

# Osteoma em mandíbula: quando tratá-lo cirurgicamente

*Osteoma of the mandible: when to treat it surgically*

Antônio de Figueiredo Caubi<sup>I</sup> | Rafael de Queiroz Moura<sup>II</sup> | Patrícia Mendonça Borba<sup>III</sup> |  
Davi Felipe Neves Costa<sup>IV</sup> | Luiz Mário Moraes Bispo<sup>V</sup>

## RESUMO

Osteomas são tumores benignos, que se desenvolvem a partir do osso maduro compacto ou esponjoso. São normalmente detectados na região bucomaxilofacial e raramente, em outros ossos. Os locais de ocorrência mais frequentes são a mandíbula e os seios paranasais. Afetam igualmente ambos os sexos, e sua prevalência é mais comum em adultos jovens, tendo sua origem associada a anomalias congênitas, à inflamação crônica, atividade muscular, aos distúrbios embrionários e ao trauma. No presente artigo, é relatado o caso de um jovem que se queixava de aumento de volume em região submandibular direita, com evolução de 9 meses. Apresentava queixa algica ao realizar movimentos de flexão lateral e rotação da cabeça para ambos os lados. Ao exame tomográfico da face, apresentaram uma imagem hiperdensa, de formato oval e superfície irregular adjacente à cortical óssea de corpo mandibular direito. Com hipótese diagnóstica de osteoma, o paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral, para a excisão da lesão. Após a peça cirúrgica ser enviada para análise, o laudo histopatológico confirmou diagnóstico de osteoma compacto. Já no décimo quarto dia pós-operatório, o paciente não mais apresentava dor, ao realizar movimentação cervical.

**Descritores:** Osteoma; Osteoma Osteoide; Osteoblastoma.

## ABSTRACT

Osteomas are benign tumours which develop from mature compact or cancellous bone. They are normally detected in the maxillofacial region and rarely in other bones. The most common sites of occurrence are the mandible (angle, condyle and inferior edge region) and the paranasal sinuses. They affect both sexes equally and their prevalence is greater in young adults, their origin being associated with congenital anomalies, chronic inflammation, muscle activity, embryonic disorders and trauma. This paper reports the case of a young man who complained of swelling in the right submandibular region with nine months' progression. He complained of pain when performing lateral flexion and rotation of the head to both sides. A CT scan of the face showed an oval-shaped hyperdense image and an uneven surface adjacent to the cortical bone of the right mandibular body. With a hypothetical diagnosis of osteoma, the patient underwent surgery under general anesthesia for the excision of the lesion. After the specimen was sent for analysis, the histopathological report confirmed the diagnosis of a compact osteoma. By the fourteenth postoperative day the patient no longer felt any pain on cervical spine movement.

**Keywords:** Osteoma; Osteoma, Osteoid; Osteoblastoma.

<sup>I</sup>Preceptor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial, CTBMF, Hospital da Restauração, Recife - PE.

<sup>II</sup>Residente sênior, CTBMF, Hospital da Restauração, Recife - PE.

<sup>III</sup>Residente sênior, CTBMF, Hospital da Restauração, Recife - PE.

<sup>IV</sup>Residente sênior, CTBMF, Hospital da Restauração, Recife - PE.

<sup>V</sup>Graduando em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, FOP, Universidade de Pernambuco, UPE.

## INTRODUÇÃO

Osteomas são tumores benignos, que se desenvolvem a partir do osso maduro compacto ou esponjoso. Sendo incomuns no restante do esqueleto, essas lesões são bem descritas no complexo buco-maxilo-facial, principalmente envolvendo a mandíbula. Acredita-se que sejam neoplasmas verdadeiros e que sua etiologia possa ser oriunda de reações osteogênicas e tração muscular contínua, processos inflamatórios, eventos hamartomatosos, ou ainda, estágio final de cicatrização de traumas. São lesões benignas latentes e que, algumas vezes, podem ser preservadas, sem necessidade de cirurgia. Podem ser classificadas em central, quando se desenvolve a partir do endóstio, periféricas quando esse desenvolvimento acontece a partir do perióstio, ou ainda, em extraesqueléticas, quando se originam dentro de músculos. O sítio mais comum envolve a região de ângulo e borda inferior mandibular. Quando indolores são detectados geralmente em exames radiográficos de rotina como uma massa esclerótica radiopaca. Clinicamente, constituem-se em uma massa unilateral bem circunscrita, séssil ou pediculada, de crescimento lento, centrífugo, com variação de tamanho entre 10 e 40mm, podendo causar deformidades na face do lado afetado, má oclusão, embora raramente sejam associados à dor. Não tem preferência por gênero, e sua maior prevalência é entre a terceira e a quinta década de vida. Radiograficamente se apresentam como uma massa esclerótica, de imagem radiopaca e bem circunscrita, oval e de densidade semelhante ao osso normal. Embora possa surgir isoladamente, é importante salientar sua possível relação com a Síndrome de Gardner, um distúrbio autossômico dominante, caracterizado por múltiplos osteomas, dentes supranumerários e polipose intestinal<sup>1,3-7</sup>.

Esses tumores respondem bem à ressecção cirúrgica simples, havendo apenas um caso descrito de recidiva<sup>9</sup>. Os tumores pequenos e indolores não necessitam de tratamento, devendo ser acom-

panhados, mesmo que não haja descritos sobre a possibilidade de malignização<sup>1</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente M.N.S., sexo masculino, natural e procedente de Gravatá-PE procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Restauração/Hospital da Face em Recife-PE para atendimento. Queixava-se de aumento de volume em região submandibular direita com evolução de 9 meses e dor local aos movimentos de flexão lateral e rotação da cabeça para ambos os lados. Paciente negou doenças de base ou que fazia uso de medicações de rotina. Refere história de trauma em face há 15 meses. Ao exame físico, apresentava aumento de volume firme à palpação, de aproximadamente 4 cm de comprimento em região submandibular direita, com abaulamento em contorno mandibular, numa vista ínfero-superior, sem sinais flogísticos locais, boa abertura bucal, sem sinais clínicos de cárie dentária ativa importante. Foi solicitada uma tomografia computadorizada da face (Figura 1) em que os cortes apresentam uma imagem hiperdensa, formato oval e superfície irregular, associada à cortical óssea de corpo mandibular direito. Com hipótese diagnóstica de osteoma, paciente foi, então, submetido a tratamento cirúrgico sob anestesia geral, após ser categorizado ASA 1. Após antisepsia local e aposição de campos cirúrgicos, foi realizada a marcação cirúrgica para acesso submandibular de Risdon, seguida de infiltração anestésica com lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000. Após realizado o acesso cirúrgico e a exposição da lesão óssea (Figura 2), deu-se início à ressecção da lesão, utilizando-se broca 702 carbide sob irrigação, para marcação entre o limite da lesão e a cortical óssea, procedendo-se ao uso de cinzéis retos até a ressecção completa da lesão com dimensões de 4,0 x 2,7 x 2,4cm (Figura 3). O acabamento da cortical para regularização óssea foi realizado com brocas de tungstênio formato pera, sob irrigação

abundante. Lavagem copiosa e sutura por planos finalizaram o tratamento cirúrgico. Analgésicos e anti-inflamatórios não-esteroides foram utilizados para o controle da dor pós-operatória. No sétimo dia de pós-operatório, o paciente retorna para acompanhamento ambulatorial no qual a ferida operatória encontrava-se mantida por suturas e com discreto edema local. No décimo quarto dia pós-operatório, o paciente retorna para remoção da sutura, na qual não havia mais edema instalado, e o contorno mandibular à direita já era percebido. Paciente não apresentava nesse momento queixa de dor ao realizar movimentos com a cabeça. Laudo Histopatológico confirma a hipótese diagnóstica de osteoma compacto(Figura 4). Após 90 dias de acompanhamento pós-operatório, foi solicitada ao paciente uma nova tomografia computadorizada da face na qual não mais se evidenciava lesão nem o paciente apresentava novas queixas(Figura 5).



Figura 2

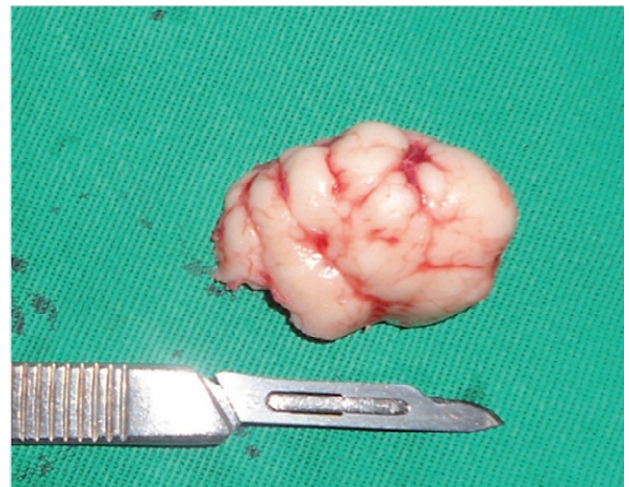


Figura 3

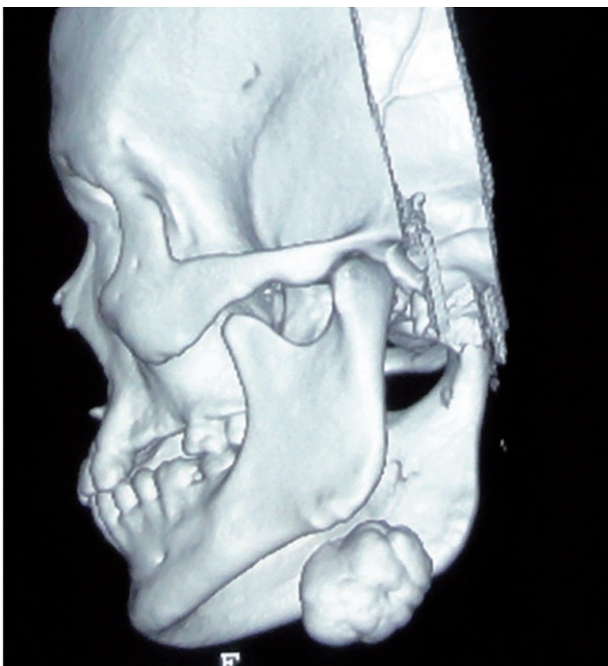


Figura 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL  
Av. Prof. Moraes Rego, S.N. Cidade Universitária  
Tel.: (81) 2126-7510

EXAME Nº: 3056 DATA: 03/05/2012  
PACIENTE: ██████████ IDADE: 30 GÊNERO: M  
PROCEDÊNCIA: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO REGISTRO:  
REQUISITADO POR: DRª PATRÍCIA BORBA

**MACROSCÓPIA:**  
BIÓPSIA DE LESÃO LOCALIZADA EM MANDÍBULA. CONSTA DE 1 FRAGMENTO DE TECIDO DURO, MEDINDO 4,0 X 2,7 X 2,4 CM., O QUAL SEGUIU PARA DESCALCIFICAÇÃO.

**MICROSCÓPIA:**  
NAS SECCÕES EXAMINADAS E CORADAS EM HE, OBSERVAM-SE LAMELAS ÓSSEAS DENSAS QUE APRESENTAM ESPAÇOS VASCULARES EM SEU INTERIOR.

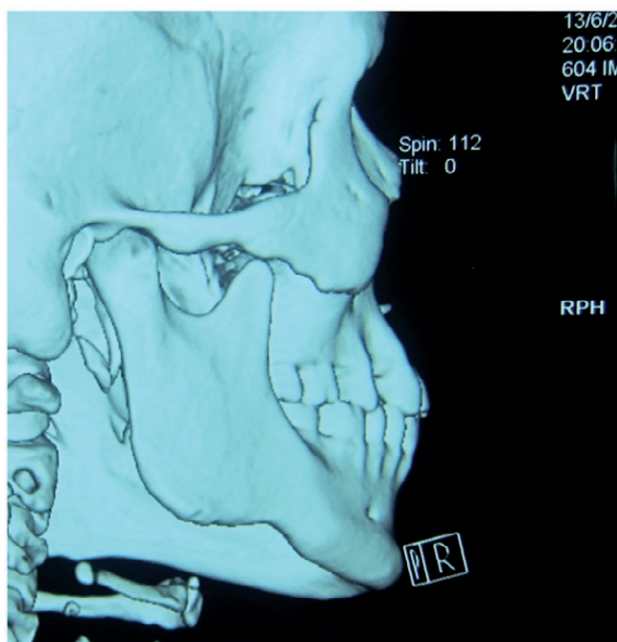
**CONCLUSÃO**  
MANDÍBULA:  
OSTEOMA COMPACTO.

**NOTA:**  
1. NO MATERIAL EXAMINADO NÃO HÁ INDÍCIOS MORFOLÓGICOS DE MALIGNIDADE.

DIGITADO POR: ELAINE JUDITE DE AMORIM CARVALHO

Prof. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro Prof.ª Dra Elaine Judite de Amorim Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez

Figura 4



**Figura 5**

## DISCUSSÃO

56

Agentes traumáticos contribuem para o desenvolvimento de osteomas na região buco-maxilo-facial<sup>1</sup>. A patogênese é constituída de uma resposta de células osteogênicas, combinadas com fatores traumáticos e tração muscular contínua, promovendo a elevação do periósteo, especialmente no ângulo e na borda inferior da mandíbula<sup>1-3</sup>. No presente caso, o paciente relatava trauma sobre local há aproximadamente 15 meses, o que surge como forte elemento iniciador da lesão, mesmo com a história de percepção da lesão apenas 7 meses depois.

Os osteomas dos ossos gnáticos são bem raros, e a maioria deles são mais frequentes na mandíbula do que na maxila<sup>4</sup>. Geralmente são detectados por meio de exames de rotina ou em casos de assimetria facial, após vários anos de crescimento lento<sup>1,3,4</sup>. Caracterizam-se como uma massa unilateral indolor e bem definida com diâmetro variável entre 10 a 40mm de diâmetro, podendo causar deformidades faciais e funcionais da oclusão. Radiograficamente, a lesão é caracterizada por uma imagem radiopaca e bem circunscrita. Essas características,

encontradas na literatura, corroboram os achados desse caso clínico, em que um paciente era jovem e apresentou uma característica de crescimento da massa tumoral em apenas 9 meses de evolução, sem relatar dor espontânea, mas sentindo dor local aos movimentos de flexão lateral e rotação da cabeça, causando assimetria e distúrbios na motricidade cervical. Na tomografia computadorizada, detectou-se uma imagem hiperdensa, formato oval e superfície irregular de aproximadamente 4cm em região submandibular direita no seu maior diâmetro, denotando a evolução adiantada da lesão. Histologicamente é composta de osso de aparência normal, tanto compacto quanto trabecular ou uma combinação de ambos. Não existe um núcleo de tecido cartilaginoso<sup>2</sup>.

Pacientes com lesões diagnosticadas como osteomas devem ser avaliados considerando-se a possibilidade de serem portadores da Síndrome de Gardner<sup>5</sup>. Eles podem apresentar como sintomas sangramento retal, diarreia e dor abdominal. Também é relatada a presença de pólipos gastrointestinais, tumores da pele e tecidos moles, anomalias esqueléticas, como osteoma e hipercalcificação do crânio ou dos ossos maxilares, e, finalmente, vários dentes inclusos e supranumerários<sup>3,6</sup>. Nesse caso, o paciente possuía, apenas, um osteoma, o que possivelmente exclui essa associação.

Em termos de diagnóstico diferencial, os osteomas periféricos dos ossos maxilares devem ser distinguidos de outras exostoses das maxilas, incluindo tórus<sup>5</sup>. Exostoses ósseas tendem a aparecer no aspecto vestibular do osso alveolar, em contraste com os osteomas periféricos, que quase sempre ocorrem nas faces lingual/ palatina do osso alveolar. Além disso, tem sido sugerido que exostoses ósseas, com exceção dos osteomas não são neoplasias verdadeiras, mas sim lesões de desenvolvimento. Além disso, exostoses geralmente param de crescer na puberdade, diferente dos osteomas<sup>4</sup>. Osteoblastomas e osteomas osteoides podem se apresentar

como expansão óssea lingual ou bucal e também devem ser distinguidos de osteomas periféricos. Os pacientes com osteoblastoma ou osteoma osteoide costumam apresentar-se com uma história de crescimento rápido e dor, uma característica não associada diretamente com osteoma periférico na maioria das vezes, exceto quando estão invadindo estruturas de tecidos moles contínuas<sup>7</sup>. Inflamação e fístula são características mais frequentemente associadas com a displasia cemento-óssea focal ou florida do que com os osteomas<sup>2</sup>. No presente caso, o paciente referia que a lesão apresentou um crescimento em um período de 2 anos, com história progressiva de trauma como provável causa.

Por serem lesões benignas latentes, podem, algumas vezes, ser preservadas sem necessidade de cirurgia. O prognóstico é bom, não havendo nenhum tipo de complicação, exceto naqueles localizados junto aos seios da face, quando podem ocasionar compressões extrínsecas. Principalmente osteomas pequenos devem ser tratados não invasivamente com acompanhamento clínico e radiográfico periódicos, considerando que a maioria desses tumores são assintomáticos, não havendo relatos de malignidade. Nos casos de grandes tumores, o tratamento cirúrgico deve ser realizado<sup>1</sup>. Nesse caso, o paciente apresentava sintomatologia dolorosa e alterações estéticas, sendo, portanto, indicado o tratamento cirúrgico. Acredita-se que o acompanhamento clínico e o radiográfico depois da completa excisão cirúrgica do periosteio do osteoma são apropriados desde que Bosshardt et al.<sup>9</sup> descreveram apenas um caso de recidiva depois da excisão cirúrgica completa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os osteomas são tumores ósseos benignos, decorrentes da proliferação de osso esponjoso ou compacto de ocorrência pouco comum na mandíbula. Faz-se necessário o diagnóstico diferencial com osteoblastoma e osteoma osteoide assim

como a possível associação com a síndrome de Gardner. Excisão simples total da lesão e o exame histopatológico são o tratamento de escolha para as lesões sintomáticas.

## REFERÊNCIAS

1. Guimarães KB, Cavalcante JR, Ferraro-Bezerra M, Silva DN, de Holanda Vasconcellos RJ, do Egito Vasconcelos BC. Peripheral osteoma bilateral of the mandible without association with Gardner syndrome. *J Craniofac Surg*. 2012 Mar;23(2):e83-6.
2. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, Calderon S. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008 Sep;106(3):e22-9. Epub 2008 Jul 7.
3. Ogbureke KU, Nashed MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible: a case report and review of the literature. *Pathol Res Pract*. 2007;203(3):185-8. Epub 2007 Feb 20. Review.
4. Bulut E, Acikgoz A, Ozan B, Gunhan O. Large peripheral osteoma of the mandible: a case report. *Int J Dent*. 2010;2010:834761. Epub 2011 Feb 6.
5. Sayan NB, Uçok C, Karasu HA, Günhan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002 Nov;60(11):1299-301.
6. Rodriguez Y Baena R, Rizzo S, Fiandrino G, Lupi S, Galioto S. Mandibular traumatic peripheral osteoma: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011 Dec;112(6):e44-8. Epub 2011 Sep 8. Review.
7. Richardson PE, Arendt DM, Fidler JE, Webber CM. Radiopaque mass in the submandibular region. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999 Jun;57(6):709-13.

8. Gil-Carcedo LM, Gil-Carcedo ES, Vallejo LA, de Campos JM, Herrero D. Frontal osteomas: standardising therapeutic indications. *J Laryngol Otol.* 2011 Oct;125(10):1020-7. Epub 2011 Jul 18.
9. Bosshardt L, Gordon RC, Westerberg M, Morgan A. Recurrent peripheral osteoma of mandible: report of case. *J Oral Surg.* 1971 Jun;29(6):446-50.

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Hospital da Restauração

Rafael de Queiroz Moura

Av. Gov. Agamenon Magalhães, s/n, Derby

Tel: (81) 3181 5400 CEP: 52010-040

E-mail: mourafael77@hotmail.com

Recife-Pernambuco-Brasil