

Relato de Caso

FIBROMA CEMENTO-OSSIFICANTE CENTRAL EM MAXILA

MAXILLAR CENTRAL CEMENTO-OSSIFYING FIBROMA

Suelen Serina Gonçalves de Oliveira¹, Alberto Ferreira Da Silva Júnior², Cláudio Maranhão Pereira³

1. Cirurgião-dentista, Goiânia-GO, Brasil.

2. Mestre em Cirurgia Buco-Maxilo Facial, Professor Adjunto de Cirurgia da Universidade Paulista, Goiânia-GO, Brasil.

3. Doutor em Estomatopatologia – FOP/UNICAMP, Professor Titular de Estomatologia da Universidade Paulista, Goiânia-GO, Brasil, Professor de Patologia Oral, Estomatologia e Farmacologia do curso de Odontologia – ICESP/Brasília.

Resumo

Objetivo: O Fibroma Cimento-Ossificante Central é um tipo de lesão fibro-óssea benigna onde o tecido ósseo normal é substituído por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e fibras colágenas, com deposição de material mineralizado que se assemelha a osso, cimento ou ambos, podendo variar em quantidade e em morfologia. Os fatores desencadeantes podem ser por um estímulo traumático, como a realização prévia de uma exodontia e periodontite, ou estar ligada a uma perturbação na maturação óssea de origem congênita. Tem maior prevalência pelo sexo feminino, da raça negra e ocorre, geralmente, na faixa etária de 30-40 anos. É localizado mais frequentemente em maxila e mandíbula, porém as regiões de pré-molares e molares da mandíbula são as mais acometidas. Normalmente é uma lesão assintomática e delimitada, mas pode atingir grandes proporções gerando dor, inchaço e parestesia. O tratamento consiste na excisão cirúrgica total da lesão. O prognóstico é favorável e sua recidiva pouco comum. A displasia fibrosa é o principal diagnóstico diferencial do Fibroma Cimento-Ossificante Central devido às suas semelhanças clínicas, radiológicas e histológicas. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de um Fibroma Cimento-Ossificante Central em paciente de 38 anos, gênero feminino, com evolução de 13 a 14 meses, bem delimitada, com sintomatologia dolorosa e assimetria facial.

Descritores: Fibroma cimento-ossificante central; Displasia fibrosa; Lesão fibro-óssea benigna.

Abstract

Objective: The Central Cement-ossifying fibroma is a type of benign fibro-osseous lesion which normal bone tissue is replaced by connective tissue associate with the fibroblasts, collagen fibers and deposits of calcified tissue, those resembles bone, cementum or both, which may vary in quantity and morphology. The traumatic injury during the execution of an extraction and periodontitis therapy as well as the a disturbance in the connective tissue maturation can be considered as predisposing factors. It has higher prevalence for females, the black race and usually occurs between the ages of 30-40 years. It is located more frequently in the maxilla and mandible, however, the regions of the premolars and molars of the mandible are the most affected. It is usually asymptomatic and present defined limits, however it can reach can be very larger so causing pain, swelling and paresthesia. Treatment consists of surgical removal of the lesion. The prognosis is favorable and its unusual recurrence. Fibrous dysplasia is the main differential diagnosis of Central Cement-ossifying fibroma due to their clinical, radiological and histological similarities. This paper aims to report a clinical case of Central Cement-ossifying Fibroma in a 38-year-old female patient, with a 13 to 14 month evolution, well delimited, with painful symptomatology and facial asymmetry.

Key words: Cement-ossifying fibroma central; Fibrous dysplasia; Benign fibro-osseous lesion.

Contato: Claudio Maranhão Pereira, e-mail: claudiomaranhao@hotmail.com

Enviado: março de 2018

Revisado: março de 2018

Aceito: Maio de 2018

Introdução

Lesões fibro-ósseas benignas (LFOBs) correspondem a um grupo de lesões dos ossos gnáticos que em comum apresentam substituição do tecido ósseo normal por tecido conjuntivo fibroso, contendo quantidade variável de substância mineralizada de aparência óssea, cementóide ou ambos^{1, 2}. Estão envolvidos neste grupo de lesões a displasia fibrosa, o fibromacramento-ossificante central e um grupo heterogêneo de lesões reativas, as displasias ósseas^{3, 4, 5}.

Em 1842, Menzel descreveu pela primeira vez o fibroma ossificante como uma lesão fibro-óssea benigna dos maxilares. Porém Montgomery em 1927 quem determinou esta nomenclatura de "fibroma ossificante central". Subsequentemente, com a introdução do termo "displasia fibrosa" por Lichtenstein em 1938, foi sugerido que as lesões no complexo maxilo-mandibular previamente denominadas fibro-osteoma ou fibroma ossificante deveriam ser chamadas de displasias fibrosas. Todavia este conceito não se solidificou e as duas lesões têm sido consideradas como entidades clínicas distintas⁶.

Waldron¹ em 1993, reclassificou as LFOBs, baseando-se nos achados clínicos e radiográficos, descrevendo-as em: displasia fibrosa, lesões reativas presumivelmente originárias do ligamento periodontal e neoplasias fibro-ósseas benignas. Kramer⁷ et al em 1992, determinou os termos fibroma ossificante, fibroma cementificante e fibroma cimento-ossificante, sendo este último o mais adequado devido a dificuldade de diferenciar histologicamente o osso do cimento.

O Fibroma Cimento-Ossificante (FCO) é classificado conforme sua localização em central ou periférico, intra ou extra-ósseos respectivamente⁸. O FCO Central apesar de ser incomum, é a lesão fibro-óssea mais frequente, correspondendo a uma neoplasia benigna de crescimento lento⁹.

É normalmente assintomática, bem delimitada, expansiva e é encontrada geralmente na maxila e mandíbula. Entretanto, pode atingir grandes proporções acarretando dor, inchaço e parestesia. As lesões que tem comportamento agressivo, apresentam esférulas calcificadas maiores distribuídas uniformemente em estroma fibroso mais celular e bem vascularizado^{10, 11}.

Pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém é mais comum em adultos jovens, na 2ª e 3ª décadas. Acomete mais mulheres, apesar de alguns autores afirmarem que não exista escolha por sexo. As regiões de pré-molar e molar da mandíbula são as mais afetadas, sendo a região anterior da mandíbula pouco frequente¹².

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de um Fibroma Cimento-Ossificante Central em paciente de 38 anos, gênero feminino, com evolução de 13 a 14 meses, bem delimitada, com sintomatologia dolorosa e assimetria facial.

Relato de caso

Paciente de 38 anos, gênero feminino, feoderma, procurou a clínica de Estomatologia queixando-se de aumento de volume na região posterior de maxila, associado a dor e parestesia há cerca de 13 meses. Segundo a paciente a lesão era assintomática, entretanto, com o passar do tempo, a mesma aumentou de volume e passou a ser sintomática. Durante a anamnese a paciente não relatou informações que contribuíssem com a história médica pregressa e familiar. Ao exame clínico extrabucal foi possível constatar assimetria facial com aumento de volume do lado direito (Figura 1).



Figura 1. Face da paciente. Nota-se assimetria facial em região de zigomático direito.

Ao exame intrabucal, detectou-se uma lesão nodular, firme a palpação, com contorno regular, arredondada, coloração rósea, medindo cerca de 6 cm X 5 cm em seu maior diâmetro, localizada em gengiva vestibular da maxila direita estendendo-se de canino a primeiro molar envolvendo parcialmente o palato duro. Também foi possível observar apagamento de sulco vestibular e abaulamento de região palatina direita (Figura 2).



Figura 2. Aspecto intrabucal. Nota-se apagamento de sulco vestibular e abaulamento em palato duro.

Na radiografia panorâmica observou-se imagem radiopaca em maxila direita, com limites definidos, associada aos dentes 13, 14, 15 e 16 (Figura 3). Foi realizado teste de vitalidade e os mesmos apresentavam-se vitais.



Figura 3. Aspecto radiográfico. Nota-se lesão radiopaca em maxila direita.

Com hipótese diagnósticas de FCO Central e Displasia Fibrosa foi optado pela realização de uma biópsia incisional (figura 4).

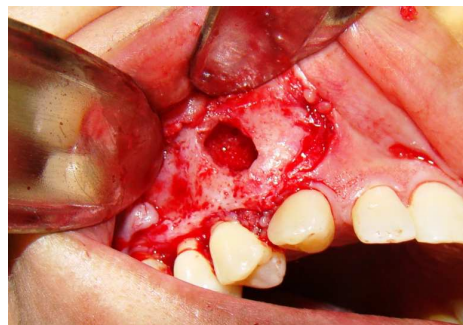


Figura 4. Aspecto trans-cirúrgico. Nota-se loja cirúrgica preenchida por material fibroso.

Após análise microscópica foi possível observar inúmeras formações cementóides e/ou osteóides de formas e tamanhos variados dispostas em um estroma fibroso ricamente celularizado e vascularizado confirmando, assim, o diagnóstico de FCO Central. A paciente foi encaminhada ao Hospital Hugo de Urgências de Goiânia para excisão cirúrgica da lesão em ambiente hospitalar sob anestesia geral com intubação nasotraqueal.

Em controles pós-operatórios clínicos e radiográficos periódicos, observou-se que o caso evoluiu satisfatoriamente e sem sinais de recidivas da lesão (figura 5). Após 6 meses a paciente restabeleceu a simetria facial e as funções estomatognáticas.



Figura 5. Aspecto radiográfico após 6 meses de acompanhamento. Nota-se ausência de sinais de recidiva e neo-formação óssea na região.

Discussão

O FCOC é um tipo de lesão fibro-óssea neoplásica benigna, onde o tecido ósseo normal é substituído por tecido conjuntivo com deposição de material mineralizado que se assemelha a osso ou cimento¹⁴. É uma lesão que acomete com maior frequência o sexo feminino e que ocorre na faixa etária de 30-40 anos¹⁴. A área mais acometida é a região de pré-molares e molares da mandíbula. Observaram-se poucos casos na região anterior de mandíbula, bem como lesão bilateral^{12, 15}. No caso apresentado, a paciente era do sexo feminino e tinha 38 anos, estando de acordo com a literatura analisada. Porém, neste caso, a lesão encontrava-se na região de pré-molares e molares da maxila, localização pouco comum segundo a literatura observada.

Normalmente é assintomática, bem delimitada e expansiva; mas pode atingir grandes proporções, gerando dor, inchaço e parestesia¹¹.

A paciente descrita apresentou uma lesão com evolução de 13 a 14 meses, bem delimitada, com sintomatologia dolorosa e assimetria facial. Deslocamentos das raízes dos dentes ocorrem com maior frequência e reabsorções radiculares com menos frequência¹⁶. No presente relato, observamos deslocamentos das raízes dos dentes 13, 14, 15 e 16, porém sem reabsorções das mesmas, o que condiz com a literatura.

Radiograficamente, a lesão pode ser unilocular ou multilocular e apresenta-se, normalmente, com as margens bem delimitadas. Pode-se observar ainda, um aspecto de vidro polido¹⁷. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão e, em casos de ampla excisão, pode ser necessária a reconstrução com enxertos ósseos¹⁰. No caso descrito, na radiografia panorâmica, foi possível observar uma lesão radiopaca, unilocular e de limites definidos. A paciente foi submetida a excisão cirúrgica total da lesão e não foi necessária a reconstrução com enxertos ósseos.

Devido as suas semelhanças clínicas, radiológicas e histológicas, a displasia fibrosa é o principal diagnóstico diferencial do FCOC. Quanto à localização, a DF pode surgir em qualquer osso do corpo, porém é mais comumente encontrada na maxila, mandíbula, crânio, costela, fêmur e tíbia. Quando a lesão envolver o seio maxilar, zigoma, esfenóide e assoalho da órbita, ela passa a ser conhecida como displasia fibrosa craniofacial. Já o FCOCentral pode ocorrer nos ossos da face, entretanto, afeta, normalmente a maxila e a mandíbula¹⁸.

Quanto à predisposição por média de idade e gênero no surgimento da DF e do FCOCentral, estudos concluíram que, a primeira acomete, normalmente, indivíduos na 1ª e 2ª décadas e não há predisposição por gênero e, o último, foi encontrado, mais frequentemente, em pacientes da 3ª e 4ª décadas e do sexo feminino¹³.

Nos aspectos radiográficos, a DF apresenta limites não definidos, seu crescimento é longitudinal, possui aspecto de “vidro fosco” em 50% dos casos e não se observa uma separação nítida entre o novo tecido mineralizado formado e o tecido ósseo circunjacente. No FCO Central os limites são nítidos, podendo ser ovais, esféricos ou multiloculares e é evidentemente separado do osso adjacente por uma cápsula fibrosa similar à “casca de ovo”, fator que explica a facilidade na remoção da lesão^{7, 19}. O prognóstico do FCO Central é favorável, desde que seja abordada uma adequada terapêutica. O fato de a mesma ser facilmente removida do osso contribui para sua remoção cirúrgica. Sua recidiva é pouco comum. O FCO Central tem pior prognóstico comparado à DF e por isso necessita de remoção completa, porém é mais facilmente removido do osso^{15, 19}.

Conclusão

No caso descrito, a paciente referiu dor e parestesia e, conforme estudado na literatura, isso ocorreu devido à compressão das estruturas nervosas. No exame clínico extra-bucal, na vista frontal, a paciente apresentava assimetria facial, porém, após 6 (seis) meses da remoção da lesão, a mesma restabeleceu a simetria e as funções estomatognáticas. Após 9 meses de controles pós-operatórios, não foi constatado recidiva da lesão.

As lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares compreendem um vasto grupo de entidades. Dentre elas, destacam-se o FCO Central e a DF. É de suma importância que o cirurgião-dentista conheça estas duas entidades e saiba diferenciá-las, uma vez que apresentam evolução, tratamento e prognósticos diferentes.

Conflito de Interesses

Os autores alegam não haver conflito de interesses.

Referências bibliográficas

1. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. J Oral Maxillofac Surg; 1993; 51: 828-835.
2. Zachariades N, Vairaktaris E, Papanicolaou S, Triantafyllou D, Papavassiliou D, Mezitis M. Ossifying fibroma of the jaws: review of the literature and report of 16 cases. Int J Oral Surg; 1984; 13: 1-6.

3. Speight PM, Carlos R. Maxillofacial fibro-osseous lesions. Current Diagnostic Pathology; 2006; 12(1), 1-10.

4. Pimenta FJ, Gontijo Silveira LF, Tavares GC, Silva AC, Perdigão PF, Castro WH, Gomez MV, Teh BT, De Marco L, Gomez RS. HRPT2 gene alterations in ossifying fibroma of the jaws. Oral Oncol; 2006; 42(7), 735-9.

5. Eversole LR. et al. Radiographic characteristic of central ossifying fibroma. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol; 1985; 59: 522-527.

6. Khanna JN, Andrade NN. Giant ossifying fibroma. Case report on a bimaxillary presentation. Int. J. Oral Maxillofac. Surg; 1992; 21:233-5.

7. Ferraz TM, Nogueira TO. Histoquímica dos tecidos mineralizados nas lesões de displasia fibrosa e fibroma cementoossificante periférico. Rev. Odontol. UNESP; 1998; 27:87-98.

8. Baumgartner et al. Peripheral ossifying fibroma. J. Endod., Baltimore, 1991; 17(4):182-185.

9. Zagato, NR, Souza EMC, Massucato SEM, Vieira EH, Danta, MVM. Fibroma Ossificante Central: relato de caso clínico. Revista de Odontologia da UNESP; 2008; 37 (2): 58.

10. Huvos AG. Ossifying fibroma and fibrous dysplasia in bone tumors: diagnosis, treatment and prognosis. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991; 13-48.

11. Maaia JK. Oral tumors in children: a review. J Clin Pediatr Dent; 2000; 24: 133-5.

12. Ogunsalu CO, Lewis A, Doonquah L. Benign fibro-osseous lesions of the jaw bones in Jamaica: analysis of 32 cases. Oral diseases; 2001; 7(3):155-162.

13. Singer SR, Mupparapu M, Rinaggio J. Clinical and radiographic features of chronic monostotic fibrous dysplasia of the mandible. J Can Dent Assoc; 2004; 70(8): 248-52.

14. Sciubra J, Younai F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. J. Oral. Pathol. Med. 1989; 18(6): 315-321.

15. Gurol M, Uckan S, Guler N, Yatmaz PI. Surgical and Reconstructive Treatment of a Large Ossifying Fibroma of the Mandible in a Retrognathic Patient. J Oral Maxillofac Surg; 2001; 59: 1097-1100.

16. Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarocha M. Medicina Oral. Barcelona: Masson; 1995; 507-8.

17. Su L, Weathers DR, Waldron CA. Distinguishing features of local cemento-osseous dysplasia and cement – ossifying fibromas. I A pathologic spectrum of 316 cases. Oral Surg oral Med oral Pathol oral Radiol Endod; 1997; 84: 301-9.

18. Kuta AJ. et al. Central cemento ossifying fibroma of the maxillary sinus: A review of six cases. AJNR; 1995; 6: 1282-6.

19. Arenas MG, Pinilla JIC, Otero RA, Ferrero AE, Hernández AV. Fibroma cemento-ossificante gingival mandibular: presentación de um caso. Med Oral; 2004; 9: 176-9.