymmetry correction was detected. Follow-up has been ongoing for 6 months, with no sign of relapse. **Conclusion:** Exostosis of the frontal bone often does not require surgical treatment, however it can cause aesthetic

damage and emotional impairment. Therefore, it is usually recommended to correct the asymmetry present and better aesthetic results. **Keywords:** Exostosis; Aesthetic surgery; Facial asymmetry.

INTRODUÇÃO

Exostoses são protuberâncias ósseas benignas e calcificadas, geralmente surgindo na região cortical dos ossos, cuja etiologia ainda não é bem definida^{1,2}. Porém, alguns autores as correlacionam com fatores genéticos, traumas locais e doenças sistêmicas, como síndrome de Gardner e querubismo³.

Clinicamente se apresentam como lesões sésseis, fixas, de fácil detecção, assintomáticas, indolores e de crescimento lento, podendo ser encontradas em várias regiões do corpo^{2, 4}. Na região da cabeça e pescoço, é comum o desenvolvimento na cavidade oral, e normalmente o tratamento não apresenta grandes dificuldades. Em outras áreas, como no terço superior da face, a exostose possui ocorrência incomum, e seu tratamento apresenta maior grau de dificuldade.

Em geral, nenhum tratamento para exostose frontal é sugerido, à exceção de acometimento funcional, estético, socialização do paciente, em função da fisionomia desarmoniosa e do preconceito social⁵. Nesses casos, é indicada a exérese da lesão por meio da via de acesso mais segura, mais estética possível e que ofereça a visibilidade necessária para que a assimetria seja corrigida da melhor forma^{3,2}.

O presente artigo tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente portadora de exostose em região frontal, proveniente de trauma facial, repercutindo negativamente na estética do terço superior da face a qual foi tratada através da osteoplastia pelo acesso hemicoronal.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial com queixa estética em região do terço superior da face. Referiu trauma há aproximadamente 15 anos, evoluindo com crescimento ósseo no local. Ao exame físico, observou-se aumento de volume assintomático, sésil, endurecido, fixo, em região frontal do lado direito (Figura 1A). No corte axial da tomografia

computadorizada, observou-se aumento da espessura na cortical externa do osso frontal, sem sinais de alteração na densidade óssea (Figura 1B).



Figura 1 - A) Aspecto clínico pré-operatório, demonstrando projeção frontal direita aumentada e aspecto clínico pós-operatório, demonstrando simetria do terço superior da face, com melhora da estética local. B) Tomografia computadorizada em corte axial, exibindo espessamento da cortical externa do osso frontal do lado direito.

Para correção do defeito, a paciente foi submetida à anestesia geral, sob intubação orotraqueal, e optou-se pelo acesso hemicoronal ipsilateral. Após exposição da lesão (Figura 2A), foi realizada a osteotomia com cinzel cirúrgico e osteoplastia com o uso de broca de desgaste **Maxicute** (Figura 2B). Durante todo o procedimento cirúrgico, o retalho foi reposicionado com frequência, para observação da correção da assimetria, tendo como referência o lado contralateral **sem alteração**. Em seguida, realizou-se irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% no local, colocação de dreno a vácuo (Biovac® 3.2), sutura com vycril® 3-0 em pericrânio e musculatura e fio nylon® 3-0 em pele. Os fragmentos removidos foram enviados para estudo histopatológico, o qual confirmou a hipótese diagnóstica de exostose do osso frontal. O material analisado apresenta rico tecido ósseo corticalizado, com diminuta presença de tecido ósseo medular e lipídico.

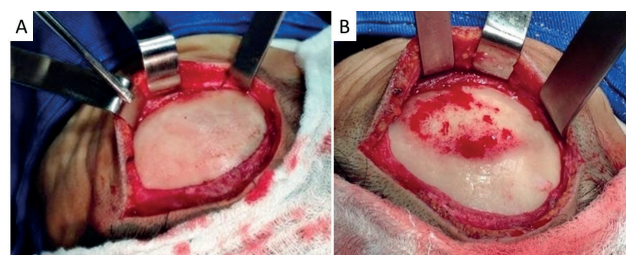


Figura 2 - Acesso hemicoronal para exposição da deformidade óssea. B) Sítio cirúrgico após osteotomia e osteoplastia do osso frontal.

A paciente evoluiu bem tendo o dreno cirúrgico sido removido após 24 horas. Como não houve infecção ou deiscência da ferida, a sutura foi

retirada após 10 dias. No 30º dia de pós-operatório, ficou evidente a correção da assimetria facial e consequente resolução da queixa da paciente. A paciente segue em acompanhamento há 6 meses, sem sinais de recidiva (Figura 3).



Figura 3 - Aspecto clínico pós-operatório demonstrando simetria do terço superior da face, com melhora da estética local.

DISCUSSÃO

As exostoses são protuberâncias ósseas benignas, que normalmente são observadas em fêmur distal, tibia proximal, fibula e úmero, ossos, que possuem seu desenvolvimento a partir de uma cartilagem, sendo raro em ossos planos, como no osso frontal⁵. Apesar de rara, quando acomete o osso frontal, a exostose geralmente causa alterações estéticas, que podem repercutir em queixas importantes para os pacientes acometidos. Nos ossos faciais, a manifestação mais frequente acomete o palato e a mandíbula, sendo alterações classificadas em torus palatino e torus mandibular, respectivamente². Torus palatino é uma massa nodular sólida, geralmente encontrada na linha média do palato duro². Torus mandibular é definido como crescimento ósseo mais comumente visto na face lingual da mandíbula, nas regiões de caninos e pré-molares². No presente trabalho, as mudanças estéticas e a baixa autoestima foram os principais motivos que levaram a paciente a buscar o tratamento.

Estudos mostram que o desenvolvimento da exostose pode estar relacionado a fatores genéticos e com traumas ósseos^{5, 6, 7}. Comumente, essas lesões crescem e ossificam gradualmente durante o crescimento esquelético e param de crescer com a maturidade esquelética, apresentando, dessa forma, um lento desenvolvimento, porém com evolução variável⁴. O referido relato corrobora esses autores, pois, no caso apresentado, a paciente relata trauma prévio em região frontal, e a evolução da lesão tendo

ocorrido num período de 15 anos. Como nenhum outro sinal ou sintoma foi observado, descartou-se a possibilidade de a paciente ser portadora de alguma síndrome.

O diagnóstico de exostose frontal não deverá ser apenas realizado por exame radiográfico, precisa ser complementado com tomografia computadorizada para que se possa ter uma imagem tridimensional adequada e facilitar o planejamento⁵. No presente relato, observou-se, no corte axial da tomografia computadorizada, aumento da espessura na cortical externa do lado direito do osso frontal, sem sinais de alteração na densidade óssea, sugerindo o diagnóstico da exostose. Além da avaliação por imagem, após a exérese, é importante que amostras sejam encaminhadas para análise histopatológica, a fim de confirmar o diagnóstico definitivo e o diagnóstico diferencial de outras lesões, como o osteoma.

O corte histopatológico de exostose apresenta tecido ósseo ricamente corticalizado, na periferia, de textura cartilaginosa, com pouco de conteúdo medular e lipídico em seu interior. A periferia é constituída por cartilagem hialina em nódulos de proliferação condrocítica típica^{3, 8}. Ocasionalmente, há acompanhamento de osso trabecular na porção mais interna da lesão⁹.

A exérese da exostose frontal poderá ser realizada por diferentes vias de acesso, como coronal, hemicoronal, “asa de gaivota”, “céu aberto” e “borboleta”¹⁰. A escolha da via de acesso vai depender da localização e extensão da lesão, visando prover máxima exposição da lesão, garantir mínimo dano as estruturas faciais e ao mesmo tempo causar menor dano estético referente à cicatrização. O acesso coronal expõe amplamente o crânio, permitindo acesso ao terço superior e médio do esqueleto craniofacial¹⁰. Além desses fatores, a vantagem estética de a cicatriz ser escondida pelos fios de cabelo do paciente faz com que esse tipo de acesso seja amplamente utilizado por diversas especialidades. No presente caso, optou-se pelo acesso hemicoronal, por preencher todos esses requisitos.

Os casos, observados em diversos estudos envolvendo a exérese da lesão, possuem resultados satisfatórios apresentando repercussões favoráveis esteticamente, sem complicações durante o procedimento e bom prognóstico devido, principalmente à recidiva incomum da exostose³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exostose do osso frontal muitas vezes não requer tratamento cirúrgico, embora possa causar agravos estéticos e comprometimento do equilíbrio emocional. Sendo assim, normalmente recomenda-se a correção da assimetria presente, de preferência por uma via de acesso que promova boa visualização da lesão e melhores resultados estéticos.

REFERÊNCIAS

1. Celestino MLS, Orlando PR, Ferreira BM, Leon JE, Mesquita ATM. Exostose Óssea Gigante Em Maxila: Relato De Caso Incomum. XXI Jornada Mineira de Estomatologia (JOME). 2014 Ago 20-22; MG. Belo Horizonte: UNINCOR; 2014.
2. Medsing SV. Buccal exostosis: a rare entity. *J Int. Oral Health*. 7(5):62-4,2015.
3. Marcolino PRB, Silva PA. Exostose frontal: uma opção de tratamento. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, 2012 Jul; 12(3): 32-27.
4. Bracaglia R, Fortunato R, Marando A, Faralho, E. Frontal exostose resection duringan endoscopic subperiosteal lifting: Case report. *Aesthetic Plastic Surg*. 1997 Mar-Apr;21(2):122-4.
5. Mazza D. Chest Pain Caused by Multiple Exostoses of the Ribs: A Case Report and a Review of Literature. *World J Orthop*. 2017 May; 8 (5): 440-436.
6. Bernaba JM. Morphology and incidence of torus palatinus and mandibularis in Brazilian Indians. *J Dent Res*. 1977 May;56(5):499-501.
7. Tubbs RS, Smyth MD, Wellons IIIJC, Blount JP, Oakes WJ. Human Horns: A Historical Review and Clinical Correlation. *Neurosurgery*. 2003 Jun;52(6):1443-7; discussion 1447-8.
8. Facure JJ, Facure NOF, Castro LF. Exostose múltipla hereditária com compressão medular. *Arq. Neuro-psiquiat*. 1975 Jun; 33(2): 155-152
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª edition. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009
10. Fiamoncini ES, Capelari MM, Marzola C. Acessos cirúrgicos para fraturas da parede anterior do seio frontal – Revista da literatura e Relato de cinco casos. *Rev. Odont*. 2015 Ago; 15 (10): 545-496.