

Fibroma Ossificante. Relato de Um Caso. (*)

Ossifying Fibroma. Report of a Case.

CD Marcos Martins Neto**
 CD Marilene Issa Fernandes**
 CD Adriana Brufatto Schoenardie**
 CD Myriam Pereira Kapczinski**
 Prof. Dr. Onofre Francisco de Quadros***

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de fibroma ossificante em paciente de 46 anos de idade. São discutidos a etiopatogenia, aspectos clínicos, radiográficos e microscópicos e diagnóstico diferencial.

SUMMARY

The authors present a report of a case of ossifying fibroma in a 46 years-old female patient. We will discuss the etiology, clinicopathologic and radiographic aspects and differential diagnosis.

UNITERMOS

Fibroma ossificante, fibroma cementificante, fibroma cimento-ossificante.

KEYWORDS

Ossifying fibroma, cementifying fibroma, cemento-ossifying fibroma.

Introdução

O fibroma ossificante é um tumor classificado como uma das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares^{3,8}, descrito pela primeira vez por Menzel em 1842.⁶

A etiopatogenia desta lesão, segundo alguns autores^{4,6,10} permanece desconhecida. Weing e cols¹² tentaram correlacionar o trauma e a ocorrência do fibroma ossificante. Entretanto outros pesquisadores consideram que o tumor se desenvolve a partir de células diferenciadas do ligamento periodontal.^{8,9}

O fibroma ossificante é mais frequentemente encontrado na região posterior da mandíbula e em pacientes do sexo feminino e da raça negra, sendo usualmente diagnosticado entre os 20 e 40 anos de idade.^{3,5}

Clinicamente a lesão apresenta-se como um crescimento expansivo e lento, geralmente assintomático.^{3,8,9,11} O desenvolvimento dos dentes pode ser uma característica clínica precoce e devido ao crescimento lento, as tábuas ósseas corticais e a mucosa suprajacente estão invariavelmente intactas¹¹. Hauser e cols⁴ descreveram um fibroma ossificante de ocorrência bilateral, com invasão do seio maxilar.

O principal aspecto radiográfico da lesão é o limite bem definido de suas margens.^{4,8,11} Entretanto, apresentam um quadro variável, dependendo da fase de desenvolvimento ou da quantidade de calcificação.^{4,8,9,11} Nas fases iniciais, aparece como uma área radiolúcida sem evidência de radiopacidades em seu interior¹¹. À medida que o tumor progride vai adquirindo um quadro misto, alternando áreas radiolúcidas

e radiopacas, podendo transformar-se em uma massa radiopaca relativamente uniforme nas lesões maduras^{8,9,11}. Usualmente, a lesão encontra-se circundada por uma linha radiolúcida⁵.

Microscopicamente, o tumor é composto de um estroma apresentando muitas fibras colágenas entrelaçadas, com números variáveis de células fusiformes ou estreladas em proliferação ativa^{1,5,8,11}. Nota-se uma discreta vascularização com áreas hialinas⁴. Em alguns casos o componente vascular é acentuado⁸. O estroma fibroso apresenta numerosos e pequenos focos de trabéculas irregulares de osso não-lamelado que podem apresentar certa semelhança com as trabéculas observadas na displasia fibrosa^{4,5,8,9,11}. Devido a a evolução do tumor, as ilhas de ossificação aumentam de número, crescem e coalescem, aumentando o grau de calcificação o que torna a lesão mais radiopaca¹¹.

Diversos autores afirmam que o tratamento do fibroma ossificante, na maior parte dos casos, consiste na remoção cirúrgica conservadora utilizando-se curetagem ou enucleação^{4,5,8,11}. A recidiva da lesão é rara^{5,11}.

Relato do Caso

A.M.P., sexo feminino, cor branca, 46 anos, solicitou atendimento na Unidade de Estomatologia do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no mês de novembro de 1994, apresentando uma expansão no osso alveolar da maxila, lado esquerdo, região da tuberosidade. Relatou que a lesão era

assintomática e que tinha uma evolução de aproximadamente 2 anos.

Inicialmente solicitou-se um exame radiográfico do local, o qual evidenciou a presença de focos radioacos e zonas radiolúcidas circundados por linha radiolúcida. No mês seguinte realizou-se uma biópsia excisional na lesão. O exame histopatológico revelou fibroma ossificante. Em maio de 1995 a paciente retornou ao Serviço apresentando sensibilidade dolorosa na região onde foi feita a biópsia. No dia 16 de junho de 1995 foi realizada a cirurgia para a remoção desta lesão central, sendo que a avaliação histopatológica da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de fibroma ossificante.

Cumprido relatar que ao exame histopatológico verificou-se áreas correspondentes à inflamação crônica.

Discussão

No que diz respeito à etiopatogenia do fibroma ossificante, os achados bibliográficos são discordantes. Alguns autores preconizam que as células indiferenciadas do ligamento periodontal dão origem ao tumor^{8,9}. O trabalho realizado por Weing e cols¹² em 1984 tenta

* Trabalho desenvolvido como parte das atividades da disciplina de Estomatologia do Curso de Mestrado em Patologia Bucal da FO-UFRGS.

** Aluno(a) do Curso de Mestrado em Patologia Bucal da FO-UFRGS.

*** Professor do Curso de Mestrado em Patologia Bucal da FO-UFRGS.

correlacionar o trauma e a ocorrência da lesão. Porém, estudos recentes como o de Khann e cols⁶ publicado em 1992, afirmam que a etiopatogenia do fibroma ossificante permanece desconhecida. Nosso parecer é de que a etiopatogenia deste tipo de tumor será alvo de muitas discussões e objeto de inúmeras pesquisas visando a elucidação do tema.

Considerando que o fibroma ossificante é mais frequentemente diagnosticado na região posterior da mandíbula, em pacientes da raça negra e pertencentes a uma faixa etária que vai dos 20 anos aos 40 anos de idade^{3,5}, nosso caso não vai de encontro a estas características pois a lesão foi observada na região posterior da maxila e em paciente da raça branca de 46 anos de idade.

Em relação aos aspectos clínico, radiográfico e microscópico o presente caso está de acordo com os relatos de diversos autores^{3,4,5,8,9,11}, ou seja, este tumor manifesta-se como um crescimento lento e expansivo, usualmente assintomático, sem o comprometimento das tábuas ósseas corticais e mucosa suprajacente. O quadro radiográfico revela uma lesão de focos radiopacos e zonas radiolúcidas, circundada por uma linha radiolúcida, conferindo limites bem definidos, fatos relatados pela maioria dos autores^{4,5,8,9,11} vistos também neste caso. Os achados histopatológicos deste caso mostraram um estroma fibroblástico vascularizado, composto de células fusiformes, envolvendo numerosos focos de trabéculas irregulares de osso imaturo, sugerindo atividade osteoblástica o que está de acordo com a literatura consultada^{1,4,5,8,9,11}.

O diagnóstico diferencial desta entidade inclui necessariamente a displasia fibrosa^{2,8} e de modo ocasional a osteomielite esclerosante focal, osteoblastoma, osteoma osteóide e cementoblastoma⁸.

O fibroma ossificante é classificado em central e periférico^{1,10}, conforme sua localização. Em relação ao nosso caso, trata-se de um fibroma ossificante central.

A lesão também pode ser chamada, segundo a literatura⁷, de fibroma cemento-ossificante. Neste caso não foram observadas, histopatologicamente, zonas cementificantes, assim optou-se pela denominação de fibroma ossificante.

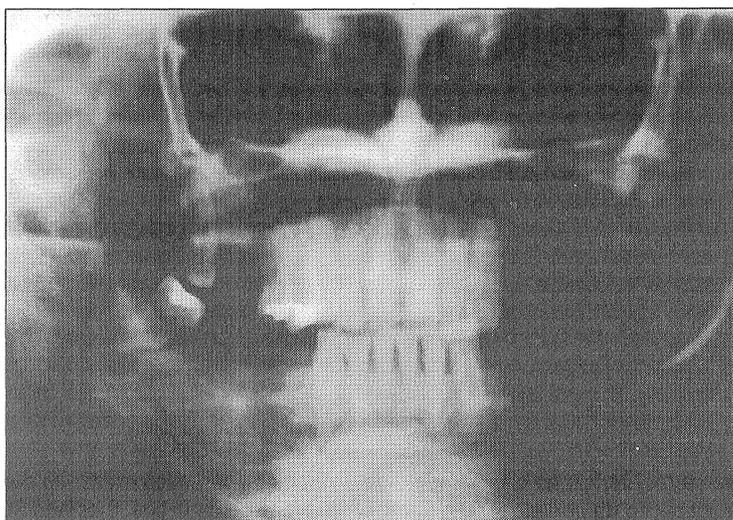


FIGURA 1 - Radiografia panorâmica evidenciando a presença da lesão na região da tuberosidade esquerda.

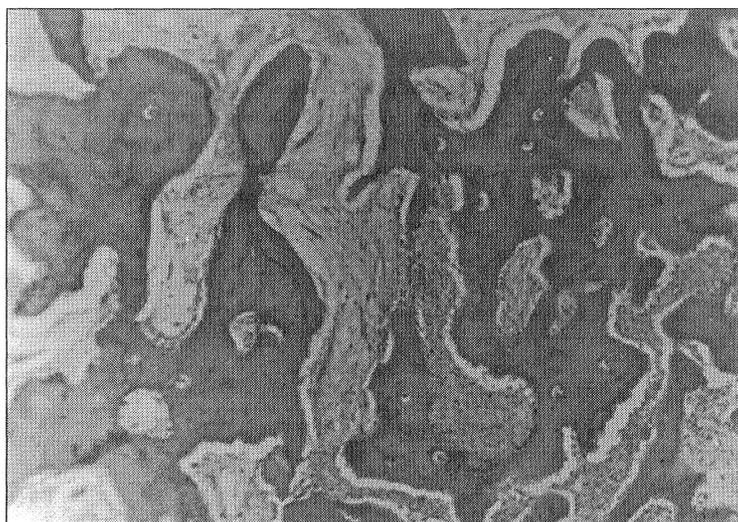


FIGURA 2 - Aspecto microscópico mostrando focos de trabéculas irregulares de osso imaturo e estroma fibroso vascularizado. 100X/H.E.

Referências Bibliográficas

1. BAUMGARTNER, J.C.; STANLEY, H.R.; SALOMONE, J.L. - Peripheral ossifying fibroma. *J. Endod.*, Baltimore, v.17, n.4, p.182-185, Apr. 1991.
2. BERTRAND, B.; ELOY, P.; CORNELIS, J. et al - Juvenile aggressive cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literatura. *Laryngoscope*, St. Louis, v.103, p.1385-1390, Dec. 1993.
3. CAWSON, R.; BINNIE, W.; EVESON, J. - Atlas colorido de enfermidades da boca. São Paulo: Artes Médicas, 1995. 1v.
4. HAUSER, M.S.; FREIJE, S.; PAYNE, R. et al - Bilateral ossifying fibroma of the maxillary sinus. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.68, n.6, p.759-763. 1989.
5. KAUGARS, G.E. - Central ossifying fibroma. *J. Endod.*, Baltimore, v.18, n.4, p.181-183, Apr. 1992.
6. KHANNA, J.N.; ANDRADE, N.N. - Giant ossifying fibroma. Case report on a bimaxillary presentation. *Int. J. Oral maxillofac. Surg.*, Copenhagen, v.21, n.4, p.233-235, 1992.
7. KRAMER, I.; PINDBORG, J.; SHEAR, M. - Histological typing of odontogenic tumours. 2. ed. Berlin: Springer-Verlag, 118 p. (International Histological Classification of Tumours). 1992.
8. REGEZI, J.; SCIUBRA, J. - Patologia Bucal: correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 390 p. Cap. 12. Tumores benignos não-odontogênicos. p.273-275. 1991.
9. SCIUBRA, J.; YOUNAI, F. - Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J. Oral. Pathol. Med.*, Copenhagen, v.18, n.6, p.315-321, July 1989.
10. SCULLY, C.; ALMEIDA, O.; BOZZO, L et al - Atlas de diagnósticos bucal. São Paulo: Santos, 147 p.. 1992.
11. SHAFER, W.; HINE, M.; LEVY, B. - Tratado de patologia bucal. São Paulo: Interamericana, 837 p. 1985.
12. EWNING, B.L.; SCIUBRA, J.J.; GOLDSTEIN, M.M. et al. - A destructive maxillary cemento-ossifying fibroma following maxillofac trauma. *Laryngoscope*, St. Louis, v.68, n.6, p.759-763, Dec. 1989.