

Fibroma cemento-ossificante sintomático: relato de caso clínico

Elen de Souza TOLENTINO^a, Livia de Souza TOLENTINO^b, Julierme Ferreira ROCHA^c,
Lílian Cristina Vessoni IWAKI^d, Liogi IWAKI FILHO^e

^aDoutoranda do Curso de Estomatologia, Faculdade de Odontologia,
USP – Universidade de São Paulo, 17012-101 Bauru - SP, Brasil

^bCirurgiã-dentista, UEM – Universidade Estadual de Maringá,
87020-900 Maringá - PR, Brasil

^cDepartamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru,
USP – Universidade de São Paulo, 17012-901 Bauru - SP, Brasil

^dProfessora Doutora das Disciplinas de Estomatologia e Radiologia,
UEM – Universidade Estadual de Maringá, 87020-900 Maringá - PR, Brasil

^eProfessor Doutor da Disciplina de Cirurgia, UEM – Universidade Estadual de Maringá,
87020-900 Maringá - PR, Brasil

Tolentino ES, Tolentino LS, Rocha JF, Iwaki LCV, Iwaki Filho L. Symptomatic cemento-ossifying fibroma: case report. Rev Odontol UNESP. 2010; 39(1): 63-67.

Resumo

As lesões fibro-ósseas constituem um grupo de patologias caracterizadas pela substituição de tecido ósseo normal por tecido fibroso benigno contendo quantidades variadas de material mineralizado. A displasia fibrosa, o fibroma cemento-ossificante e a displasia cemento-óssea são as mais frequentes. Na literatura, a classificação e a terminologia das lesões fibro-ósseas apresentam-se ainda confusas e controversas, pois essas patologias exibem, frequentemente, características clínicas e morfológicas muito semelhantes. O fibroma cemento-ossificante é uma neoplasia benigna que faz parte do grupo das lesões fibro-ósseas. Caracteriza-se por crescimento bem delimitado e eventualmente encapsulado, apresentando quantidades variáveis de tecido mineralizado semelhante ao osso e ao cimento. São lesões incomuns, que tendem a ocorrer durante a terceira e a quarta décadas de vida, com uma predileção pelo gênero feminino, sendo a mandíbula o sítio de maior ocorrência. Este trabalho tem por objetivo descrever e discutir um caso clínico-cirúrgico sintomático de fibroma cemento-ossificante.

Palavras-chave: Fibroma cemento-ossificante; doenças ósseas; diagnóstico diferencial.

Abstract

Fibro-osseous lesions are a group of diseases characterized by replacement of normal bone tissue for benign fibrous tissue containing different amounts of mineralized material. The most frequent lesions are fibrous dysplasia, cemento-ossifying fibroma and cemento-osseous dysplasia. In the literature, classification and terminology of these entities remain confusing and controversial, since these lesions show some clinical and morphologic similarities. Cemento-ossifying fibroma is a benign neoplasia that belongs to the group of fibro-osseous lesions. It is characterized by well delimited growth and occasionally is encapsulated, presenting changeable amounts of mineralized tissue similar to the bone and cementum. They are uncommon lesions that tend to occur during the 3rd and 4th decades of life, mainly in females and preferentially in the mandible. The aim of this work is to describe and discuss a clinical surgical case of symptomatic cemento-ossifying fibroma.

Keywords: Cemento-ossifying fibroma; bone diseases; differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas (LFO) são caracterizadas pela substituição de tecido ósseo normal por tecido fibroso benigno contendo quantidades variáveis de material mineralizado, sendo as mais comuns a displasia fibrosa (DF), o fibroma cemento-ossificante (FCO) e a displasia cemento-óssea (DCO).^{1,2}

O FCO é uma lesão fibro-óssea frequentemente assintomática, bem delimitada, expansiva e mais comumente encontrada na maxila e na mandíbula. Pode, entretanto, atingir grandes proporções, causando dor, inchaço e parestesia.³ Na nomenclatura das LFO de maxila e mandíbula, o FCO tem vários sinônimos, como osteoma fibroso e osteofibroma. O estudo radiográfico mostra predomínio de osteólise e, posteriormente, aumento da calcificação da lesão, tornando-a radiopaca, com bordas bem definidas e escleróticas. Estas características são mais evidentes do que na DF, o que auxilia no diagnóstico diferencial.⁴ No entanto, o aspecto grosseiro do FCO, com consistência ora firme ora arenosa, é semelhante ao da DF.⁵ Microscopicamente, há predomínio de tecido fibroso, suas trabéculas de osso lamelar têm maior orientação e anel de osteoblastos; em 60% dos casos, observam-se esférulas calcificadas.^{1,6}

O tratamento para o FCO é a remoção cirúrgica através de enucleação, por meio da qual, na maioria das vezes, a lesão é facilmente destacada do osso. Nos casos de lesões extensas, podem ser necessários os procedimentos de reconstrução com placas e parafusos de titânio.^{3,7}

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico em que foi realizado o tratamento cirúrgico de um FCO sintomático localizado na mandíbula.

RELATO DE CASO

Paciente de quarenta anos, leucoderma, gênero feminino, procurou o setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Estadual de Maringá (UEM), queixando-se de dor em hemimandíbula esquerda. Ao exame físico intrabucal, notou-se tumefação dura à palpação, recoberta por mucosa normal, em corpo mandibular esquerdo, com sintomatologia dolorosa havia um ano.

Na radiografia panorâmica, visualizou-se imagem mista em corpo mandibular esquerdo, com dimensões aproximadas de 4 cm e limites imprecisos (Figura 1). Considerando-se os aspectos clínicos e radiográficos, as hipóteses de diagnóstico foram: FCO, DF e osteossarcoma. A conduta para o caso foi a realização de biópsia incisional e encaminhamento da peça para exame microscópico.

Microscopicamente, observou-se a presença de osso maduro lamelar, calcificações esféricas homogeneamente distribuídas e estroma ricamente celularizado. O diagnóstico histopatológico foi de FCO (Figura 2).

O planejamento cirúrgico consistiu na enucleação do tumor sob anestesia geral por acesso submandibular, através de incisão de Risdon, exposição do corpo mandibular e ostectomia da cortical externa. A peça cirúrgica foi totalmente curetada, com cuidadosa manipulação do feixe vasculonervoso alveolar inferior

(Figura 3) e enviada para exame microscópico, que confirmou o diagnóstico inicial. No controle pós-operatório de dez semanas, a paciente encontrava-se com evolução favorável (Figura 4).

DISCUSSÃO

As LFO são descritas como um grupo de lesões que afetam os ossos maxilares e craniofaciais. Todas são caracterizadas pela substituição de tecido ósseo normal por tecido fibroso celular contendo várias formas de ossificação. Esse grupo inclui desde lesões displásicas de desenvolvimento ou reativas a neoplasias verdadeiras.⁸ Mais de 70% dessas lesões encontram-se na região de cabeça e pescoço.⁹

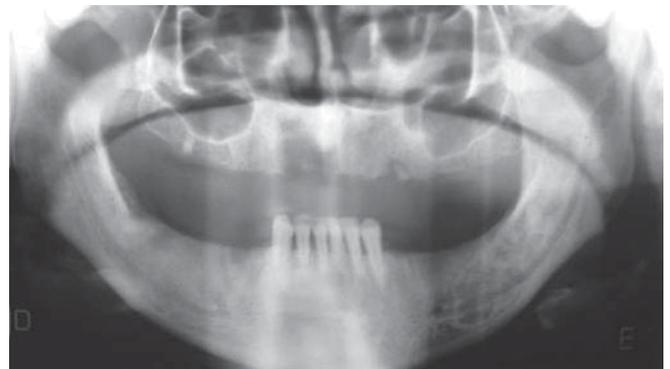


Figura 1. Radiografia panorâmica inicial.

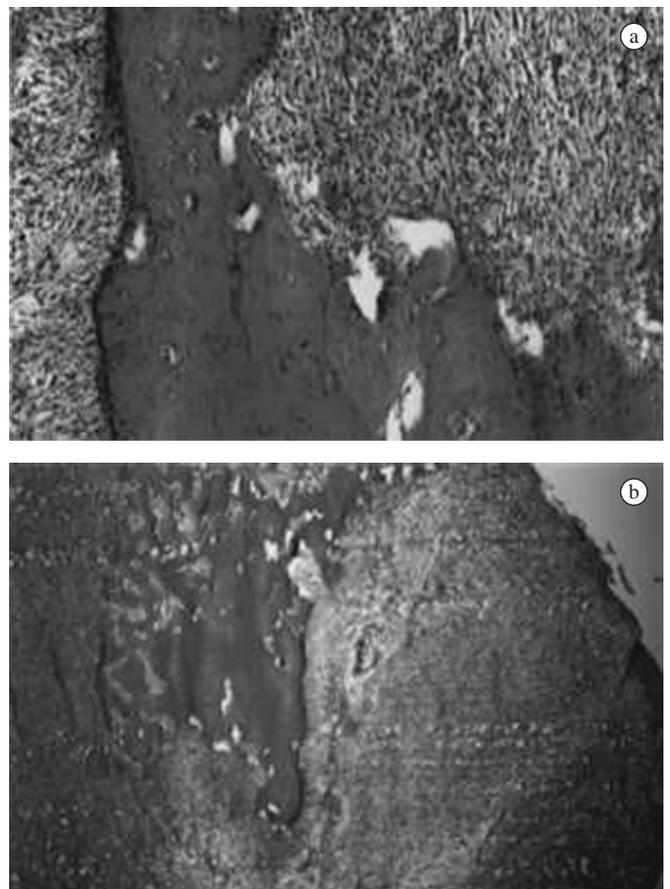


Figura 2. Exame microscópico demonstrando presença de osso maduro lamelar em estroma ricamente celularizado.

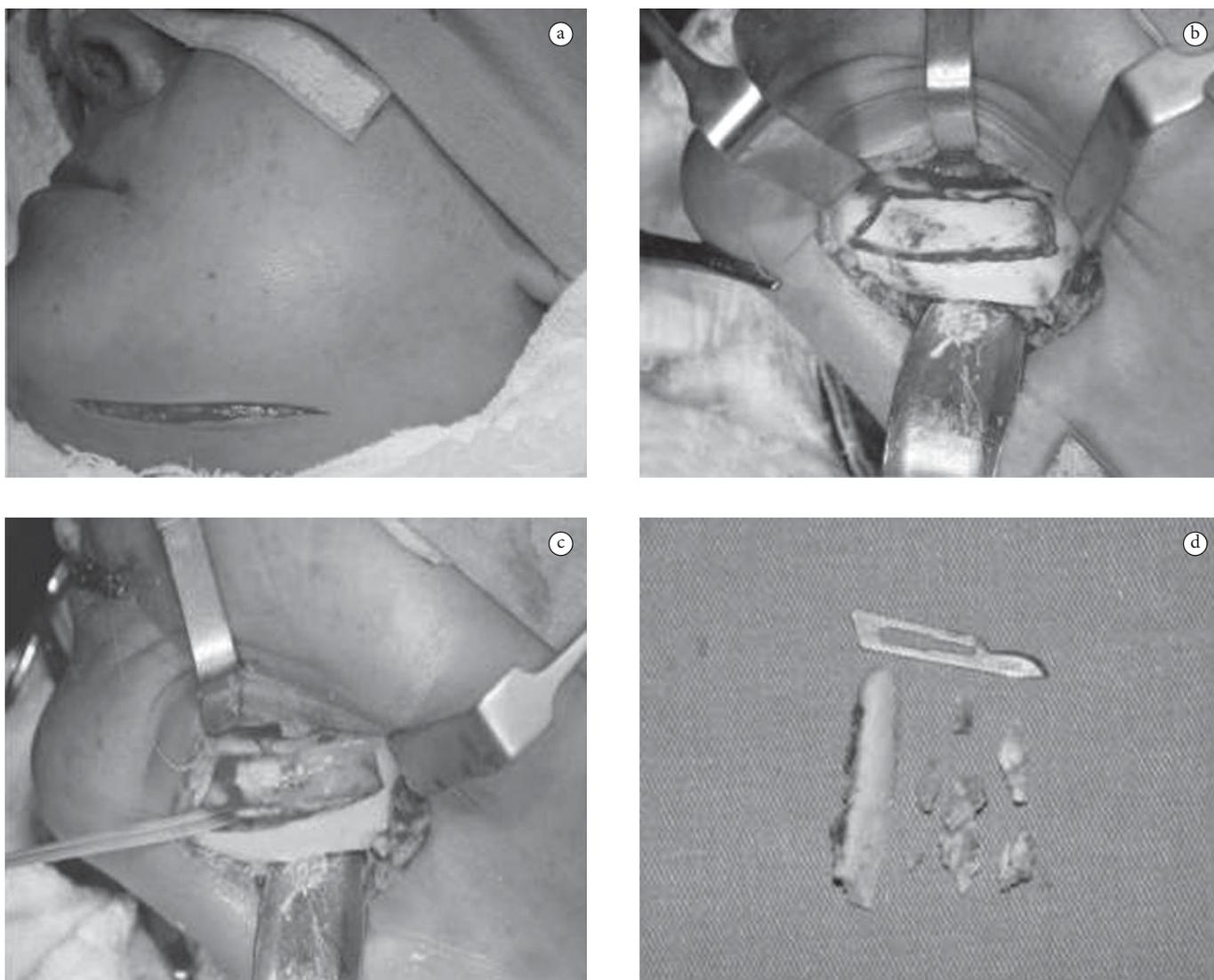


Figura 3. a) Incisão de Risdon; b) Osteotomia da cortical externa; c) Proteção do feixe vaso-nervoso alveolar inferior durante a curetagem da lesão; d) Aspecto macroscópico da lesão.

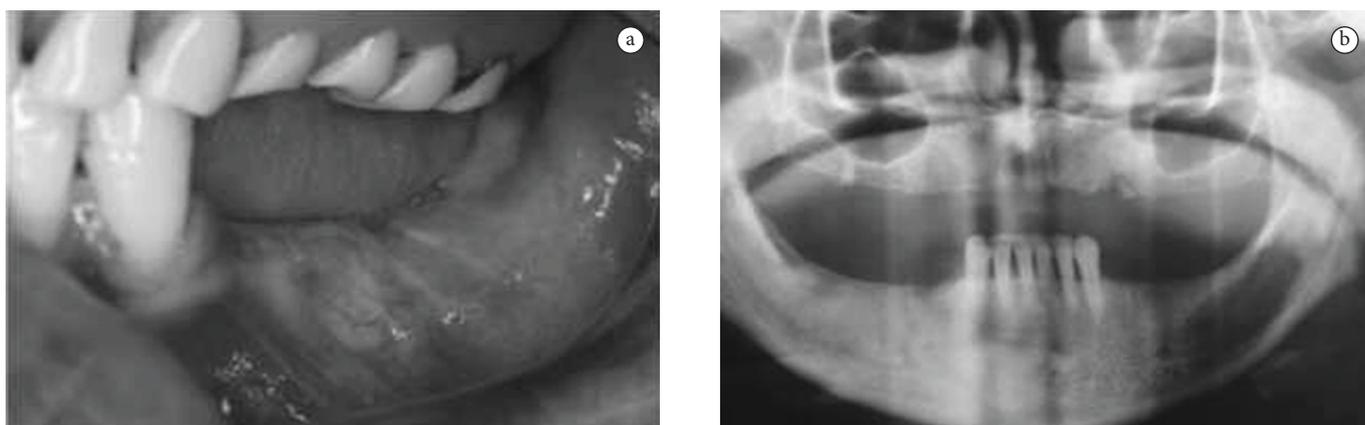


Figura 4. Aspecto clínico e radiográfico no pós-operatório de dez semanas.

De acordo com a literatura, os conceitos de DF e FCO são aplicados com certa facilidade nos casos clássicos. Há situações, entretanto, em que o diagnóstico é dificultado pela sobreposição das características clínicas, radiográficas e microscópicas, o que explica a diversidade da nomenclatura dessas lesões.¹⁰ A DF apresenta trabéculas de osso imaturo, enquanto o FCO é uma lesão fibro-óssea central com tecido ósseo lamelar.³

Alguns autores opõem-se à distinção entre o fibroma cimento-ossificante e o fibroma ossificante juvenil, embora outros considerem este um tumor mais agressivo com índice de recidiva maior.³ Sugere-se ainda que a DF, o FCO e o fibroma ossificante juvenil possam constituir diferentes pontos de um espectro morfológico de LFO com patogênese e características clínicas similares, tornando-se desnecessária a separação delas

em patologias específicas.^{10,12} Contudo, na maioria das vezes, são consideradas como entidades distintas,^{4,5} pois as diferenças entre elas não são apenas microscópicas, mas também clínicas.⁶ A dificuldade de diferenciar histologicamente o osso do cimento e o fato de que a OMS considera os fibromas cementificante, ossificante e cimento-ossificante variações histológicas da mesma lesão fazem o termo cimento-ossificante preferível.

No presente caso, trata-se de uma mulher de quarenta anos de idade com lesão em mandíbula. Segundo alguns trabalhos, as LFO geralmente não têm predileção por gênero,^{10,12} embora alguns autores acreditem que exista predominância no feminino.⁶ Acometem principalmente adolescentes e adultos jovens.^{10,12} Quanto à localização, a DF surge em qualquer osso, sendo os mais frequentes costela, fêmur, tíbia, maxila, mandíbula e crânio. O FCO afeta preferencialmente a maxila e a mandíbula, locais em que há tecido cementogênico.¹¹ Entretanto, relatam-se FCO que acometem os seios da face.^{13,14}

Estudos relatam ser quase impossível, por critérios radiográficos, separar DF e FCO.¹⁰ Todavia, na DF, os limites não são nítidos e seu crescimento é longitudinal;^{1,4} são lesões homogêneas e com aspecto de “vidro fosco” em 50% dos casos. A deformidade em varo da região superior do fêmur, conhecida como “deformidade em taco de hóquei” e o aspecto em “chama de vela” são fortemente sugestivos de DF.³ Já os FCO têm limites bem definidos; podem ser esféricos, ovais ou multiloculares e são claramente separados do osso adjacente por uma borda lítica e uma cápsula fibrosa semelhante à “casca de ovo”,^{1,7} fato que também favorece a remoção destas lesões, que são facilmente destacadas do osso, como observado no presente caso.

Microscopicamente, quanto ao FCO, a presença de osso maduro (lamelar) é a sua principal característica, que o distingue da DF. Segundo estudos morfométricos, a porcentagem de trabéculas ósseas no FCO é, geralmente, o dobro da encontrada na DF.¹⁵ Além disso, no FCO, o processo de ossificação se direciona da periferia para o centro da lesão. No FCO, há estruturas esféricas maiores, densas, parcialmente calcificadas e de tamanhos variados; suas bordas são regulares e sem anel de osteoblastos.¹⁰ Discute-se se essas esférulas seriam cementículos ou ossículos. Para alguns autores, essa diferenciação é impraticável, embora o cimento em sua estrutura anatômica usual seja acelular e mostre grossos feixes de colágeno que sofreram calcificação.^{10,12} Baseado na presença de ossículos e cementículos, foram propostos os termos fibroma ossificante (fibroma psamomatoide ossificante) e fibroma cementificante (fibroma cimento-ossificante), respectivamente.^{1,11}

Alguns trabalhos sugerem que o fibroma ossificante juvenil e o FCO são variantes da DF.^{10,12} O FCO pode atingir grandes proporções e ter aparência grotesca; tem, portanto, prognóstico

pior do que a DF e necessita remoção completa, o que é facilitado pelos seus limites bem definidos e pela presença de cápsula. Tal fato justificaria a distinção entre essas duas entidades.^{6,7} Radioterapia em ambas as lesões é contraindicada, pois aumenta o risco de transformação maligna.³

Além do FCO, fazem parte do diagnóstico diferencial da DF a neurofibromatose, a doença de Paget, o meningioma em placa, o osteossarcoma parosteal e o osteossarcoma intramedular de baixo grau de malignidade. O diagnóstico diferencial do FCO inclui ainda a osteíte esclerosante e a osteoesclerose idiopática.^{3,7,13}

Os FCO podem fazer parte de síndromes, incluindo o hiperparatireoidismo primário, e também estar associados a lesões renais. Esses diagnósticos podem ser importantes por causa da possibilidade de envolvimento de outros membros da família e também devido ao risco de malignidade.¹⁶ No presente caso, a paciente não apresentava nenhum antecedente familiar ou comprometimento sistêmico que pudesse estar associado ao desenvolvimento da lesão na mandíbula.

Neste relato, considerando-se as características clínicas e radiográficas, as hipóteses diagnósticas foram de FCO, DF e osteossarcoma. Como a lesão apresentava, na radiografia panorâmica, limites imprecisos, as hipóteses de DF e osteossarcoma foram incluídas; este, com maior ênfase, uma vez que a paciente procurou o atendimento com queixa de dor na região afetada, sintoma característico dos quadros de osteossarcoma e incomum nos casos de FCO.

No quadro evolutivo, as LFO não apresentam potencial metastático. Logo, o tratamento deve ser conservador e corretivo, para aliviar sintomas e reparar deformidades.^{3,7} A retirada cirúrgica deve ser completa e, preferencialmente, realizada após o término da fase de crescimento do paciente, evitando-se assim a recorrência da lesão.^{1,3} A escolha do acesso cirúrgico depende do tamanho da lesão, da localização e do sistema de fixação ou reconstrução selecionado. Contudo, neste caso clínico, não houve necessidade de reconstrução com placas e parafusos de titânio, uma vez que, após a enucleação da lesão, uma quantidade suficiente da base óssea permaneceu, dando suporte à mandíbula.

CONCLUSÃO

Os dados clínicos e radiográficos relatados neste trabalho não apresentam semelhança com os descritos na literatura, uma vez que a sintomatologia dolorosa e o aspecto imagenológico com limites imprecisos são raramente associados ao FCO.

As LFO podem ser muito semelhantes entre si, tornando-se necessário o somatório dos achados clínicos, radiográficos, cirúrgicos e microscópicos para se determinar o correto diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Bertrand B, Eloy PH, Cornelis JPH, Gosseye S, Clotuche J, Gilliard Cl. Juvenile aggressive cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. *Laryngoscope*. 1993;103:1385-90.
2. MacDonald-Jankowski D. Fibrous dysplasia: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol*. 2009;38:196-215.
3. Waldron CA. Doenças do osso. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004. p.511-64.

4. Marks KE, Bauer TW. Fibrous tumors of bone. *Orthop Clin North Am.* 1989;20:377-93.
5. Kadiri F, Laraqui NZ, Touhami M, Benghalem A, Mokrim B, Chekkoury-Idrissi A, et al. Les fibromes ossifiants dès maxillaires (à propos de 2 cas). *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 1993;114:349-53.
6. Fu Y, Perzin KH. Non-epithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx: a clinicopathologic study. *Câncer.* 1974;33:1289-305.
7. Galdeano-Arenas M, Crespo-Pinilla JI, Álvarez-Otero R, Espeso-Ferrero A, Verrier-Hernández A. Fibroma cemento-ossificante gingival mandibular: presentación de un caso. *Med Oral.* 2004;9:176-9.
8. Alsharif MJ, Sun ZJ, Chen XM, Wang SP, Zhao YF. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A study of 127 chinese patients and review of the literature. *Int J Surg Pathol.* 2009;17:122-34.
9. MacDonald-Jankowski DS. Fibro-osseous lesions of the face and jaws. *Clin Radiol.* 2004;59:11-25.
10. Voytek TM, Ro JY, Edeiken J, Ayala AG. Fibrous dysplasia and cementoossifying fibroma: A histologic spectrum. *Am J Surg Pathol.* 1995;19:775-81.
11. Slootweg PJ, Panders AK, Nikkels PGJ. Psammomatoid ossifying fibroma of the paranasal sinuses: An extragnathic variant of cementoossifying fibroma. *J Craniomaxillofac Surg.* 1993;21:294-7.
12. Sissons HA, Steiner GC, Dorfman HD. Calcified spherules in fibro-osseous lesions of bone. *Arch Pathol Lab Med.* 1993;117:284-90.
13. Kuta AJ, MacDonald Worley C, Kaugars GE. Central cementoossifying fibroma of the maxillary sinus: A review of six cases. *AJNR.* 1995;16:1282-6.
14. Abou-Elhamd KEA. Frontal sinus cementifying ossifying fibroma. *Saudi Med J.* 2005;26:470-2.
15. Boinsic S, Branchet MC, Lesty C, Vaillant JM, Chomette G. Étude morphométrique Du tissu osseux et du tissu collagène dans la dysplasie fibreuse et le fibrome ossifiant. *Arch Anat Cytol Pathol.* 1986;34:215-9.
16. Domingue PR, Meyer TN, Alves FA, Bittencourt WS. Juvenile ossifying fibroma of the jaw. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46:480-1.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Julierme Ferreira Rocha

Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, USP – Universidade de São Paulo,
17012-901 Bauru - SP, Brasil

e-mail: juliermerocha@usp.br

Recebido: 28/06/2009

Aceito: 23/02/2010

