

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE OSTEOMA PERIFÉRICO EM PALATO COM EVOLUÇÃO DE 40 ANOS

PERIFERIC OSTEOMA SURGICAL REMOVAL IN PALATE WITH AN INCREASE OF 40 YEARS

EDIMAR RAFAEL DE OLIVEIRA¹, VANESSA RODRIGUES DO NASCIMENTO², PAULO NORBERTO HASSE³, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA MARSON⁴, DÉBORA LIMA PEREIRA⁵, CÍNTIA DE SOUZA ALFERES ARAÚJO⁶

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da UNIPAR; 2. Mestre em radiologia, professora do curso de odontologia da UNIPAR; 3. Mestre e especialista em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial, professor do curso de odontologia da UNIPAR; 4. Especialista em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial, mestrando em implantodontia, professor do curso de odontologia da UNIPAR; 5. Mestranda em Estomatopatologia FOP- UNICAMP; 6. Mestre em Estomatopatologia, professora do curso de odontologia da UNIPAR.

Rua Sarandi, 5304, Ap. 01, Zona IV, Umuarama, Paraná, Brasil. CEP: 87502-090. edmar_rafael@hotmail.com

Recebido em 16/06/2015. Aceito para publicação em 30/06/2015

RESUMO

Osteoma é um tumor benigno de crescimento lento, composto de osso esponjoso ou compacto, originado no periosteio dos ossos craniofaciais, geralmente assintomático, sendo considerado o tumor primário mais comum da porção craniofacial. Este artigo tem por objetivo relatar um caso clínico de um paciente de 75 anos que compareceu com lesão óssea em palato com evolução de 40 anos e que não apresentava sintomatologia e, após a realização de exames radiográficos e clínicos, foram levantadas as hipóteses diagnósticas de osteoma ou fibroma ossificante periférico. O tratamento consistiu na exérese da lesão e envio da peça removida para estudo anatomopatológico, tendo como diagnóstico definitivo osteoma. O paciente está em observação, não apresentando complicações ou recidiva da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoma, cirurgia, estomatologia, doenças ósseas.

ABSTRACT

Osteoma is a benign tumor of slow growth, composed of spongy or compact bone, originated in the periosteum of the craniofacial bones, usually asymptomatic and is considered the most common primary tumor of craniofacial portion. This article aims to report a case of a 75-year-old patient that attended with bone lesion on the palate with an increase of 40 years and who had no symptoms and, after conducting clinical and radiographic examinations, were raised the diagnosis of osteoma or peripheral ossifying fibroma. The treatment

consisted of resection of the lesion and sending the removed part for pathological study, with an osteoma definitive diagnosis. The patient is under observation, no complications or recurrence.

KEYWORDS: Osteoma, surgery, stomatology, bone diseases.

1. INTRODUÇÃO

O osteoma é um tumor de crescimento lento, desenvolvendo-se a partir do periosteio dos ossos craniofaciais, que pode ser composto de osso medular ou compacto. Geralmente é assintomático e o mais comum da região craniofacial. Tem como localizações comuns os seios paranasais, maxila, mandíbula, canal auditivo externo, calota craniana. Geralmente só apresenta sintomatologia quando seu tamanho comprime estruturas anatômicas vizinhas, podendo comprimir nervos e vasos. Segundo Boros (2011)¹ e Miloro (2008)² há uma predileção pelo sexo masculino, enquanto que Caubi (2013)³ diz não haver preferência por gênero.

Quando a seu aspecto histológico, o osteoma pode apresentar-se de 3 formas: osteoma compacto, com pouca quantidade de tecido fibroso; osteoma esponjoso ou medular, com quantidades de trabéculas fibrosas maiores; ou osteoma misto, que é uma associação dos outros dois tipos. A maioria é compacto^{4,5,6,7,8}.

Quanto a sua localização, o osteoma também pode ser classificado em central, periférico ou extra ósseo. O osteoma central apesar de poder ser confundido com enostoses ósseas, pode ser diferenciado porque o osteoma é encapsulado. O osteoma periférico é raro e à

medida que cresce exibe padrão pediculado ou sésil com sua base contínua à cortical óssea. Clinicamente apresenta-se como uma massa óssea dura à palpação, circunscrita, revestido por mucosa delgada e esbranquiçada e, quando atinge grandes tamanhos, pode levar à assimetria; geralmente acomete adultos jovens. Há relatos de osteomas periféricos no osso frontal, etmoide e no seio maxilar^{1,9}.

Em um estudo da localização dos osteomas craniofaciais realizado por Carvalho (2008)⁴ a localização topográfica craniana mais frequente foi o osso frontal (57%), seguido pelo temporal (14%), parietal (14%), seio etmoidal (7%) e subdural (7%). Já quando a face era acometida, o segmento ósseo mandibular predominou com 67% dos casos, ficando a maxila com 33% dos casos.

Há varias teorias quem tentam explicar sua etiologia, dentre elas a teoria embriológica, traumática, infecciosa, metabólica, genética^{4,1,5,2,8,9}. Segundo a teoria embriológica os osteomas surgiriam de restos embriológicos presentes na junção de dois ossos distintos embriologicamente; porém não explica o surgimento de osteomas em outras localizações^{6,10}. A teoria traumática afirma que os osteomas são de origem pós-traumática, apesar de apenas 30% dos pacientes possuam história prévia de trauma. Já pela teoria infecciosa os osteomas seriam hipertrofias ósseas reacionais a infecções, porém é questionável pois é difícil estabelecer uma relação de causa e efeito^{6,11}.

Osteomas apresentam um tamanho médio de 1 a 6 cm e diâmetro e quanto a topografia acometida há relatos no processo alveolar, tuberosidade da maxila, borda inferior da mandíbula, ângulo maxilar¹.

Seu diagnóstico geralmente é por exames radiográficos de rotina, com exceção dos casos que são grandes o suficiente levando a dor, desconforto ou assimetria facial^{1,2,12}.

Imagem radiopaca bem circunscrita, geralmente oval, de densidade próxima à dos ossos normais é seu aspecto radiográfico. Deve ser investigada sua possível relação com a Síndrome de Gardner, apesar de poder surgir isoladamente^{1,3,5,8,13}.

Como exames complementares que podem ser úteis na determinação da extensão dos osteomas e relação com estruturas vizinhas pode ser utilizada a tomografia computadorizada e a ressonância magnética^{14,15}.

O seu tratamento é bem definido por meio de ressecção cirúrgica do tumor, sem a necessidade de margem de segurança, pois não foram descritos casos de malignização. O prognóstico é bom tanto do ponto de vista curativo quanto estético^{3,4}. Quando trata-se de tumores ainda pequenos e indolores, não há necessidade de remoção mas devem ser acompanhados, mesmo que não tenham relatos de malignização^{3,8,13}.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho visa relatar o diagnóstico e tratamento de um osteoma periférico em palato.

2. RELATO DE CASO

Paciente B. X. A., gênero masculino, feoderma, 75 anos, compareceu a clínica odontológica da Universidade Paranaense para extração de um elemento dental. Ao exame físico intra oral notou-se massa óssea em região de palato duro direito, de base pediculada, lisa, circunscrita, medindo aproximadamente 4,0 x 2,0 x 3,0 cm (Figura 1).



Figura 1. Exame físico intra oral.

Paciente relatou desenvolvimento de aproximadamente 40 anos, sem sintomatologia, não havendo relato de trauma ou infecção na região da alteração. Ao exame físico extra oral não foi constatada nenhuma alteração digna de nota.

Foi solicitado exame radiográfico panorâmico (Figura 2) e oclusal (Figura 3) para complemento de diagnóstico, onde foi observada massa radiopaca arredondada circunscrita, em região de palato, sem invasão de estruturas vizinhas.



Figura 2. Radiografia panorâmica.

Como tratamento foi proposto exérese cirúrgica. Paciente foi submetido a anestesia local por bloqueio do nervo palatino maior com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000. Foi realizada incisão na base da lesão e descolamento da mucosa. Utilizando broca 702 para peça de mão (JET® - Brasil) sob irrigação profusa

com soro fisiológico foi realizada remoção do tecido ósseo em sua base, regularização do tecido ósseo do palato com ponta de tungstênio maxi cut (Microdent® - Brasil), sob irrigação com soro fisiológico e regularização da mucosa. Por meio de compressão com gaze foi feito controle de sangramento, sendo a cicatrização da ferida por segunda intenção.



Figura 3. Radiografia oclusal.

Diante do quadro clínico e radiográfico foi estabelecido como diagnóstico diferencial osteoma ou fibroma ossificante periférico.

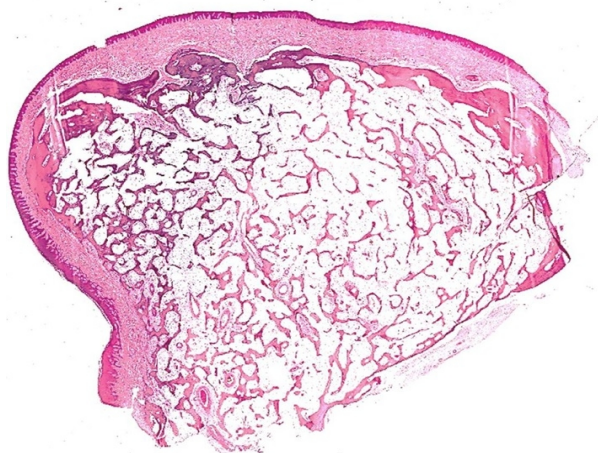


Figura 4. Epitélio e cápsula revestindo a lesão.

O espécime ósseo removido foi armazenado em formoldeído 10% e enviado para exame anatomopatológico. O material foi descalcificado por 21 dias em ácido nítrico 5%, e na macroscopia foi dividido em 4 partes. O exame anatomopatológico revelou a presença de epitélio pavimentoso estratificado com uma cápsula de tecido conjuntivo revestindo a lesão (Figura 4), que era composta por osso compacto maduro e grande quantidade de elementos medulares contendo tecido conjuntivo frouxo (Figuras 5 e 6). O diagnóstico

anatomopatológico foi conclusivo para osteoma. O paciente encontra-se sob preservação a 8 meses (Figura 7), não apresentando histórico de complicações ou recidiva.



Figura 5. Elementos medulares no interior do tumor.

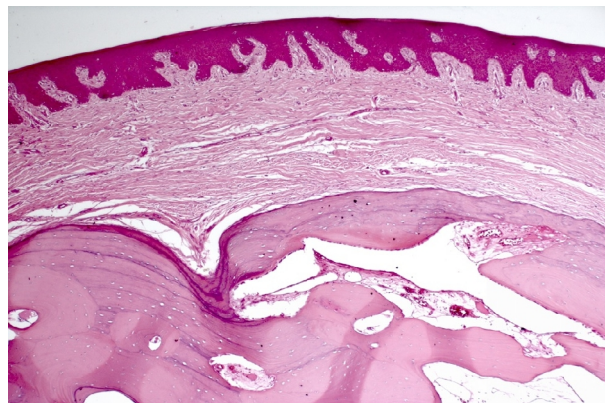


Figura 6. Elementos medulares e tecido conjuntivo frouxo.



Figura 7. Preservação de 8 meses.

3. DISCUSSÃO

De acordo com Boros¹ e Miloro² que afirmam haver uma predileção pelo sexo masculino, este caso acometeu um paciente do sexo masculino, com provável início de desenvolvimento da lesão, segundo o paciente, aos 35

anos, estando também de acordo com a literatura, que afirma ser mais comum em adultos jovens⁹.

Quanto a localização óssea, este caso trata-se de um osteoma periférico, com as mesmas características descritas na literatura desse tipo de lesão, normalmente surgindo do periósteo e, à medida que cresce, exibe um padrão pedunculado ou sésil, cuja base é contínua com a linha da cortical óssea⁹. Esta forma periférica, pode, muitas vezes, ser confundida com exostoses, que são apenas crescimentos ósseos, geralmente bem delimitados, duros à palpação e recobertos por mucosa bucal normal¹.

Em relação ao local de maior acometimento dos osteomas, o palato é considerado raro. Sayan *et al.*¹⁶ em um estudo epidemiológico realizado na Turquia entre 1996 e 2001, relataram 35 casos de osteoma periférico, sendo 10 no osso frontal, 6 no corpo da mandíbula, 3 no seio frontal, 3 no conduto auditivo externo, 3 no processo alveolar da maxila, 2 no palato duro, 2 no osso esfenóide, 2 no osso occipital, 1 no processo articular da mandíbula, 1 no processo coronóide da mandíbula, 1 no seio maxilar e 1 na órbita.

Radiograficamente apresentou-se como uma massa esclerótica, de imagem radiopaca e bem circunscrita, de densidade semelhante ao osso normal, estando também de acordo com a literatura consultada^{1,3,5,8,13}.

Pelas características clínicas e radiográficas, a lesão teve como diagnóstico diferencial osteoma ou fibroma ossificante periférico. O fibroma ossificante também é um tumor benigno, que comumente afeta a mandíbula na região de pré-molares e molares, levando à expansão óssea; reabsorção das raízes e deslocamento dos dentes estão ocasionalmente associados. A radiografia mostra uma radiopacidade envolvida por uma área radiolúcida e uma borda esclerótica¹⁷.

Geralmente o osteoma apresenta crescimento lento e de natureza benigna e com aparecimento de sintoma tardio, mas, podem ocorrer sintomas rápidos quando localizado no seio etmoidal, por exemplo, devido as suas pequenas dimensões. A presença de sintomatologia geralmente se associa às lesões cranianas, estando as lesões faciais comumente assintomáticas⁴.

Mendonça⁸ e Caubi³ relataram o desenvolvimento de osteoma em mandíbula, com evolução de 1 ano e 9 meses, respectivamente. Fobe¹¹ relatou 5 casos de osteoma em seio maxilar, com um período de desenvolvimento entre 6 meses a 3 anos; já Balieiro⁶ relatou um osteoma em região supraorbitária com desenvolvimento de 3 meses. Este caso não corrobora com o descrito na literatura, pois apresenta um desenvolvimento de aproximadamente 40 anos. A diferença no tempo decorrido entre o surgimento da lesão e a busca por atendimento, comparando este caso com os demais descritos na literatura, deve ser atribuído a região acometida, pois enquanto os casos descritos na

literatura acometiam regiões que foram comprimidas com o desenvolvimento da lesão e levou a sintomatologia, este caso desenvolveu-se no palato, permitindo seu desenvolvimento por todo esse período sem comprometer estruturas adjacentes e sem levar a sintomatologia dolorosa, apenas desconforto funcional, mas que, segundo o paciente, não era um motivo para buscar atendimento, pois não via necessidade de removê-lo.

O tratamento escolhido foi a remoção cirúrgica total da lesão, em sua base, sem margem de segurança, sendo o tratamento de escolha para osteomas de grande proporção proposto pela literatura,^{3,4} pois o diagnóstico diferencial estabelecido envolvia apenas lesões benignas que não necessitam de ressecção cirúrgica com margem de segurança ou outro tratamento prévio ou complementar. O espécime removido foi enviado para o anatomopatológico e o paciente encontra-se em preservação.

No exame histopatológico observa-se que os osteomas são caracterizados pela proliferação de osso cortical ou medular, existindo duas variantes, os osteomas corticais e os osteomas medulares de acordo com o predomínio do padrão ósseo⁸. No caso clínico observamos no exame anatomopatológico da lesão revelou osso compacto maduro e grande quantidade de elementos medulares contendo tecido conjuntivo frouxo.

4. CONCLUSÕES

Este caso clínico de osteoma periférico apresentou um período de desenvolvimento considerado longo e incomum, de aproximadamente 40 anos, devido à região em que estava localizado, palato, que permitiu o seu desenvolvimento sem envolver ou comprometer estruturas vizinhas que pudessem vir a apresentar sintomatologia. A ressecção cirúrgica total para confirmação de diagnóstico é o tratamento preconizado em casos de osteomas extensos sendo importante a realização dos exames clínico, radiográfico e anatomopatológico para estabelecimento do diagnóstico definitivo.

REFERÊNCIAS

- [01] Boros LF, Carneiro MIS, Boros LH, Boros LF, Boros PAS. A central compact osteoma of the mandible: report of clinical case. *Odontol Clín-Cient.* 2011; 10:89 – 93.
- [02] Miloro M, Ghali GE, Peter EL, Peter DW. *Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson.* São Paulo: Editora Santos. 2008.
- [03] Caubi AF, Moura RQ, Borba PM, Costa DFN, Bispo LMM. Osteoma of the mandible: when to treat it surgically. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2013; 13:53-58.

- [04] Carvalho RWF, Antunes AA, Melo MRT, Andrade ESS, Pereira CU. Craniofacial osteoma: Study of 35 cases. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008; 37:212–214.
- [05] Raitz R, Pimenta e Souza D, Prado BN, Falchet PCF, Leandro LFL. Orbital osteoma. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2010; 39:225-7.
- [06] Balieiro FO, Bordash A, Stamm AEC, Sebusiani BB, Filho ISB. Surgical approaches to the paranasal sinuses osteoma. *Rev Bras Otorrinol*. 2004; 70:164-70.
- [07] Chang CH, Piatt ED, Thomas KE, Watne AL. Bone abnormalities in Gardner's syndrome. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1968; 103:645-52.
- [08] Mendonça JCG, Azambuja-Santos A, Bento LA, Paiva JG, Lima, CMC, Boing F. Osteoma in mandibular body: report a case. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2009; 12: 34-6.
- [09] Souza PD, Leonhardt FD, Ahumada NG, Abrahão M, Cervantes O. Giant osteoma of the mandible. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015; 81:107-8.
- [10] Brodish BN, Morgan CE, Sillers MJ. Endoscopic resection of fibro-osseous lesions of the paranasalsinuses. *Am J Rhinol* 1999; 13:111-6.
- [11] Fobe LP, Melo EC, Cannone LF, Fobe JL. Cirurgia de osteoma de seio frontal. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60:101-5.
- [12] Ogbureke K, Nashed MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible: A case report and review of the literature. *Pathol Res Pract*. 2007; 203:185-8.
- [13] Guimarães KB, Cavalcante JR, Ferraro-Bezerra I. M, Silva DN, de Holanda Vasconcelos RJ, do Egito Vasconcelos BC. Peripheral osteoma bilateral of the mandible without association with Gardner syndrome. *J Craniofac Surg*. 2012; 23:83-6.
- [14] Lanes SR, Borges HO, Machado RA, Cancino CM, Gerhardt De Oliveira M. Osteomas imaging evaluation. *Revista Brasileira de Patologia Oral* 2005; 4:23-26.
- [15] Kashima K, Rahman OIF, Sakoda S, Shiba R. Unusual peripheral osteoma of the mandible: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 2000; 58:911-3.
- [16] Sayan NB, Üçok C, Karasu HA, Gümhan Ö. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 2002; 60:1299-1301.
- [17] Badauy C, Carrard V, Rados P, Sant´ana Filho M. Radiopaque mass of the posterior mandible with lingual expansion. *J Oral Maxillofac Surg*, 2007; 65:2498-2502.

