

FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL EM MAXILA: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E ASPECTOS CIRÚRGICOS EM RELATO DE CASO

JUVENILE OSSIFYING FIBROMA OF MAXILLA: SURGICAL ASPECTS AND CLINICAL CONSIDERATIONS IN A CASE REPORT

ROSEMEIRE REZENDE SALES^{1*}, IGOR FELIPE CARDOSO LIMA VELOSO¹, JOZEIAS FERNANDES DE SOUSA¹, EIDER GUIMARÃES BASTOS²

1. Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD-UFMA), São Luís, MA, Brasil; 2. Coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD-UFMA), São Luís, MA, Brasil.

* Hospital Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – Rua Barão de Itapary, 227 – Centro – CEP: 65020-070 – São Luís – MA roserezende90@gmail.com

Recebido em 18/07/2022. Aceito para publicação em 08/08/2022

RESUMO

O fibroma ossificante juvenil é um tumor fibro-ósseo com margens delimitadas, de crescimento rápido e assintomático, acometendo sobretudo a maxila de pacientes jovens. E devido à sua natureza agressiva, o clínico deve tentar reconhecê-la o mais rápido possível para evitar futuros problemas funcionais e estéticos. Além disso, casos não tratados por um longo período podem resultar em grandes defeitos ósseos durante a remoção cirúrgica da lesão. Neste relato abordamos um caso de um jovem que desenvolveu um fibroma agressivo raro localizado no maxilar superior esquerdo. São apresentados também os achados clínicos e radiográficos, além dos diagnósticos diferenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Fibroma ossificante juvenil; Maxila; Neoplasias maxilomandibulares.

ABSTRACT

The juvenile ossifying fibroma is a fibro-osseous tumor with delimited margins, fast growing and asymptomatic, mainly affecting the maxilla of young patients. And because of its aggressive nature, the surgeon should try to recognize it as soon as possible in order to avoid future functional as aesthetics problems. Moreover, cases over a long period may result in large bone defects during the surgical removal of the lesion. Here reported is a case of a young boy who developed a rare aggressive fibroma localized in the left upper jaw. The clinical and radiographic findings, plus differential diagnoses of the case are also presented.

KEYWORDS: Juvenile ossifying fibroma; Maxilla; Jaw neoplasms.

1. INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante juvenil (FOJ) é um neoplasma benigno raro, caracterizado por ter limites claros. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, considerou essa lesão como uma neoplasia fibro-óssea

benigna de crescimento expansivo, gradativo e rápido, que afeta crianças e adolescentes¹.

De acordo com Neville, em 2016, as lesões fibro-ósseas são um grupo de lesões que se caracterizam por promover a substituição do osso normal por um tecido conjuntivo fibroso e tecido mineralizado neoformado, sendo classificadas como fibroma ossificante convencional (a qual acomete principalmente adultos) e fibroma ossificante juvenil².

O diagnóstico do fibroma ossificante juvenil é baseado em características e manifestações clínicas, exame histopatológico e características radiológicas. Geralmente é assintomático, com crescimento rápido, podendo causar assimetria facial^{2,3,4}.

Ao exame radiográfico observa-se que as bordas da lesão são normalmente bem definidas, com uma linha radiolúcida delgada que representa uma cápsula fibrosa. O diagnóstico diferencial se faz com lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida-radiopaca, como a displasia fibrosa, cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante e o tumor odontogênico adenomatóide^{2,3}.

Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de Fibroma ossificante juvenil de grandes dimensões na região maxilar esquerda, juntamente com suas características clínicas, radiográficas e aspectos cirúrgicos.

2. CASO CLÍNICO

Um paciente, 16 anos de idade, do sexo masculino, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-Facial do Hospital Universitário Presidente Dutra – HU/UFMA, em São Luís – MA, com a queixa de rosto edemaciado e dificuldade na respiração, relatando ter notado aumento de volume há aproximadamente 05 meses, sem tratamento prévio. Ao exame físico, foi observada assimetria facial em hemiface esquerda em região de zigoma, deformação do contorno nasal ipsilateral, aumento de volume endurecido e assintomático à palpação, com extensão e

abaulamento tanto em cortical vestibular como em palato (Figura 1). O paciente compareceu com laudo histopatológico realizado em outra instituição, compatível com Fibroma Ossificante.



Figura 1. Assimetria facial à esquerda e aumento de volume intra-oralmente em palato.

Em exame tomográfico, foi observada imagem circunscrita hipodensa com a presença de elementos dentários na lesão e extensão para assoalho orbital esquerdo, bem como região nasal (Figura 2).



Figura 2. TC de face pré-operatória evidenciando extensão da lesão.

Como é sabido, a irrigação da cavidade nasal ocorre por ramos das artérias maxilar interna, esfenopalatina, etmoidal anterior e posterior. Logo, inicialmente, 72 horas antes do procedimento cirúrgico, foi solicitada pela equipe da bucomaxilo, e realizada embolização da artéria maxilar esquerda (com a finalidade de minimizar perdas sanguíneas, como também auxiliar na hemostasia do campo cirúrgico) pela equipe da radiologia intervencionista e angioradiologia do HUPD/UFMA.

O tratamento definitivo foi realizado através do acesso de Weber-Ferguson para exposição adequada do tumor, com enucleação, curetagem de toda a lesão e osteotomia periférica com margem de segurança. Após a remoção da peça cirúrgica, foi realizada revisão da hemostasia, seguida de irrigação da cavidade cirúrgica com soro fisiológico a 0,9%. Então, foi moldada e adaptada uma malha de titânio para manutenção e suporte dos tecidos moles, bem como foi realizada ressuspensão da musculatura para evitar ptose e comprometimento estético da face (Figura 3).



Figura 3. Imagens trans-operatórias. Demarcação do acesso de Weber-Ferguson; Exposição da lesão através do acesso; Adaptação de malha; Sutura da ferida operatória.



Figura 4. Peça cirúrgica.

Após a remoção da peça cirúrgica, a mesma foi novamente enviada para exame histopatológico, que confirmou o diagnóstico de Fibroma ossificante juvenil (Figura 4).

No pós-operatório imediato, o paciente evoluiu sem intercorrências, e no pós-operatório tardio encontra-se em preservação há 11 meses, observando-se ausência de sinais clínicos de recidiva da lesão, como também nos exames imaginológicos e resultado estético satisfatório, com a cicatriz bastante aceitável, camuflada nas linhas de tensão e pregas naturais da face. Assim como boa adaptação da malha, sem exposições intra-orais, tecidos com coloração saudáveis e oclusão preservada (Figura 5).



Figura 5. Fotografia frontal pós-operatória; TC de face pós-operatória de preservação; Fotografia intra-oral de preservação pós-operatória.

3. DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, Benjamins em 1938, teria primeiramente descrito o Fibroma Ossificante Juvenil, relatando um caso desta entidade patológica em seio frontal, denominando de fibroma osteóide com ossificação atípica⁵⁶.

O FOJ é uma neoplasia benigna e incomum, correspondendo cerca de 2% dos tumores bucais que ocorrem em crianças e adolescentes. Usualmente, estes tumores ocorrem entre os 5 aos 15 anos de idade. Tendo maior prevalência no sexo masculino⁷. Regiões como o osso maxilar, seios paranasais, órbita e complexo frontoetmoidal, são descritas na literatura como áreas acometidas pelo FOJ, ainda assim, descrevendo poucos casos em mandíbula. Apesar de serem assintomáticas em sua maioria, estas lesões em geral, se expandem rapidamente, provocando assimetria facial, dor e

destruição local⁸.

O envolvimento de assoalho orbital, do seio maxilar nesse caso foi total, com invasão da fossa nasal e deslocamento das raízes dentárias, como relatado na literatura⁵⁷.

O diagnóstico acontece após a correlação entre achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos. Assim como nesse relato, observamos que o exame tomográfico nos mostra uma lesão delimitada, com áreas hipodensas e hipersensas. Inicialmente o tumor permanece encapsulado, à medida que o mesmo se expande, ainda sim configura-se bem demarcado radiologicamente. Porém, a partir do momento em que alcança um tamanho superior, pode perder o encapsulamento e infiltrar-se além de suas margens⁹.

Neste caso, um acesso amplo foi essencial para permitir a visualização de toda a área a ser removida. Sendo assim, o acesso de Weber-Ferguson possibilitou visualizar toda a região de maxila, região nasal e assoalho orbital¹⁰.

Alguns autores relatam que a reconstrução tardia exibe resultados superiores, entretanto a reconstrução imediata tem sido cada vez mais aceita¹¹. Porém, neste caso optamos por moldar uma malha de titânio e adaptá-la, para sustentação e manutenção dos tecidos moles.

O tratamento assim como o prognóstico, é determinado de acordo com o tipo histológico, extensão da lesão e percentual de recidiva. Um índice de 30 a 58% de recidivas têm sido relatados. Transformações malignas não têm sido documentadas^{27,79}. Logo, devido à alta porcentagem de recidiva, o FOJ deve ser completamente enucleado. Como também, ser preservado a longo prazo.

4. CONCLUSÃO

O fibroma ossificante juvenil é uma lesão que apresenta uma recidiva elevada e um comportamento agressivo, sendo assim, é fundamental um diagnóstico precoce, assim como a seleção de um tratamento cirúrgico mais apropriado e preservação a longo prazo. A correlação entre o clínico, imaginológico e histopatológico são indispensáveis para a composição e ratificação do diagnóstico.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Han J, Hu L, Zhang C, *et al.* Juvenile ossifying fibroma of the jaw: a retrospective study of 15 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 45(3): 368-76.
- [2] Neville, B. W. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
- [3] Diniz JA, Siqueira ADS, Araujo GM, *et al.* Intraoral approach for surgical treatment of psammomatoid juvenile ossifying fibroma. *J Craniofac Surg* 2020;31: e306-9.
- [4] Gantala R, Vemula AY, Kubbi JR, *et al.* Psammomatoid Juvenile ossifying fibroma involving upper jaw: a rare case report. *J Clin Diagn Res* 2015;9: ZD17-9.
- [5] Nogueira R.L.M. *et al.* Fibroma ossificante juvenil localizado em mandíbula: relato de caso e breve revisão da literatura. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* 2009; v.9, n.1, p. 25 - 32, jan. /mar.

- [6] Benjamins CE. Das osteoid-fibroma mit atypischer Verkalkung im sinus frontalis. *Acta Otolaryngol.* 1938; 26:26-43.
- [7] Figueiredo L.M.G. *et al.* Psammomatoid juvenile ossifying fibroma: case study and a review. *Oral Maxillofac Surg* 2014; 18:87-93.
- [8] Hachach-Haram N. *et al.* Surgical management of two complex cases of large juvenile orbital ossifying fibroma. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2011; 64, 1661e1664.
- [9] Shaik M, Babu TK, Sekhar GP *et al.* Juvenile ossifying fibroma of the maxilla: a case report. *J Maxillofac Oral Surg* 2011:69- 722015.
- [10] Ellis III E, Zide MF. *Acessos Cirúrgicos ao Esqueleto Facial.* 2ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2006 p. 128.
- [11] Chiavaioli G.M.O. *Fibroma ossificante juvenil em mandíbula: Relato de caso.* 2015. 32 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia, 201.