

Osteoma periférico do ângulo mandibular: revisão de literatura associado a um relato de caso

Peripheral osteoma of the mandibular angle: literature review associated with a case report

Osteoma periférico del ángulo mandibular: revisión de la literatura asociado a reporte de caso

Pamela Gomes 
Wellington Luiz Vieira 

Endereço para correspondência:

Pamela Gomes
Rua Perú, 27
Vila Marabá
68464-000 - Tucuruí - Pará - Brasil
E-mail: pamelacassia@hotmail.com

Recebido: 04.10.2020

Modificado: 05.10.2020

Aceito: 09.11.2020

RESUMO

O osteoma é considerado uma lesão benigna, localizada ao longo do esqueleto crânio facial, de etiologia controversa, por inúmeras explicações relacionadas a sua origem, está presente em qualquer idade e sem predileção por sexo, podem ser solitários ou múltiplos e estar associado a síndromes. O diagnóstico é feito por meio de exame clínico, associado aos exames imaginológicos e histopatológicos. O tratamento do osteoma dependerá do seu tamanho relacionado à desfiguração facial e possível constrangimento, que consiste em remoção cirúrgica e osteotomia de modelagem. O objetivo deste artigo é apresentar um relato de caso de osteoma periférico causando assimetria facial em ângulo mandibular de uma mulher de 45 anos sem evidências clínicas (no momento do exame) de manifestações intestinais e cutâneas para o qual foi estabelecido que a lesão não estivesse associada à Síndrome de Gardner. O tempo de evolução da alteração estética e funcional imprecisa segundo a paciente; porém se tornou perceptível devido as grandes dimensões alcançadas, a assimetria facial foi determinante à procura de intervenção cirúrgica para sua resolução, e nos levou a apresentação do relato de caso, e revisar os casos publicados sobre não síndromicos, osteomas periféricos do ângulo mandibular em literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoma. Mandíbula. Síndrome de Gardner.

ABSTRACT

Osteoma is considered a benign lesion, located along the cranial facial skeleton, of controversial etiology, for countless explanations related to its origin, it is present at any age and without predilection for sex, they can be solitary or multiple and

be associated with syndromes. The diagnosis is made through clinical examination, associated with imaging and histopathological examinations. The treatment of osteoma will depend on its size related to facial disfigurement and possible embarrassment, which consists of surgical removal and modeling osteotomy. The purpose of this article is to present a case report of peripheral osteoma causing facial asymmetry at the mandibular angle of a 45-year-old woman without clinical evidence (at the time of the examination) of intestinal and skin manifestations for which it was established that the lesion was not associated Gardner's Syndrome. The time of evolution of the aesthetic and functional change is imprecise according to the patient; however it became noticeable due to the large dimensions achieved, facial asymmetry was decisive in the search for surgical intervention for its resolution, and led us to present the case report, and to review the published cases about non-syndromic, peripheral osteomas of the mandibular angle in literature.

KEYWORDS: Osteoma. Mandible. Gardner syndrome.

RESUMEN

El osteoma se considera una lesión benigna, localizada a lo largo del esqueleto facial craneal, de etiología controvertida, por innumerables explicaciones relacionadas con su origen, se presenta a cualquier edad y sin predilección por el sexo, pueden ser solitarias o múltiples y estar asociadas a síndromes. El diagnóstico se realiza mediante examen clínico, asociado a exámenes de imagen e histopatológicos. El tratamiento del osteoma dependerá de su tamaño relacionado con la desfiguración facial y posible vergüenza, que consiste en la extirpación quirúrgica y modelado de la osteotomía. El propósito de este artículo es presentar un caso clínico de osteoma periférico causante de asimetría facial en el ángulo mandibular de una mujer de 45 años sin evidencia clínica (al momento de la exploración) de manifestaciones intestinales y cutáneas por lo que se estableció que la lesión no estaba asociada. Síndrome de Gardner. El tiempo de evolución del cambio estético y funcional es impreciso según el paciente; sin embargo se notó por las grandes dimensiones alcanzadas, la asimetría facial fue determinante en la búsqueda de una intervención quirúrgica para su resolución, lo que nos llevó a presentar el caso clínico y a revisar los casos publicados sobre osteomas periféricos no sindrómicos del ángulo mandibular en la literatura.

PALABRAS CLAVE: Osteoma. Mandíbula. Síndrome de Gardner.

INTRODUÇÃO

Osteomas são neoplasias ósseas benignas de crescimento lento e progressivo, composto por osso compacto maduro ou esponjoso, limitado à região crâniomaxilofacial¹⁻². Os osteomas se caracterizam pela proliferação do tecido ósseo compacto, podendo ser central e periférico³. Essa classificação de osteoma central e periférico está relacionada a sua origem e localização do tumor, os osteomas dito central é originado do endósteo, já os osteomas periféricos como o nome sugere são originados a partir do periósteo e sua localização está presente nos tecidos moles⁴⁻⁶. Os osteomas centrais são mais frequentemente encontrados nos ossos frontal e etmoide, enquanto os periféricos situam-se nos seios paranasais; porém mais frequente na mandíbula ou regiões da mesma tais como: incisura mandibular, côndilo, processo coronóide, corpo ou ângulo de mandíbula⁷⁻¹¹.

A etiologia do osteoma é controversa, e com inúmeras hipóteses tais como: anomalias congênitas, atividade muscular, inflamação, alterações embriogênicas, trauma, e patologias endócrinas e virais^{8,12}.

Os osteomas são assintomáticos, perceptíveis nos exames radiográficos de rotina; a não ser que o crescimento ósseo provoque assimetria facial e pressionem estruturas nobres tais como o nervo sendo identificados e por este motivo os pacientes portadores procuram atendimento, não tem predileção por gênero, podendo ocorrer em qualquer idade; mais comuns em adultos jovens^{4-5,13-15}. Os osteomas podem aparecer clinicamente de forma solitária ou múltiplas, sendo frequentemente associados à Síndrome de Gardner, caracterizada pela presença de pólipos intestinais múltiplos potencialmente malignos, cistos e miomas em pele, dentes normais e supranumerários não irrompidos e osteomas múltiplos na região facial¹⁶.

O padrão histológico do osteoma é composto por osso cortical laminar poroso avascular, com a camada periosteal mais ativa¹⁷.

O diagnóstico do osteoma requer avaliação clínica, histológica e radiográfica de maneira que um seja complementar ao outro. Radiograficamente os osteomas são definidos como uma massa radiopaca bem definida, circunscrita, e medindo aproximadamente 1 a 4 cm de diâmetro, e radiodensidade semelhante ao osso normal^{5,15}. Os osteomas centrais alcançam grandes dimensões, porém sem deslocar os elementos dentários, já o osteoma periférico possui formato irregular ou lobulado, sésil ou pedunculado^{5,15,18}.

A tomografia computadorizada apresenta vantagens em relação ao exame radiográfico simples; por ser um exame de imagem capaz de fornecer com maior precisão

a localização exata da lesão, extensão da lesão, e do desenvolvimento estrutural desse osteoma em relação ao tipo de osso predominante: cortical ou esponjoso ou ambos, além do grau de comprometimento as estruturas anatômicas^{10,19}.

Dentre as hipóteses diagnósticas temos: exocitoses ósseas, doenças neoplásicas benignas como displasia fibrosa, osteoblastoma, osteocondroma, cementomas, odontoma e Doença de Paget¹⁸.

O tratamento cirúrgico do osteoma está indicado quando este crescimento exacerbado da lesão cause assimetria facial afetando a estética e função do paciente. A eficácia do procedimento cirúrgico consiste em excisão da lesão e osteotomia modeladora, com baixa tendência a recidiva¹³.

O relato de caso descreve uma paciente do sexo feminino que procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia do Hospital Regional de Tucuruí/PA (HRT), apresentando um osteoma na região craniomaxilofacial, o mesmo causava problemas funcionais e estéticos devido ao crescimento exagerado, consequentemente assimetria facial presente, foi necessária intervenção cirúrgica de remoção da massa tumoral. Como prévia da realização do procedimento, foram realizadas consultas pertinentes e solicitação de estudos complementares, determinando o diagnóstico de osteoma periférico não associado à Síndrome de Gardner, confirmado após realização de ultrassom não verificado alterações intestinais ou cutâneas. A paciente foi orientada a realizar check-ups regulares com gastroenterologista.

RELATO DE CASO

Uma paciente sexo feminino de 45 anos reportada ao Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Regional de Tucuruí/Pará com uma queixa principal de forte inchaço na região posterior direita da mandíbula. O paciente era fisicamente saudável e sem comprometimento sistêmico detectado durante anamnese, exceto assimetria facial, única queixa relatada. O inchaço não foi associado com qualquer dor, febre, parestesia ou dificuldade na mastigação. O paciente não se lembrou ou não confirmou qualquer história de trauma ou infecção nessa região. No exame clínico, um solitário, não pulsátil e aproximadamente 5.0 cm de diâmetro, massa endurecida, de semelhante consistência óssea foi palpado na região do ângulo direito da mandíbula (Figura 1).

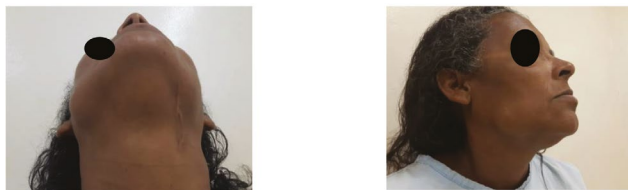


Figura 1 - Imagens clínicas iniciais durante a anamnese.

O tumor encontrado fixado ao subjacente ósseo e a pele que recobre o tumor apresentava aparência saudável. O exame de imagem utilizado foi uma tomografia computadorizada de reconstrução 3D, mostrou uma imagem radiopaca bem circunscrita, semelhante a um cogumelo localizada no ângulo direito de mandíbula (Figura 2).



Figura 2 - Imagens tomográficas de reconstruções 3D do osteoma fixado em ângulo de mandíbula direita.

A reconstrução 3D também revelou uma massa óssea homogênea pedunculada anexada ao ângulo direito da mandíbula.

A lesão foi completamente excisada usando uma abordagem oral extra submandibular, acesso de Risdon, sob anestesia geral (Figura 3), para exérese da lesão e aplainamento do ramo e ângulo da mandíbula com brocas cirúrgicas: serra Gigli, cinzel e martelo (Figura 4). Dentre as hipóteses diagnósticas podemos citar: Síndrome de Gardner e osteoma periférico em mandíbula.



Figura 3 - Imagens iniciais pré-operatórias no momento que precede a anestesia geral.



Figura 4 - Imagem cirúrgica de remoção do osteoma periférico.

A peça cirúrgica foi submetida a exame histopatológico. O laudo anatomopatológico, exame macroscópico: fragmento de tecido duro, medindo 4 cm, formato irregular e nodular, superfície irregular, coloração esbranquiçada com áreas enegrecidas e consistência pétrea revelou fragmento de tecido duro, já o exame microscópico os cortes histológicos de material desmineralizado revelam fragmentos de tecido conjuntivo e focos de tecido medular (Figura 5).

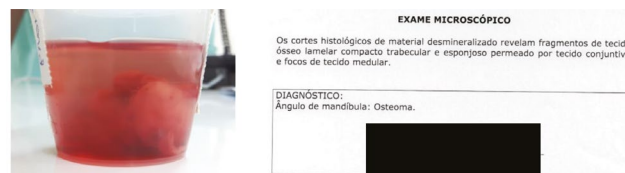


Figura 5 - Peça anatômica enviada para o exame histopatológico e laudo da lesão.

Mediante tais características o diagnóstico histopatológico final foi osteoma periférico. O curso pós-operatório transcorreu sem intercorrências com uma cicatrização satisfatória (Figura 6). O paciente ainda está em acompanhamento.

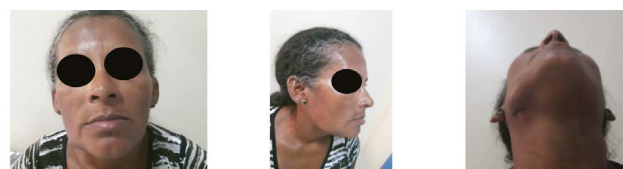


Figura 6 - Imagens pós-operatória de 7 dias após intervenção cirúrgica: foto perfil, lateral e oclusal de base de mandíbula.

DISCUSSÃO

Osteomas são neoplasias ósseas benignas de crescimento lento e progressivo, composto por osso compacto maduro ou esponjoso, limitado à região crâniomaxilofacial¹⁻². Os osteomas se caracterizam pela proliferação do tecido ósseo compacto, podendo ser central e periférico³. Essa classificação de osteoma central e periférico está relacionada à sua origem e localização do tumor, os osteomas dito central é originado do endósteo, já os osteomas periféricos como o nome sugere são originados a partir do periósteo e sua localização está presente nos tecidos moles⁴⁻⁶. Os osteomas centrais são mais frequentemente encontrados nos ossos frontal e etmoide, enquanto os periféricos situam-se nos seios paranasais; porém mais frequente na mandíbula ou regiões da mesma tais como: incisura mandibular, côndilo, processo coronóide, corpo ou ângulo de mandíbula⁷⁻¹¹.

A etiologia do osteoma é controversa, e com inúmeras hipóteses tais como: anomalias congênitas, atividade muscular, inflamação, alterações embriogênicas, trauma, e patologias endócrinas e virais^{8,12}.

Os osteomas são assintomáticos, perceptíveis nos exames radiográficos de rotina; a não ser que o crescimento ósseo provoque assimetria facial e pressionem estruturas nobres tais como o nervo sendo identificados e por este motivo os pacientes portadores procuram atendimento, não tem predileção por gênero, podendo ocorrer em qualquer idade; mais comuns em adultos jovens^{4-5,13-15}. Os osteomas podem aparecer clinicamente de forma solitária ou múltiplas, sendo frequentemente associados à Síndrome de Gardner, caracterizada pela presença de pólipos intestinais múltiplos potencialmente maligno, cistos e miomas em pele, dentes normais e supra numerários não irrompidos e osteomas múltiplos na região facial¹⁶.

O padrão histológico do osteoma é composto por osso cortical laminar poroso avascular, com a camada periósteal mais ativa¹⁷.

O diagnóstico do osteoma requer avaliação clínica, histológica e radiográfica de maneira que um seja complementar ao outro. Radiograficamente os osteomas são definidos como uma massa radiopaca bem definida, circunscrita, e medindo aproximadamente 1 a 4 cm de diâmetro, e radiodensidade semelhante ao osso normal^{5,15}. Os osteomas centrais alcançam grandes dimensões, porém sem deslocar os elementos dentários, já o osteoma periférico possui formato irregular ou lobulado, sésil ou pedunculado^{5,15,17}.

A tomografia computadorizada apresenta vantagens em relação ao exame radiográfico simples; por ser um exame de imagem capaz de fornecer com maior precisão a localização exata da lesão, extensão da lesão, e do

desenvolvimento estrutural desse osteoma em relação ao tipo de osso predominante: cortical ou esponjoso ou ambos, além do grau de comprometimento as estruturas anatómicas^{3,18-19}.

Dentre as hipóteses diagnósticas temos: exocitoses ósseas, doenças neoplásicas benignas como displasia fibrosa, osteoblastoma, osteocondroma, cementomas, odontoma e Doença de Paget¹⁷.

O tratamento cirúrgico do osteoma está indicado quando este crescimento exacerbado da lesão cause assimetria facial afetando a estética e função do paciente. A eficácia do procedimento cirúrgico consiste em excisão da lesão e osteotomia modeladora, com baixa tendência a recidiva¹³.

CONCLUSÃO

Os osteomas periféricos em mandíbula são raros, e na maioria das vezes descobertos de forma acidental por meio de exames de imagens, em função de sua natureza assintomática. Entretanto os osteomas periféricos podem ser sintomáticos, além de causar problemas estéticos; pois o tamanho do tumor ocasiona assimetria facial. A utilização de exames de imagens auxilia no diagnóstico diferencial; uma vez que os aspectos radiográficos são bem característicos. A localização do osteoma direciona o acesso mais indicado; porém a destreza do cirurgião irá garantir um pós-operatório mais eficaz em termos estéticos e funcionais.

REFERÊNCIAS

1. Sander O. Tratado de cirurgia oral y maxilofacial: introducción básica a la enseñanza. Venezuela: Amolca; 2007.
2. Gawande P, Deshmukh V, Garde JB. A giant osteoma of the mandible. *J Maxillofac Oral Surg*. 2015;14(2):460-5.
3. Licéaga-Escalera CJ, Del Bosque-Méndez J, Aldape-Barrios BC, Montoya-Pérez LA, Morelos-Patiño E, González-Olmedo VM. Osteoma gigante en mandíbula. Reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana*. 2013;23(4):206-9.
4. Agrawal R, Agrawal S, Bhargava S, Motlani M, Agrawal R. An uncommon case of solitary peripheral osteoma in the mandible. *Case Rep Dent*. 2015;2015:319738.
5. Bulut E, Acikgoz A, Ozan B, Gunhan O. Large peripheral osteoma of the mandible: a case report. *Int J Dent*. 2010;2010:834761.
6. Johann ACBR, Freitas JB, Aguiar MCF, Araujo NS, Mesquita RA. Periférico osteoma de mandíbula: relato de caso e revisão da literatura. *J Craniomaxillofac Surg*. 2005;33(4):276-81.

7. Sánchez MLS, Rivera RM. Osteoma de cornete inferior manifestado por cefaleia y obstrucción nasal. *An Orl Mex*. 2011;56(1):47-51.
8. Mehta R, Yadav A, Bansal SP, Deshpande MD. Solitary periosteal osteoma of the mandible: a case report. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2014;14(1):145-8.
9. Borumandi F, Lukas H, Yousefi B, Gaggl A. Maxillary sinus osteoma: from incidental finding to surgical management. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2013;17(2):318.
10. Iwai T, Izumi T, Baba J, Maegawa J, Mitsudo K, Tohnai I. Peripheral osteoma of the mandible notch: report of a case. *Iran J Radiol*. 2013;10(2):74-6.
11. Khandelwal P, Dhupar V, Akkara F. Unusually large peripheral osteoma of the mandible: a rare case report. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(11):11-2.
12. Guimarães KB, Cavalcante JR, Ferraro-Bezerra M, Silva DN, Vasconcellos RJH, Vasconcelos BCE. Peripheral osteoma bilateral of the mandible without association with Gardner syndrome. *J Craniofac Surg*. 2012;23(2):83-6.
13. Gundewar S, Kothari DS, Mokal NJ, Ghalme A. Osteomas of the craniofacial region: a case series and review of literature. *Indian J Plast Surg*. 2013;46(3):479-85.
14. Kaplan I, Calderon S, Buchner A. Peripheral osteoma of the mandible: a study of 10 new cases and analysis of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 1994;52(5):467-70.
15. Kaya GS, Ömezli MM, Sipal S., Ertas U. Gigantic peripheral osteoma of the mandible: a case report. *J Clin Exp Dent*. 2010;2(3):160-2.
16. Restrepo JP, Molina MDP. Osteomas múltiples faciales asociados a síndrome de Gardner. *Rev Colomb Reumatol*. 2012;19(3):190-3.
17. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2a ed. Madrid: Elsevier; 2005.
18. López Davis A, Martín Granizo R. *Cirugía oral y maxilofacial*. 3a ed. Madrid: Panamericana; 2011.
19. Saati S, Nikkardar N, Golshah A. Two huge maxillofacial osteoma cases evaluated by computed tomography. *Iran J Radiol*. 2011;8(4):253-7.