

EXÉRESE DE FIBROMA-CEMENTO OSSIFICANTE EM CORPO MANDIBULAR COM PRESERVAÇÃO DE NERVO ALVEOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO

EXESIS OF FIBROMA-CEMENTUM OSSIFYING IN THE MANDIBULAR CORPUS WITH PRESERVATION OF THE LOWER ALVEOLAR NERVE: CASE REPORT

GUSTAVO PAIVA CUSTÓDIO^{1*}, ALEF VIEIRA GALVÃO¹, LAIZ VIEIRA DE SOUZA², GABRIEL SILVA REZENDE FREITAS³, MARIA GABRIELLY COSTA E SILVA⁴, ALESSANDRO ROCHA DE LELLIS⁵

1. Residentes do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; 2. Cirurgiã-dentista especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; 3. Acadêmico do curso de graduação de odontologia do Centro Universitário de Goiânia; 4. Acadêmica do curso de graduação de odontologia da Universidade Salgado de Oliveira; 5. Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

*Rua 229, nº 86, Setor leste universitário, Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74605-090. gustavopaivacustodio@gmail.com

Recebido em 30/08/2024. Aceito para publicação em 10/09/2024

RESUMO

O fibroma ossificante (FO) é uma lesão fibro-óssea benigna, caracterizada por crescimento lento e proliferação de tecido fibroso, ósseo, de cimento ou uma combinação destes, sendo uma neoplasia rara que pode ser identificada em exames de rotina. Apesar de geralmente assintomático, o FO pode levar a assimetrias faciais à medida que se desenvolve. Neste relato, uma paciente de 34 anos buscou tratamento ortodôntico e, em exame radiográfico, foi identificada uma lesão na mandíbula. A paciente foi submetida a uma cirurgia de exérese da lesão, entretanto apresentou recidiva da mesma. Diante disso, a paciente foi encaminhada ao serviço de cirurgia bucomaxilofacial, onde foi realizada uma nova abordagem cirúrgica com remoção total da lesão sob anestesia geral. O exame histopatológico confirmou tratar-se de uma lesão óssea benigna, sugestiva de fibroma cimento-ossificante. O tratamento empregado mostrou-se eficaz, com boa recuperação, evidenciando ser uma técnica efetiva no manejo do FO.

PALAVRAS-CHAVE: Fibroma ossificante; fibroma em mandíbula; neoplasia rara.

ABSTRACT

Ossifying fibroma (OF) is a benign fibro-osseous lesion characterized by slow growth and the proliferation of fibrous, osseous, or cementum-like tissue, or a combination of these, and is a rare neoplasm that can be identified during routine examinations. Although usually asymptomatic, OF can lead to facial asymmetry as it develops. In this case report, a 34-year-old female patient sought orthodontic treatment, and a radiographic examination revealed a lesion in the mandible. The patient underwent surgery for the excision of the lesion, but it recurred. Consequently, the patient was referred to the oral and maxillofacial surgery service, where a new surgical approach was taken, with total removal of the lesion under general anesthesia. The histopathological examination confirmed that it was a benign bone lesion, suggestive of cementum-ossifying fibroma. The treatment employed was

effective, with good recovery, demonstrating that it is an effective technique for managing OF.

KEYWORDS: Ossifying fibroma; fibroma in the mandible; rare neoplasm.

1. INTRODUÇÃO

Para Neville *et al.* (2016)¹ o fibroma ossificante, fibroma cementificante ou fibroma cimento ossificante são nomenclaturas dadas a uma neoplasia verdadeira, compostas de um tecido fibroso, que contém uma combinação de trabéculas ósseas e esférulas que se assemelham a cimento.

Por tratar-se de alterações em tecido duro, o diagnóstico frequentemente é realizado por meio de exames de imagem (muitas vezes identificado em exames de rotina), visto que na maioria das vezes apresentam-se assintomáticos². Sua sintomatologia pode surgir em casos de grande desenvolvimento da patologia, comprimindo estruturas sensíveis, promovendo mobilidade, reabsorção radicular e assimetria facial. Com raras associações a dor e parestesia^{2,3}.

Quanto a predileção, sua ocorrência é relatada em várias faixas etárias, mas com maior número de casos observados entre a 3ª e 4ª décadas de vida. Ainda, há uma predileção pelo sexo feminino. Sua ocorrência apresenta mais registros na mandíbula, no entanto, pode ocorrer em diversos ossos do complexo maxilo-facial, onde, o segundo complexo ósseo mais acometido, é a maxila. Além disso, observa-se que a região de dentes posteriores é mais acometida^{1,4}.

Para o diagnóstico definitivo da patologia, é necessária uma associação dos sinais clínicos, exames radiográficos e exame histopatológico, para então, definir a lesão. Por meio dos achados de exame de imagem o fibroma ossificante (FO) pode apresentar aspectos radiolúcidos, mistos e radiopacos, muitas vezes

associados ao nível em que se encontra a lesão. Portanto, o exame complementar histológico é de extrema necessidade para descartar outras patologias que apresentam características semelhantes^{2,5}.

No que diz respeito ao tratamento, esse deve ser estabelecido conforme o tamanho e localização da lesão e outros fatores individuais como idade e comorbidades do paciente, para uma conduta mais favorável²⁻⁵.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de fibroma ossificante em região posterior de mandíbula, tendo como opção de tratamento a curetagem com osteotomia periférica, afim de evitar possíveis recidivas e preservação de estrutura nobre que se encontrava em íntimo contato com a lesão.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 34 anos, feoderma, relatou a descoberta de uma lesão radiolúcida no lado direito da mandíbula em uma radiografia panorâmica realizada para fins ortodônticos. Após a detecção da lesão, a paciente foi submetida à exérese total da lesão sob anestesia local em outra instituição (Figura 1).



Figura 1. Radiografia panorâmica após realização da primeira abordagem cirúrgica.

Cerca de 11 meses após o procedimento cirúrgico, durante uma consulta de rotina, um novo achado radiológico indicou a presença de uma lesão radiopaca na mesma região onde havia sido realizada a remoção da lesão em 2013 (Figura 2).



Figura 2. Achado radiográfico 11 meses após primeira abordagem cirúrgica.

Dessa forma, foi submetida à biópsia incisional sob anestesia local, obtendo laudo anatomopatológico de lesão fibro-óssea, especificadamente, um fibroma cimento-ossificante.

Entretanto, a paciente não seguiu com o acompanhamento ambulatorial necessário para a avaliação clínica e imaginológica após o procedimento, o que impediu a monitorização da evolução do quadro.

Em junho de 2022, relatou discreto incômodo em

região de corpo mandibular, lado direito, o mesmo local da lesão anterior, e procurou um serviço especializado em diagnóstico bucal que devido à complexidade do caso e por tratar-se de uma lesão recidivante com envolvimento de estruturas nobres da mandíbula foi encaminhada para avaliação e atendimento com a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG).

Durante a anamnese a paciente relatou que tinha como comorbidade hipertensão arterial sistêmica e para tratamento faz o uso contínuo do medicamento Aradois H (Losartana potássica associada à hidroclorotiazida), negou o uso de álcool ou demais drogas, no entanto referiu ser alérgica à Bactrim (sulfametoxazol + trimetoprim). Ao exame físico apresentou bom estado geral, com sinais vitais estáveis, ausência de sinais sugestivos de alguma outra patologia ou comorbidade sistêmica. Em uma nova radiografia panorâmica revelou um aumento da lesão na mandíbula, além de tratamento endodôntico associado ao elemento 46 (Figura 3).



Figura 3. Radiografia panorâmica evidenciando aumento da lesão no mesmo sítio operado.

Diante dos achados, foi solicitada uma cintilografia óssea para análise de possível crescimento tumoral em outras regiões ósseas e tomografia de face (Figura 4 e 5).



Figura 4. Cintilografia óssea – imagem estática analisando as diferentes regiões do corpo da paciente.

Devido ao achado, a paciente foi novamente orientada quanto a importância do tratamento e, em seguida, concordou com o tratamento proposto. Portanto, foram solicitados todos os exames pré-operatórios necessários para realização da cirurgia sob anestesia geral, os quais apresentaram resultados dentro dos padrões de normalidade.

Durante o exame clínico intraoral da paciente, observou-se que a mucosa oral se apresentava rosada, sem lesões ou áreas de inflamação (Figura 6).



Figura 5. Tomografia computadorizada de feixe cônico nos cortes axial, coronal, sagital respectivamente.

Os dentes encontravam-se alinhados, em bom estado de conservação, sem cáries, fraturas ou desgastes anormais, com oclusão adequada e ausência de mobilidade dentária. O assoalho da boca apresentava coloração normal, sem aumento de volume visíveis. Indicando que o exame intraoral da paciente estava dentro dos padrões de normalidade.



Figura 6. Fotografias intra-orais em aspecto de normalidade.

Neste momento foi solicitada uma nova tomografia computadorizada de face para melhor análise e planejamento de ato cirúrgico. Nas imagens observou-se uma lesão expansiva em corpo da mandíbula com múltiplas formações hiperdensas amorfas à direita, medindo 1,2x1,6x1,8 centímetros, envolvendo o canal mandibular (Figura 7).



Figura 7. Reconstrução mandibular de TC demonstrando lesão com envolvimento do canal mandibular.



Figura 8. Acesso submandibular para exposição da mandíbula na região da lesão.

Após planejamento cirúrgico, a paciente então foi admitida em internação hospitalar e submetida a procedimento cirúrgico eletivo, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. O acesso cirúrgico de escolha foi o de Risdon (submandibular), realizado de maneira conservadora, exatamente do tamanho da lesão patológica (Figura 8).

Foi realizada a janela óssea vestibular, para fazer o acesso à lesão e ter uma melhor visualização do nervo alveolar inferior que estava em íntimo contato com a mesma (Figura 9).



Figura 9 A - B: (A) Osteotomia para remoção total da lesão; (B) Janela óssea após a remoção da lesão.

Foi realizada a remoção cautelosa da janela óssea vestibular e iniciou-se a curetagem da lesão, removendo-se toda entidade patológica que estava visível, deixando o nervo intacto (Figura 10 e 11).

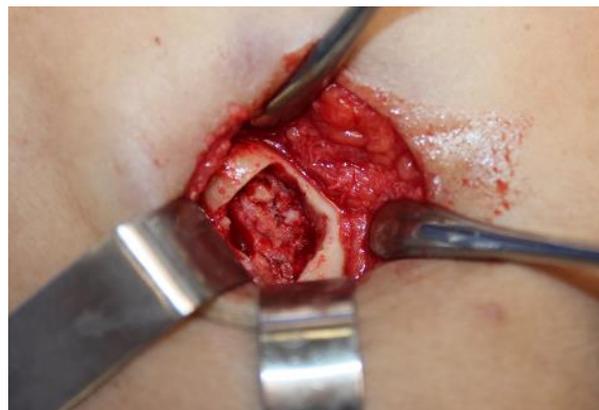


Figura 10: Visão da lesão após remoção de tábua óssea vestibular.



Figura 11. Janela óssea evidenciando o nervo alveolar inferior.

Em seguida, foi realizada a osteotomia periférica para remoção de restos que não foram vistos macroscopicamente. Observou-se durante todo o trans-cirúrgico o NAI, zelando o mesmo de possíveis lesões. Após completa remoção, o material foi enviado para análise anatomopatológica (Figura 12).



Figura 12. Fragmentos da lesão removidos.

A paciente encontra-se em acompanhamento da lesão com a equipe bucomaxilofacial, nota-se discreto sinal de recidiva, sem sintomatologia dolorosa e sem qualquer tipo de queixa, estando no momento em proservação, sem necessidade de novas abordagens cirúrgicas (Figura 13, 14 e 15).



Figura 13. Pós-operatório de 1 ano da exérese da lesão.



Figura 14. Pós-operatório de 2 anos da exérese da lesão.

3. DISCUSSÃO

Segundo Yokoyama *et al.* (2018)⁶, o fibroma ossificante (FO) é uma lesão fibro-óssea benigna composta por tecido fibrocelular e material mineralizado, que microscopicamente apresenta trabéculas ou esférulas de material ósseo ou cementoide em um estroma de tecido conjuntivo. Essas lesões se caracterizam pela substituição da arquitetura óssea normal por fibras colágenas e fibroblastos que contêm quantidades variadas de substâncias mineralizadas, podendo ter aparência óssea ou de cimento^{7,8}.

A etiologia do FO é amplamente debatida na literatura. Especula-se que a lesão esteja relacionada a condições embrionárias, atribuídas às células do ligamento periodontal, que possuem a capacidade de formar osso, tecido fibroso e cimento. Além disso,

fatores como traumas e exodontias são considerados possíveis causas^{6,9}. Estudos também indicam mutações no gene HRPT2 em pacientes com a rara síndrome do hiperparatireoidismo e tumores maxilo-mandibulares como possíveis fatores etiológicos¹.

No que diz respeito a sua ocorrência, a FO apresenta uma maior prevalência em mulheres, principalmente entre a faixa etária de 30 e 40 anos. No entanto há relatos de ocorrência em crianças e pacientes do sexo masculino, não tornando essa neoplasia exclusiva do grupo supracitado¹⁰. O presente caso confirma essa prevalência, envolvendo uma paciente do sexo feminino nessa faixa etária, confirmando o exposto pela literatura.

Rohden (2018), Silveira (2016) e Clemente e Alves (2018)^{3,9,11} relatam que a mandíbula é o osso mais frequentemente acometido por FO, especialmente na região dos pré-molares e molares, seguida pela maxila, onde a lesão costuma ocorrer na região da fossa canina, arco zigomático e seio maxilar. Casos mais raros podem envolver a base do crânio, seios paranasais e ossos longos. No caso relatado apresentou-se em região posterior de mandíbula, em proximidade com dentes molares, assim como elucidado na literatura.

Quanto ao diagnóstico, esse não é realizado de forma direta. Para uma melhor precisão, se faz necessária a união do exame clínico (exame físico e anamnese), exames complementares de imagem e histopatológico para exclusão dos demais diagnósticos diferenciais^{12,13}. A descoberta da lesão está principalmente associada a exames de rotina, sendo identificadas de maneira acidental. Sendo identificada em radiografias panorâmicas. Ainda, como medidas complementares, após deparar com a lesão, podem ser solicitadas radiografias periapicais, oclusais e imprescindivelmente a tomografia de feixe cônico (TCFC), para fornecer uma melhor perspectiva sobre a extensão da lesão^{14,15}.

Radiograficamente, o FO é uma lesão única, bem circunscrita, de crescimento lento e expansivo, com margens nítidas. Inicialmente, apresenta-se como uma área radiolúcida, que pode evoluir para uma aparência mista, com calcificação progressiva, até se tornar completamente radiopaca, circundada por um halo radiolúcido^{4,5,7}. Ainda para Shiwa (2017)², radiograficamente a lesão pode ser diferenciada em 3 etapas: inicial, intermediária e madura. A inicial é composta por uma região osteolítica, apresentando coloração radiolúcida. Já na intermediária, inicia-se a calcificação da área radiolúcida, fornecendo um aspecto misto. Enquanto a final ou madura, exibe grande quantidade de material calcificado (fornecendo um aspecto radiopaco) delimitado por uma linha radiolúcida².

Ainda, quanto as características radiográficas da lesão, a importância de encaminhamento para exame histopatológico se encontra no fato da sua semelhança com outras patologias. Quando a lesão se encontra com aspecto radiolúcido, considera-se como diagnóstico diferencial cisto odontogênico, ameloblastoma, mixoma, e lesão central de células gigantes¹¹. Já, quando está com aspecto misto e/ou radiopaco, são

frequentemente consideradas enquanto displasia fibrosa, tumor odontogênico epitelial calcificante, osteoblastoma, cementoblastoma e osteomielite esclerosante focal^{8,11,13,15}. No caso relatado, a lesão apresentou evolução de uma fase radiolúcida para uma fase radiopaca, indicando um estágio mais avançado do tumor.

O tratamento do FO varia de abordagens conservadoras, como a curetagem, a intervenções mais radicais, como enucleação e ressecção em bloco¹⁰. Em contrapartida, medidas que envolvem a remoção da FO são mais adotadas, a enucleação da lesão e ressecção em bloco são alternativas mais invasivas, porém, apresentam-se menos recidivas e tem suas indicações reservadas, visto que conforme a extensão do tumor, seja necessária a reconstrução para suprir problemas estéticos e funcionais^{2,10,11}. No caso em questão, foi adotada a técnica de enucleação associada à curetagem e osteotomia periférica.

Embora o fibroma ossificante não tenha potencial de malignização, alguns casos apresentam um risco de recidiva incerto, o que torna essencial o acompanhamento a longo prazo^{3,6}.

4. CONCLUSÃO

É fundamental o conhecimento aprofundado das características clínicas e radiográficas dessa lesão, visando um diagnóstico correto e uma indicação precisa da técnica cirúrgica a ser utilizada em cada caso.

A curetagem, seguida de osteotomia periférica, tem se mostrado uma boa opção terapêutica, levando em consideração lesões que não afetem estruturas anatômicas nobres em áreas próximas, diminuindo seu grau de morbidade e potencial de recidivas. Independentemente da opção de tratamento, o acompanhamento pós-operatório é de extrema relevância, a fim de constatar a ausência de qualquer sinal de recorrência.

Percebe-se que o fibroma ossificante possui alto grau de recidiva, tendo assim a extrema importância de preservação a longo prazo para possíveis novas abordagens.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Neville, Brad W. *et al.* Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Tucci R, Israel M. Tradutor. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 912 p.
- [2] Shiwa M, Dalmoro W, Giraldi Neto FO, Goldman RS. Fibroma Cimento-Ossificante: relato de caso. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2017; 7;23(1):79.
- [3] Rohden D. Fibroma cimento-ossificante: diagnóstico clínico-imagiológico e histopatológico. 2018.
- [4] Franco AV de M, Ferreira SMS, Oliveira CRR de, Diniz AP, Nascimento JDR. Fibroma ossificante central: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2018 30;(17):e193.
- [5] Cândida M, Souza S, Castelo C, Bastos L, Fonseca M, Samuel. Fibroma ossificante na mandíbula: relato de caso de patologia rara. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2013 1;13(1):77–82.
- [6] Yokoyama PJI, Horikawa FK, Martins L, Snidei IRM,

- Gross DJ, Andreis JD, *et al.* Fibroma ossificante central em maxila: relato de caso. Archives of Health Investigation [Internet]. 2018 Jul 17 [cited 2023 Oct 11];7(6). Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3012>
- [7] Antonio MAJ, Melo WM, Santos DP, Pessoa MBS, Vale DS, Cavalieri I, *et al.* Largo Fibroma Cimento-Ossificante em Mandíbula: Relato de Caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2012 Set 1; 12(3):35–40.
- [8] Castelino, RL Shetty U, Babu SG, Balan P. Cimento-ossifying Fibroma of Mandible: A Case Report with Review of Literature. West Indian med. j, 2021; 174-176.
- [9] Silveira DT da, Cardoso FO, Silva BJA e, Cardoso CA e A, Manzi FR. Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imagiológico e histopatológico e tratamento feito. Revista Brasileira de Ortopedia [Internet]. 2016 Jan [cited 2022 May 31];51(1):100–4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/v4BFGfNQ9KfM3dr3WCp6Bzd/?format=pdf&lang=pt>
- [10] Brito LT, Angarani G, Silveira RJ. Tratamento de fibroma ossificante central em paciente pediátrico. Em: ODONTOLOGIA: TÓPICOS EM ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA. Editora Científica Digital, 2020; 192-211.
- [11] Clemente S, Alves T. FIBROMA OSSIFICANTE -Relato de caso. Uniubebr [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 14]; Disponível em: <http://dspace.uniube.br:8080/jspui/handle/123456789/355>
- [12] Jadaun, G, Rai, AB, Kharodia S, Gadhiya, Viral G.. Ossifying Fibroma of Mandible - A Case Report. Indian Journal of Dental Research 34(4):458-460, Oct–Dec 2023. | DOI: 10.4103/ijdr.ijdr_134_21
- [13] Nilesh K, Punde P, Patil NS, Gautam A. Central ossifying fibroma of mandible. BMJ Case Rep. 2020 Dec 28;13(12):e239286. doi: 10.1136/bcr-2020-239286. PMID: 33372024; PMCID: PMC7772295.
- [14] Kochaji N, Darwuich K, Ahmad M, Mahfuri A. Bilateral ossifying fibroma affecting the jaws: Literature review, rare case report. International Journal of Surgery Case Reports. 2023; 106:108283 p.
- [15] Tompodung LM, Sensusiaty AD. Ossifying fibroma of the maxilla: A case report with literature review. Radiology Case Reports. 2024; 19(3):915-921.