

Fibroma ossificante central em maxila: relato de caso

Central ossifying fibroma of the maxilla: case report

Fibroma osificante central en el maxilar superior: reporte de caso

Plinio Jun Iti **YOKOYAMA**¹
Fernando Kendi **HORIKAWA**²
Luciano **MARTINS**³
Iron Ricardo Machado **SNIDEI**⁴
Dayane Jaqueline **GROSS**⁵
Jessica Daniela **ANDREIS**⁶
Elio Hitoshi **SHINOHARA**⁷

¹The Square Radiologia Odontológica, 06709-015 Cotia-SP, Brasil

²Cirurgião Assistente do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial – Hospital Regional de Osasco “Dr. Vivaldo Martins Simões” 06216-240 Osasco-SP, Brasil

³Cirurgião Assistente do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial – Hospital Regional de Osasco “Dr. Vivaldo Martins Simões” 06216-240 Osasco-SP, Brasil

⁴Chefe do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial – Hospital Regional de Osasco “Dr. Vivaldo Martins Simões” 06216-240 Osasco-SP, Brasil

⁵Residente de Cirurgia Buco Maxilo Facial – Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU), Universidade Estadual da Ponta Grossa (UEPG), 84031-510 Ponta Grossa-PR, Brasil

⁶Mestranda em Odontologia, área de concentração de Clínica Integrada, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), 84031-510 Ponta Grossa-PR, Brasil

⁷Cirurgião Assistente do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial – Hospital Regional de Osasco “Dr. Vivaldo Martins Simões” 06216-240 Osasco-SP, Brasil

Resumo

Fibroma ossificante central (FOC) é neoplasia fibro-óssea benigna que foi primeiramente descrita por Menzel em 1872. O FOC também é chamado de Fibroma Cementificante ou Fibroma Cimento-Ossificante por apresentar um tecido fibrocelular composto de material mineralizado que microscopicamente apresenta trabéculas ou esférulas de material ósseo ou cementoide em estroma de tecido conjuntivo fibroso. O FOC acomete em sua maioria mulheres, entre a segunda e quarta década de vida, mais comumente na região posterior de mandíbula e possui como característica um crescimento volumétrico lento e indolor. Apesar de evidências científicas sobre a malignização do FOC não terem sido encontradas, a ausência de tratamento implica em contínuo crescimento da lesão podendo levar a assimetria facial e distúrbios na acuidade visual. Neste relato, nós descrevemos o caso de paciente diagnosticada com FOC em hemimaxila esquerda, atendida no serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Regional de Osasco “Dr. Vivaldo Martins Simões”, em Osasco-SP, Brasil.

Descritores: Neoplasias Ósseas; Fibroma Ossificante; Maxila.

Abstract

Ossifying fibroma of the jaws (OFJ) is a benign fibrous lesion of bones that was first described by Menzel in 1872. OFJ is also called as Cystic Fibroma or Cementum Ossifying Fibroma by presenting a cellular fibrous tissue composed of mineralized material that microscopically presents trabeculae or spherules of bone material or cementum in fibrous connective tissue stroma. OFJ affects mainly women, between the second and fourth decade of life, most commonly in the posterior mandibular region and has a characteristic slow and painless volumetric growth. Although scientific evidence on the malignancy of OFJ has not been found, the absence of treatment implies a continuous growth of the lesion, leading to facial asymmetry and disturbances in visual acuity. In this report, we describe the case of a patient diagnosed with OFJ in the left maxilla, attended at the oral and maxillofacial surgery service of the Hospital Regional de Osasco “Dr. Vivaldo Martins Simões”, at Osasco-SP, Brasil.

Descriptors: Bone Neoplasms; Fibroma, Ossifying; Maxilla.

Resumen

Fibroma osificante central (FOC) es una neoplasia fibrosa ósea benigna que fue descrita en primer lugar por Menzel en 1872. El FOC también se denomina Fibroma cementificante o Fibroma cemento osificante por presentar un tejido fibro celular compuesto de material mineralizado que microscópicamente presenta trabéculas o esférulas de material óseo o cemento en estroma de tejido conectivo fibroso. El FOC acomete en su mayoría mujeres, entre la segunda y cuarta década de vida, más comúnmente en la región posterior de mandíbula y posee como característica un crecimiento volumétrico lento e indoloro. A pesar de evidencias científicas sobre la malignización del FOC no han sido encontradas, la ausencia de tratamiento implica en continuo crecimiento de la lesión pudiendo llevar la asimetría facial y disturbios en la agudeza visual. En este relato, describimos el caso de paciente diagnosticado con FOC en hemimaxila izquierda, atendida en el servicio de cirugía y traumatología buco maxilo faciales del Hospital Regional de Osasco, “Dr. Vivaldo Martins Simões”, en Osasco-SP, Brasil.

Descriptor: Neoplasias Óseas; Fibroma Osificante; Maxilar.

INTRODUÇÃO

Fibroma ossificante central (FOC) é neoplasia fibro-óssea benigna que foi primeiramente descrita por Menzel em 1872, que considerava esta patologia variante do osteoma¹. A Organização Mundial da Saúde, em sua classificação de 2017, colocou o FOC como tumor de origem odontogênica, separando o das variantes juvenil e psamomatoso que permanecem como lesões fibro-ósseas benignas². O FOC também é chamado de Fibroma Cementificante ou Fibroma Cimento-Ossificante por apresentar um tecido fibrocelular composto de material mineralizado que microscopicamente apresenta trabéculas ou esférulas de material ósseo ou cementoide em estroma de tecido conjuntivo fibroso^{3,4}. Tem sido sugerido que sua origem é a partir de células do ligamento periodontal, porém neoplasmas com características histológicas idênticas têm

sido relatadas em outros ossos da face, levantando hipótese de que pelo fato da membrana periodontal ser tecido oriundo do mesoderma, algumas células primitivas possuem a capacidade de se diferenciar em células similares com as da membrana periodontal e produzir o tumor^{5,6}. O FOC acomete em sua maioria mulheres, entre a segunda e quarta década de vida, mais comumente na região posterior de mandíbula e possui como característica um crescimento volumétrico lento e indolor. O seu diagnóstico, muitas vezes, é feito por meio de exames radiográficos^{3,4,7}. Radiograficamente, a lesão se apresenta como área uni ou multilocular radiolúcida bem delimitada, que evolui para área radiolúcida com calcificações intralésionais e que se não tratada pode se tornar lesão predominantemente radiopaca com discreto halo radiolúcido em sua periferia^{7,8}.

Apesar de evidências científicas sobre a malignização do FOC não terem sido encontradas, a ausência de tratamento implica em contínuo crescimento da lesão podendo levar a assimetria facial e distúrbios na acuidade visual^{6,7}.

No presente trabalho é descrito caso de paciente diagnosticada com FOC em hemimaxila esquerda, atendida no serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Regional de Osasco, São Paulo.

CASO CLÍNICO

Paciente feminino, 22 anos, leucoderma, ASA I, compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Regional de Osasco, relatando um aumento de volume em palato duro lado esquerdo, com evolução há dois anos. Paciente relatou que havia passado por tratamento clínico, onde outro profissional realizou tratamento endodôntico dos elementos 24 e 25, atribuindo o aumento de volume à patologia de origem endodôntica. Porém, após seis meses não houve melhora no quadro. Ao exame intraoral notava-se boa higiene bucal, com presença de todos os dentes e oclusão satisfatória. Notava-se abaulamento em região de palato duro do lado esquerdo, com extensão de canino até primeiro molar. A lesão se mostrava dura à palpação, com contorno regular, indolor, recoberta por mucosa íntegra, sem sinais de inflamação (Figura 1). Foram solicitados exames de imagem, onde na tomografia de face foi possível notar lesão hipodensa expansiva de limites imprecisos com focos hiperdensos intralesionais (Figuras 2 a 4), sendo indicada a realização de biópsia incisional, a qual, associando as características dos exames de imagem e histopatológico, confirmou o diagnóstico de FOC. A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, através de ressecção cirúrgica com margem de segurança (Figuras 5 e 6). Pós-operatório de trinta dias, paciente em acompanhamento ambulatorial, com uso de placa de Hawley para fechamento de comunicação bucossinusal (Figura 7).

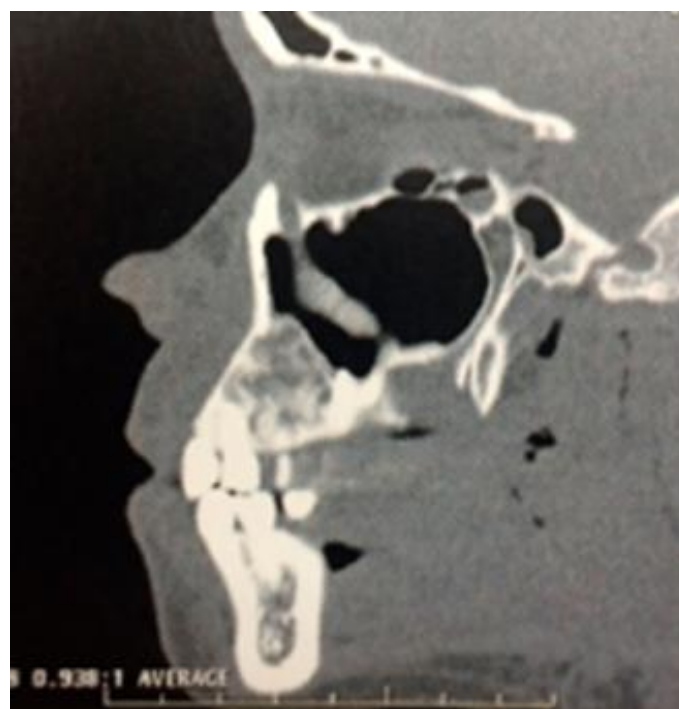


Figura 3: Corte sagital, tomografia pré-operatória.

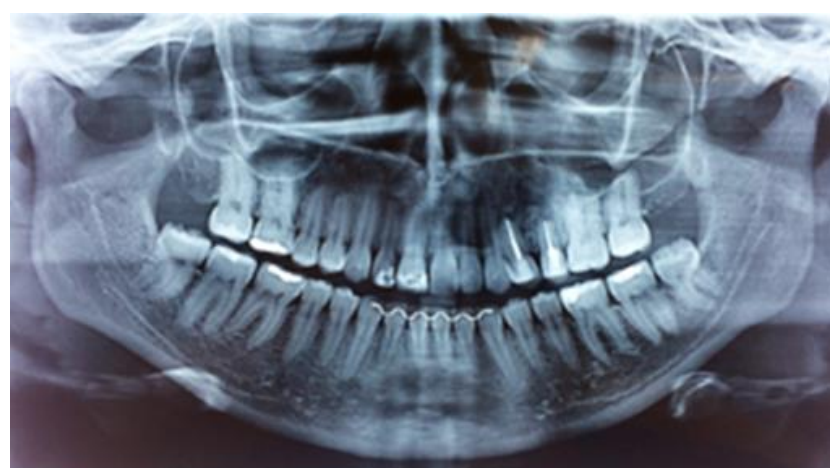


Figura 4: Radiografia panorâmica pré-operatória.



Figura 1: Aspecto intraoral pré-operatório.

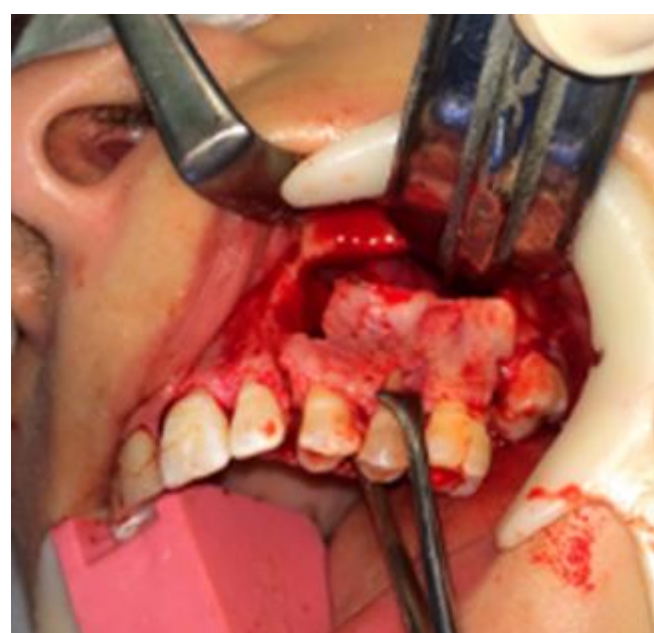


Figura 5: Imagem transoperatória.



Figura 2: Corte coronal, tomografia pré-operatória.

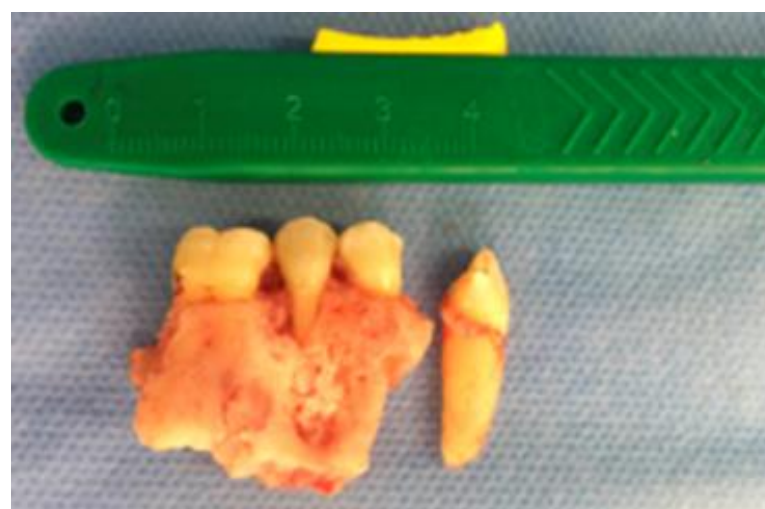


Figura 6: Região segmentada da maxila.



Figura 7: Corte coronal, tomografia pós-operatória de 30 dias.

DISCUSSÃO

O fibroma ossificante central (FOC) é neoplasia fibro-óssea benigna relativamente rara, que acomete os ossos da face, em especial os processos alveolares⁵. O componente mineral da lesão é composto por tecido ósseo lamelar e depósitos de material acelular similar a cimento³. Embora sua origem ainda não tenha sido completamente elucidada, a existência de células progenitoras do ligamento periodontal, com capacidade de produzir tanto tecido ósseo quanto cimento, levanta a hipótese desta neoplasia ser de origem odontogênica^{3,8,12}. Apesar de variações de acordo com a etnia, é unânime a maior predileção pelo gênero feminino^{4,5,9,10}. A literatura relata que o sítio mais comumente acometido é a região posterior de mandíbula^{3,4,7}. O presente relato apresenta caso de paciente do gênero feminino com FOC em região posterior de maxila, considerada a segunda região mais comumente afetada por essa neoplasia⁵.

FOC tem seu início como imagem radiolúcida e adquire radiopacidade característica de acordo com a mineralização do estroma. Seu estágio maduro irá adquirir a conformidade de tumor solitário com aparência óssea esclerótica. No caso clínico relatado no presente trabalho, os exames de imagem apresentaram lesão expansiva de aspecto misto e limites imprecisos, compatível com estágio intermediário da lesão⁹.

O tratamento cirúrgico desta patologia é determinado de acordo com o seu tamanho, sendo indicada a curetagem conservadora para lesões pequenas com margens bem definidas; enucleação para lesões maiores com bordos definidos e ressecção cirúrgica reservada para lesões maiores de limites imprecisos^{3,5}. O tempo e a tendência de recidiva são imprevisíveis, variando de alguns meses até sete anos, sendo indicado um *follow up* de pelo menos dez anos¹⁰. A remoção total da lesão reduz significativamente os índices de recidiva^{5,10,11}. Nesta paciente optou-se pela ressecção cirúrgica com margem de segurança dado a extensão da lesão e redução nos índices de recidiva. O não tratamento implica em maturação da lesão caracterizada por crescimento lento e progressivo⁷.

A presença de múltiplas lesões de FOC associado a fator hereditário (pai ou mãe com múltiplos FOCs) poderia sugerir a presença da síndrome do hiperparatireoidismo⁶. No presente caso a paciente apresentava tumor solitário e seus pais não apresentavam a mesma patologia, sendo descartada esta hipótese.

CONCLUSÃO

A ressecção cirúrgica é a abordagem cirúrgica de eleição para pacientes portadores de FOC de grandes

proporções, sendo indicado ainda um *follow up* de dez anos, dado a imprevisibilidade de recidivas desta patologia.

REFERÊNCIAS

1. Baumann I, Zimmermann R, Dammann F, Maassen MM. Ossifying fibroma of the ethmoid involving the orbit and the skull base. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 133(1):158-9.
2. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head and Neck Pathol.* 2017;11(1):68-77.
3. Barnes L, Eversen JW, Reichart P, Sindwansky D. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005,319-20.
4. Chang CC, Hung HY, Chang JY, Yu CH, Wang YP, Liu BY et al. Central ossifying fibroma: A clinico pathologic study of 28 cases. *J Formos Med Assoc.* 2008; 107(4):288-94.
5. Titinchi F, Morkel J. Ossifying fibroma: Analysis of treatment methods and recurrence patterns. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 74(12):2409-19.
6. Neville B. Patologia Oral e Maxilo Facial. Rio de Janeiro:Elsevier; 2009.p.648-50.
7. Eversole LR, Merrell PW, Strub D. Radiographic characteristics of central ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 59(5):522-7.
8. Trijolet JP, Parmentier J, Sury F, Goga D, Mejean N, Laure B. Cemento ossifying fibroma of the mandible. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2011; 128(1):30-3.
9. MacDonald-Jankowski DS. Cemento ossifying fibromas in the jaws of Hong Kong Chinese. *Dentomaxillofac Radiol.*1998; 27(5):298-304.
10. Liu Y, Wang H, You M, Yang Z, Miao J, Shimizutani K. Ossifying fibromas of the jaw bone: 20 cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 2010;39(1):57-63.
11. Woo SB. Central cemento ossifying fibroma: Primary odontogenic or osseous neoplasm? *J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 73(12 Suppl):S87-93.
12. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: A clinicopathologic study of sixty four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 60(5):505-11.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Plínio Jun Iti Yokayama
plinio@tsradiologia.com.br

Submetido em 21/03/2018

Aceito em 30/05/2018