

Osteoma Compacto Central de Mandíbula: relato de caso clínico

An central compact osteoma of the mandible: report of clinical case

Luiz Fernando Boros¹, Marileide Inácio da Silva Carneiro², Luís Henrique Boros³, Luís Filipe Boros⁴, Priscilla Algarte da Silva Boros⁵

1. Cirurgião-Dentista. Doutor em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru – USP. Professor Associado da Disciplina de Patologia Aplicada do Departamento de Estomatologia do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná – UFPR

2. Cirurgião-Dentista. Doutora em Princípios da Cirurgia pelo Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e Faculdade Evangélica do Paraná.

3. Cirurgião-Dentista. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

4. Cirurgião-Dentista. Mestre em Microbiologia pelo Departamento de Patologia Básica da Universidade Federal do Paraná – UFPR e Especialista em Endodontia pela Associação Brasileira de Odontologia, Seção Paraná.

5. Cirurgião-Dentista. Especialista em Ortodontia pela Universidade Estadual de Maringá – UEM.

DESCRIÇÕES

Osteoma; Tumor Ósseo Benigno; Osteoma de Mandíbula.

RESUMO

O osteoma é considerado um tumor ósseo benigno de crescimento lento, contínuo, indolor e de etiologia controversa. Geralmente é diagnosticado em pacientes jovens no período da puberdade, VG nos exames radiográficos de rotina ou quando assume um grande tamanho levando à assimetria facial. Os osteomas são classificados quanto à localização radiográfica em três grupos: central, periférico e extraósseo. No exame histológico, são classificados em dois tipos: compacto e medular. No primeiro, predomina osso lamelar denso e escasso tecido medular. No segundo, predomina osso do tipo trabecular com abundante medula fibrogordurosa. Neste caso clínico apresentado de Osteoma Compacto Central de Mandíbula, o tratamento proposto foi O DO controle clínico-radiográfico periódico, por ser de pequeno tamanho, assintomático, e, ainda, não comprometer o nervo alveolar inferior e não haver relatos de malignização.

Keywords:

Osteoma; Osseous Tumour Benign; Osteoma of the Mandible.

ABSTRACT

Osteoma has been considered a benign bone tumor. It presents slow, continuous and painless growth. It has a controversial etiology. Usually it is diagnosed on young patients at puberty period during routine radiographic exams or when it assumes a huge size causing facial asymmetry. Osteoma is classified in three groups according radiographic localization: central, peripheral and extra skeletal. And it is classified in two groups according histologic exam: compact and medullar. The first type predominate dense lamella bone and scarce medullar tissue. And the second one predominate bone with spaces and abundant medulla with fibrofatty. The aim of this article is to describe a clinical case of Central Compact Osteoma of the Mandible that was decided just to follow up with periodic radiographic control because it was no committed to inferior alveolar nerve and there is not reports of the malignity.

Corresponding author address:

Luiz Fernando Boros
Av. Pref. Lothário Meissner, 632 – Jardim Botânico
Curitiba – PR
CEP 80210-170 Email: fernandoboros@ufpr.br

INTRODUÇÃO

O osteoma é considerado um tumor ósseo benigno, de crescimento lento e contínuo, indolor e geralmente é diagnosticado durante a puberdade, cuja etiologia é ainda controversa. O osteoma é de rara ocorrência, sendo caracterizado pela proliferação de osso compacto maduro ou de osso medular. Isso é explicado no estudo realizado por Peltola et al.¹, quando os autores avaliaram radiograficamente 392 estudantes entre 14 e 17 anos de idade e encontraram apenas um único caso de um pequeno osteoma no seio maxilar. Por ser um tumor ósseo raro, há uma dificuldade em se determinar a sua prevalência. Essencialmente o osteoma é restrito ao esqueleto craniofacial e raramente é diagnosticado em outros ossos². Green e Bowerman³ discutem, em seu artigo, sobre um osteoma de mandíbula, serem o trauma e as infecções as causas prováveis desta patologia, entretanto concluem que não foi nenhuma destas duas etiologias a causa do surgimento deste caso estudado. Segundo Fritz et al.⁴, citam que na incidência há uma predile-

ção pelo sexo masculino, numa proporção de 2:1 com relação ao sexo feminino.

O osteoma pode ser classificado em três grupos quanto à localização: central, periférico e extraósseo. O primeiro grupo pode ser diferenciado de outras patologias denominadas como enostoses, porque usualmente o osteoma é encapsulado⁵. O osteoma periférico é uma lesão rara⁶, normalmente surge do periosteio e, à medida que cresce, exibe um padrão pedunculado ou sésil, cuja base é contínua com a linha da cortical óssea. Embora essa lesão possa surgir em qualquer idade, é mais comum em adultos jovens. Consiste em uma massa óssea dura à palpação, circunscrita e que geralmente produz assimetria quando atinge grandes tamanhos, apresentando mucosa de revestimento fina e esbranquiçada. Segundo Weinberg⁷, raramente um osteoma causa dor, a não ser que pressione estruturas adjacentes ou obstrua a passagem de nervos ou vasos. Ogbureke et al.⁶ relatam em seu artigo que os osteomas são normalmente diagnosticados em exames radiográficos de rotina, exceto em casos em que as lesões são suficientemente grandes a ponto de causarem assimetria

facial no paciente e/ou um desconforto funcional.

Cerase e Priolo⁸ relatam que o tamanho do osteoma é bastante variável, tendo uma média de 1 a 6 cm de diâmetro, e, no que diz respeito à topografia, há preponderância de relatos envolvendo processo alveolar, tuberosidade da maxila, face lingual do corpo e borda inferior da mandíbula, sendo a última mais citada. Sayan e Karasu⁹ descrevem, em seu artigo, que a localização mais precisa de um osteoma é usualmente próxima às regiões de inserções musculares, sugerindo que a tração muscular pode ter um papel no desenvolvimento dessa lesão.

O osteoma frequentemente surge isoladamente, salvo quando associado à síndrome de Gardner, que é uma desordem rara, herdada como um traço autossômico dominante com quase 100% de penetrância. Cerca de 90% dos pacientes com síndrome de Gardner demonstram anormalidades de esqueleto, sendo o osteoma a patologia tumoral mais comum¹⁰. Na Síndrome de Gardner, além da presença de múltiplos osteomas, há também o acometimento intestinal, mostrando pólipos, falta de dentes permanentes ou presença de dentes extranumerários¹¹.

A proposição deste trabalho é a de mostrar um caso clínico diagnosticado como Osteoma Compacto Central de Mandíbula, com ênfase nos aspectos radiográficos e histológicos.

CASO CLÍNICO

Paciente com 51 anos e do sexo feminino, leucoderma, apresentando boas condições de saúde. Em uma tomada radiográfica panorâmica de rotina (Figura - 1 e 2), observa-se a ausência de vários dentes, e, no corpo da mandíbula do lado esquerdo entre os dentes 34 e 38, visualiza-se uma lesão radiopaca bem delimitada de aproximadamente 30 milímetros nas maiores dimensões que se estendia sobre o canal do nervo alveolar inferior. No exame clínico, a anatomia da mandíbula do lado esquerdo está preservada e relata a paciente ser indolor. Complementando a análise radiográfica, foi realizada uma tomografia computadorizada (Figura - 3 e 4). Na imagem tomográfica panorâmica, visualiza-se, no corpo da mandíbula no lado esquerdo, uma imagem radiopaca de aproximadamente 30 milímetros nas maiores dimensões que se projeta sobre, para trás e por baixo do canal do nervo alveolar inferior. Nos cortes coronais da área comprometida (Figura - 5), aparece a porção medular do osso da mandíbula totalmente calcificada, caracterizando um possível osteoma do tipo intramedular e central, cujas corticais ósseas vestibular e lingual estão preservadas. Observa-se que o canal do nervo alveolar inferior está circunscrito pela massa tumoral. Foi realizada uma biópsia óssea incisional, utilizando-se uma broca trefina de diâmetro 4,2 mm para contra-ângulo de baixa rotação que possibilitou a remoção de um espécime de forma cilíndrica de tecido compacto e de cor levemente amarelada (Figura - 6). O espécime foi processado em laboratório por desmineralização com ácido fosfórico a 6% por 15 dias e incluído em parafina histológica. Foram realizados cortes histológicos de 5 micras de espessura. Os cortes histológicos foram corados pela técnica de coloração de rotina, utilizando-se os corantes, hematoxilina e a eosina (H.E) e foram examinados em microscópio de luz comum. Nos cortes histológicos examinados (Figuras - 7 - 8 - 9 - 10 - 11), predominou tecido ósseo lamelar denso (osso compacto) de aparência normal, contendo canais de Havers de variados tamanhos e pequena quantidade de tecido medular. Os aspectos histológicos observados confirmam o diagnóstico de Osteoma Compacto.



Figura 1 – Radiografia Panorâmica

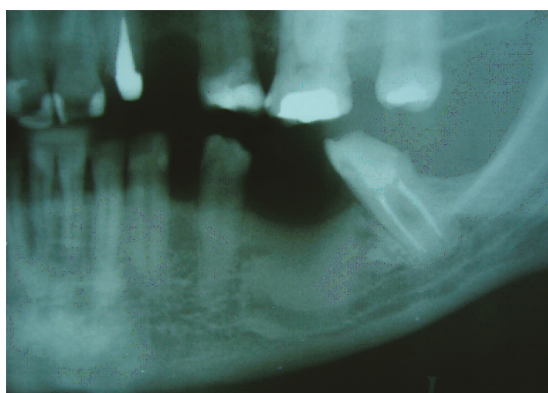


Figura 2 – Lado esquerdo ampliado



Figura 3 - Tomografia panorâmica

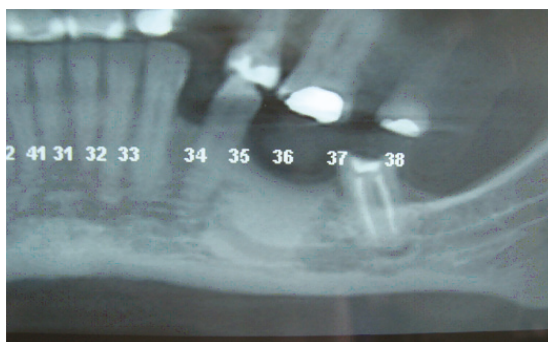


Figura 4 - Tomografia panorâmica lado esquerdo ampliado

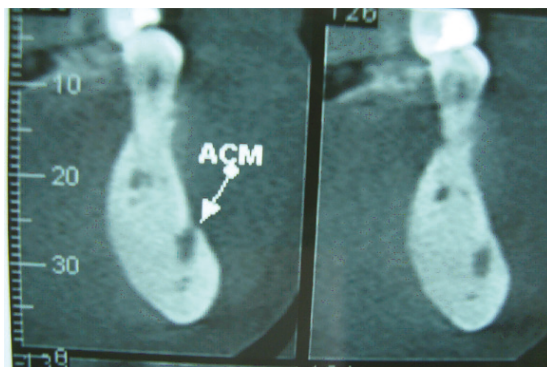


Figura 5 - Cortes tomográficos coronais

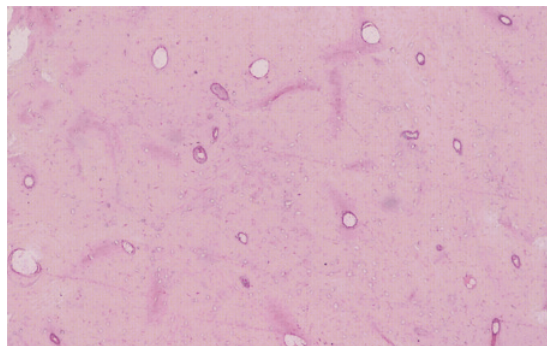


Figura 9 – (H.E, 100X)

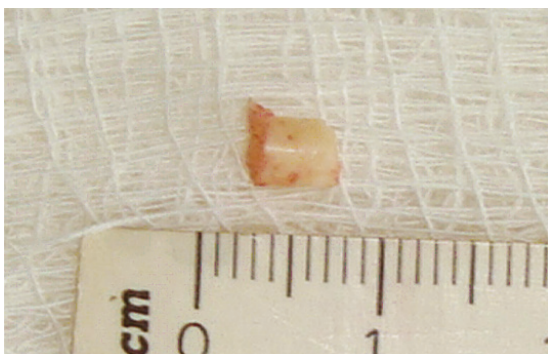


Figura 6 - Espécime biopsiado

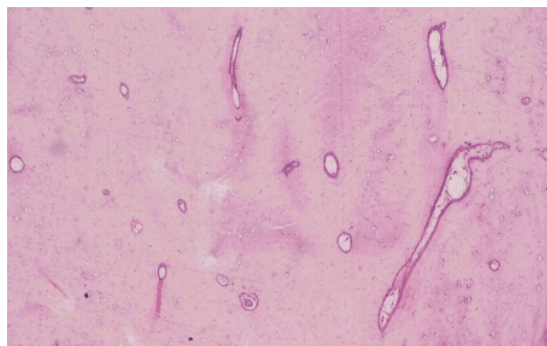


Figura 10 – (H.E, 100X)

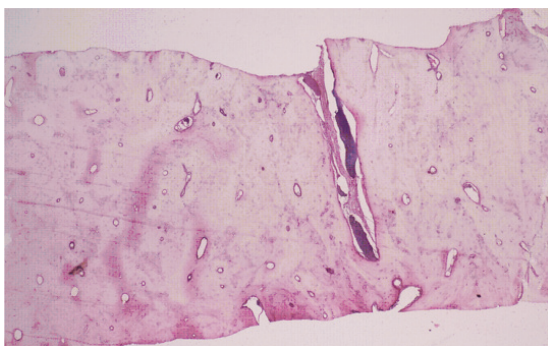


Figura 7 – (H.E, 40 X)

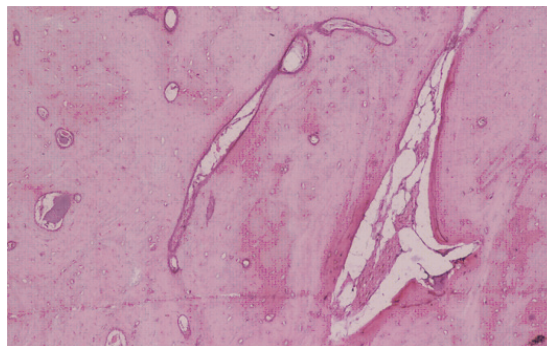


Figura 11 – (H.E. 100X)

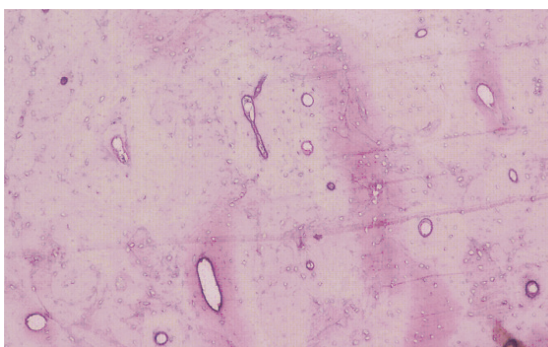


Figura 8 – (H.E, 100X)

DISCUSSÃO

Embora o osteoma possa afetar qualquer parte do esqueleto, a área mais comumente envolvida é o crânio, os seios paranasais e a mandíbula. Quando as lesões gnáticas são observadas, elas ocorrem frequentemente na região do ângulo mandibular e são geralmente associadas com importante deformidade facial.

A lesão poderá ser endosteal (central) ou subperiosteal (periférica), na última podendo ser séssil ou pedunculada, que é mais fácil de ser reconhecida e diagnosticada¹². Geralmente se apresenta como uma forma de cogumelo radiopaca, projetando-se da porção periférica dos ossos maxilares¹³. Porém esta forma periférica, pode, muitas vezes, ser confundida com exostoses¹⁴, que são apenas crescimentos ósseos,

os quais são bem delimitados, duros à palpação e recobertos por mucosa bucal normal¹⁵. O osteoma tem evolução lenta e indolor, muito embora possa causar dor, caso pressione fibras nervosas, cefaleia, sinusite ou queixas oftalmológicas quando está intimamente associado aos seios paranasais. Radiograficamente, a lesão endosteal (central) apresenta-se radiopaca e circunscrita na região medular do osso comprometido, e, muitas vezes, a imagem radiográfica é semelhante ao odontoma complexo e à esclerose idiopática, o que dificulta o diagnóstico radiográfico diferencial. A imagem radiográfica do osteoma subperiosteal caracteriza-se por imagem radiopaca, com limites bem definidos, com um padrão esclerótico uniforme ou também pode aparecer como uma lesão periférica esclerótica com trabeculado central. As lesões predominantemente esponjosas geralmente são radiograficamente mal delimitadas.

Badauy et al.¹⁶ analisaram uma imagem radiográfica de uma lesão radiopaca no corpo da mandíbula de um homem de 26 anos de idade. Os autores citam as várias patologias que podem ter semelhanças radiográficas e serem sugestivas de diagnóstico, quando comparadas com a imagem radiográfica radiopaca estudada. A lesão assemelhava-se radiograficamente com as patologias: fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia cemento-óssea, esclerose idiopática, cementoblastoma, osteomielite esclerosante crônica, osteoblastoma e osteoma osteoide.

O fibroma ossificante é um tumor benigno, que comumente afeta a mandíbula na região de pré-molares e molares. Esta lesão causa expansão óssea; usualmente a cortical óssea abaixo da mandíbula é assintomática. Reabsorção das raízes e deslocamento dos dentes estão ocasionalmente associados. A radiografia mostra uma radiopacidade envolvida por uma área radiolúcida e uma borda esclerótica¹⁶.

A displasia fibrosa é caracterizada pela substituição de tecido ósseo normal por tecido conjuntivo fibroso imaturo e trabeculado ósseo displásico irregular. A lesão pode afetar um ou mais ossos. Clinicamente ocorre como um crescimento assintomático, que expande a cortical dos ossos sem deslocar os dentes. A patologia tem uma imagem radiográfica mista (radiolúcida e radiopaca) nos estágios iniciais e em casos bem estabelecidos, aparece como uma imagem de vidro despolido com margens pobremente definidas¹⁶.

A displasia cemento-óssea consiste de um processo displásico reativo, que tem uma imagem radiopaca definida envolvida por uma linha radiolúcida. Esta lesão usualmente acomete a região dos dentes antero-inferiores, afetando dois ou mais dentes, porém não causa expansão óssea nem dor¹⁶.

As lesões escleróticas idiopáticas são também radiopacas, porém não apresentam agente etiológico óbvio. Essas lesões são mais comuns na mandíbula, podendo apresentar formas arredondadas, elípticas ou irregulares, sendo encontradas em exame radiográfico de rotina. Elas são usualmente assintomáticas e não causam expansão óssea¹⁶.

O cementoblastoma é um tumor odontogênico raro, que provém do ectomesênquima, caracterizado pela proliferação do cemento, e por essa razão, sua localização é próxima às raízes dos dentes. A lesão aparece como uma massa radiopaca em volta da raiz do dente, e a região de maior prevalência é a de pré-molares inferiores. Esta lesão causa expansão óssea e é acompanhada de dor intermitente de intensidade baixa ou moderada¹⁶.

A osteomielite esclerosante crônica é uma patologia inflamatória crônica, caracterizada por aumento de volume ósseo localizado e dor intermitente. A imagem radiográfica mostra uma imagem mista (radiopaca e radiolúcida), com as margens da lesão pobremente definidas e estruturas radiopacas irregulares, que resultam do trabeculado ósseo¹⁶.

Os osteoblastomas são tumores ósseos primários que ocorrem na região maxilofacial. Os sinais clínicos e sintomas incluem aumento de volume, maciez local e dor espontânea

persistente. O tumor produz um defeito radiolúcido, de forma arredondada a oval, demarcada por uma linha esclerótica com radiopacidade em forma de nuvem dentro da lesão¹⁶.

O osteoma osteoide é uma lesão óssea dolorosa rara. Radiograficamente ele aparece como uma lesão pequena, arredondada, subjacente à cortical e envolta por uma linha esclerótica¹⁶.

No exame histológico do osteoma compacto central, observa-se osso lamelar denso e tecido medular escasso, contendo Sistema de Havers¹⁷. O osteoma central ou medular é composto de osso trabeculado e de pouca quantidade de medula fibrogordurosa¹⁸.

Piattelli et al.¹⁹ consideram que o osteoma é uma hiperplasia óssea reativa ou uma ossificação avançada, desconsiderando ser uma lesão tumoral óssea.

Ikeshima²⁰ salienta que o diagnóstico conclusivo de osteoma deve ser confirmado através do exame histopatológico.

A maior parte dos osteomas são assintomáticos. A conduta inicial no tratamento dos osteomas é o não invasivo com controles clínico-radiográficos periódicos em se considerando que não há relatos de malignização. Caso o osteoma acarrete transtornos funcionais ao sistema estomatognático, como ulcerações superficiais no tecido de revestimento ou desarmonia facial decorrente da expansão da cortical óssea, dor ou parestesia, o tratamento eleito é a exérese cirúrgica. O prognóstico esperado geralmente é excelente no tratamento dos osteomas com rara ou mesmo nenhuma possibilidade de recidiva.

CONCLUSÃO

Neste caso clínico apresentado de Osteoma Compacto Central de Mandíbula, o tratamento proposto foi o controle clínico-radiográfico periódico, por ser de pequeno tamanho, assintomático, não comprometer o nervo alveolar inferior e não haver relatos de malignização.

REFERÊNCIAS

1. Peltola JS, Wolf J, Männik A, Russak S, Seedre T, Sirkel M, Vink M. Radiographic findings in the teeth and jaws of 14-to 17-year-old Estonian schoolchildren in Tartu and Tallinn. *Acta Odontol Scand*, 1997; 55: 31-35.
2. Silveira RL, Borges OH, Machado R, Cancino A, Oliveira MG. Análise imagiológica dos osteomas *Rev Bras Patol Oral*, 2005; 4(1): 23-26.
3. Green AE, Bowerman JE. An osteoma of the mandible. *Brit J Oral Surg*, 1974; 12: 225-228.
4. Fritz GW, Deshpande V, Gordon SE. Central osteoma of the mandible: report of case. *J Oral Surg*, 1981; 39: 44-45.
5. Khosla VM. Central osteoma of the mandible: report of case. *J Oral Surg*, 1970; 28: 121-122.
6. 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: 185-188.
7. Weinberg S. Osteoma of the mandibular condyle: report of case. *J Oral Surg*, 1977; 35: 929-932.
8. Cerase A, Priolo, F. Skeletal benign bone-forming lesions. *Eur J Radiol*, 1998; 27: S91-S97.
9. Sayan NB, Karasu HA. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: A study of 35 new cases. *J Oral Maxillofacial Surg*, 2002; 60: 1299-1301.
10. Neville BW, Damm, DD, Allen CM, Bouquot, JE. Doenças do Osso In *Patologia Oral & Maxilofacial*, 2. ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p.511-564, 2004.
11. MacLennan WD, Brown RD. Osteoma of the mandible. *Brit J Oral Surg*, 1974; 2: 219-224.

12. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D.; Calderon S. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. *Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2008; 106: e22-e29.
13. Gondo RM, Costa MDMA, Batista JD, Melo PEC, Silva CM. Osteoma periférico em corpo mandibular: relato de caso *Peripheral/Osteoma of the Mandibular Body:Case Report. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, 2008; 8(1): 23-28.
14. Bessho K, Murakami K, Lizuka T, Ono, T. Osteoma in mandibular condyle. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 1987; 16: 372-375.
- 15 Walker DG. Benign nonodontogenic tumors of the jaws. *J Oral Surg*, 1970; 28: 39-57.
16. 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.
17. Noren GD, Roche WC. Huge osteoma of the mandible: report of case. *J Oral Surg*, 1978; 36: 375-379.
18. Skolnick IM. Osteoma of the mandible: a case report. *N Y State D J*, 1972; 38: 9-14.
- 19 Piattelli A, Scarano A, Albrti LD, Piattelli M: Osteoma of the mandible: case report. *Acta Stomatol Belg*, 1995, 92: 13-16.
20. Ikeshima A. Metrical differential diagnosis based on location (part 2) - Differential diagnosis among various benign tumors. *J Nihon Univ Sch. Dent*, 1995; 37(2): 77-84.