



## Relato de caso

# Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imagiológico e histopatológico e tratamento feito<sup>☆</sup>



Daniel Trivelato da Silveira, Fábio Oliveira Cardoso, Brisa Janine Alves e Silva, Cláudia Assunção e Alves Cardoso\* e Flávio Ricardo Manzi

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 13 de novembro de 2014

Aceito em 14 de janeiro de 2015

On-line em 6 de junho de 2015

Palavras-chave:

Fibroma ossificante

Displasia fibrosa óssea

Tomografia

### R E S U M O

Relatar um caso de fibroma ossificante, uma lesão fibro-óssea benigna caracterizada por crescimento lento e proliferação de tecido celular fibroso, osso, cimento ou uma combinação.

Paciente do sexo masculino, 29 anos, foi atendido em um serviço de emergência, após sofrer um acidente automobilístico. Durante o exame clínico observou-se um aumento de volume na região mandibular direita e suspeita de fratura no terço médio da face. O exame tomográfico demonstrou imagem sugestiva de fratura do complexo zigomático esquerdo, sem deslocamento, e imagem radiopaca bem delimitada na mandíbula. O paciente foi levado para o hospital, onde foram feitos uma radiografia panorâmica, PA de face e telerradiografia para melhor documentação do caso. Foi feita uma biópsia incisional. O exame histopatológico teve como resultado lesão óssea benigna, sugestiva de fibroma ossificante. Fez-se uma cirurgia para remoção completa da lesão e fixação com uma placa de reconstrução. O novo exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

### Ossifying fibroma: report on a clinical case, with the imaging and histopathological diagnosis made and treatment administered

### A B S T R A C T

The aim was to report on a case of ossifying fibroma, consisting of a benign fibro-osseous lesion characterized by slow growth and proliferation of fibrous cellular tissue, bone, cement or a combination.

A 29-year-old male patient was attended at a hospital, after he had suffered a car accident. During the clinical examination, increased volume in the region of the right side of the

Keywords:

Ossifying fibroma

Osseous fibrous dysplasia

Tomography

<sup>☆</sup> Trabalho desenvolvido no Hospital de Pronto Socorro João XXIII, Belo Horizonte, MG, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [claudiassuncao@yahoo.com.br](mailto:claudiassuncao@yahoo.com.br) (C.A.A. Cardoso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2015.04.024>

0102-3616/© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

mandible was observed, and a fracture in the middle third of the face was suspected. The tomographic examination showed an image suggestive of fracturing of the left-side zygomatic complex, without displacement, and with a well-delimited radiopaque image of the mandible. The patient was sent to a hospital where panoramic radiography, posteroanterior radiography of the face and teleradiography were performed in order to better document the case. An incisional biopsy was performed. Histopathological examination showed the presence of a benign bone lesion suggestive of ossifying fibroma. Surgery was performed in order to completely remove the lesion, with fixation using a reconstruction plate. A new anatomopathological examination confirmed the diagnosis.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

## Introdução

O termo fibroma ossificante compreende lesões com composições histológicas semelhantes e diferentes comportamentos clínicos. São neoplasias benignas dos maxilares, geralmente de crescimento lento, assintomáticas e que apresentam uma proliferação de tecido celular fibroso, com variada quantidade de produtos ósseos, incluindo osso, cimento ou uma combinação desses.<sup>1,2</sup> É frequentemente considerado uma lesão fibróssea.

O fibroma ossificante ocorre mais na região posterior de mandíbula<sup>2-5</sup> e pode ocorrer também em maxila comumente em região de fossa canina e na área do arco zigomático. Tem predileção pelo sexo feminino,<sup>3,5-7</sup> bem como maior incidência na terceira e quarta décadas de vida.<sup>5,8</sup> Ocasionalmente poderá ocorrer assimetria facial e deslocamento dentário.

Ao exame radiográfico observa-se que as bordas da lesão são normalmente bem definidas, com uma linha radiolúcida delgada que representa uma cápsula fibrosa. A estrutura interna tem uma densidade mista radiolúcida-radiopaca, com um padrão que depende da forma e da quantidade do material calcificado presente.

O diagnóstico diferencial geralmente se faz com lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida-radiopaca, principalmente com a displasia fibrosa.<sup>6,9,10</sup> As duas lesões apresentam características clínicas, radiográficas e microscópicas semelhantes. O aspecto clínico radiográfico bem delimitado do fibroma ossificante e a facilidade com que podem ser separados do osso normal é o principal diferencial com relação à displasia fibrosa. Outras lesões também devem ser consideradas como diagnóstico diferencial: cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante (Pindborg) e o tumor odontogênico adenomatoide.

A natureza circunscrita e bem delimitada da lesão, geralmente, permite a enucleação do tumor.<sup>2</sup> Pode ocorrer necessidade de cirurgia de reconstrução para superar os problemas estéticos e funcionais após a remoção da lesão.

A proposta deste trabalho é relatar um caso clínico de fibroma ossificante tratado por meio da exérese do tumor por ressecção marginal e associada à reconstrução com placa de titânio. Será descrito um caso em que após acidente e identificação de fratura facial foi feito um exame clínico no qual se constatou a presença de uma lesão na mandíbula.

## Relato de caso

Um homem de 29 anos foi atendido em um hospital, após sofrer um acidente automobilístico. Foi avaliado pela equipe de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e foi observado durante o exame clínico aumento de volume na região da mandíbula direita e no terço médio facial do lado esquerdo associado a um blefaro-hematoma.

Foi solicitada para o paciente uma tomografia computadorizada de face na qual se observou fratura do complexo zigomático esquerdo, sem deslocamento, e optou-se por tratamento conservador. Na mandíbula, notou-se uma imagem hiperdensa de bordas bem definidas separada do osso adjacente por uma delgada linha hipodensa. Internamente à lesão foi observada uma imagem de densidade mista (fig. 1A-D).

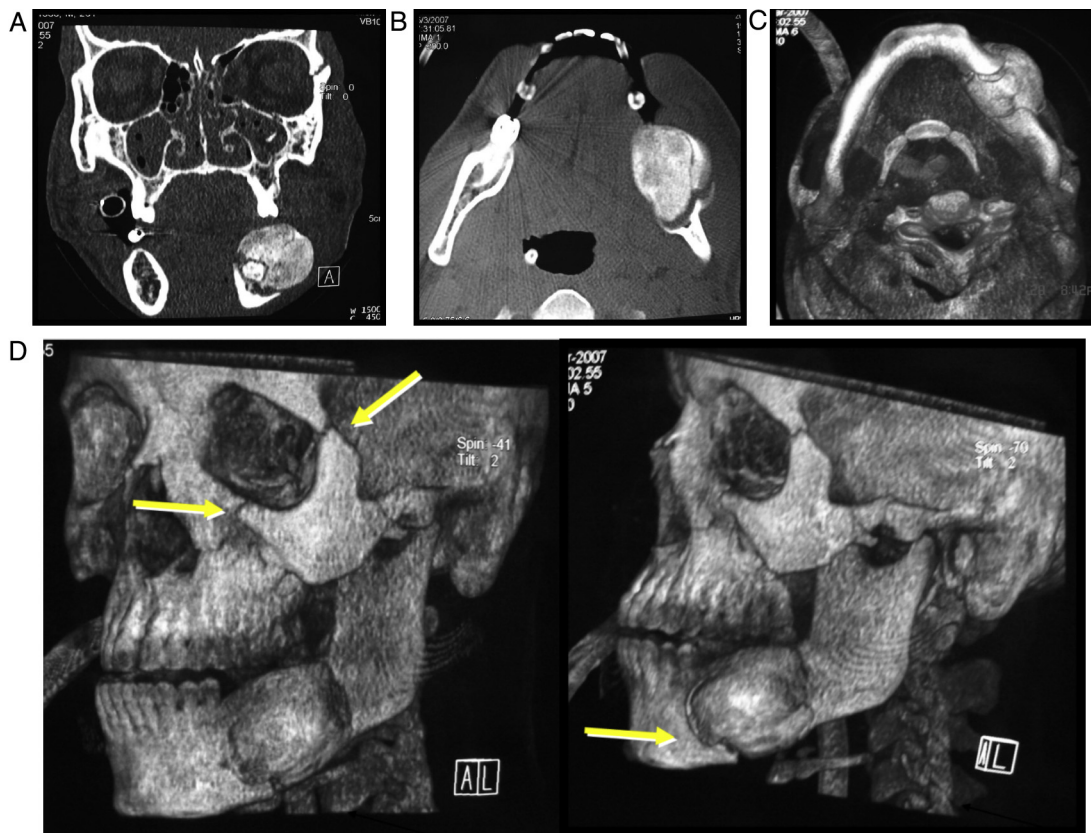
Após alta hospitalar do serviço de urgência, o paciente foi levado para o hospital, para acompanhamento da fratura em complexo zigomático e melhor diagnóstico da lesão mandibular. Foi solicitada uma radiografia panorâmica posteroanterior de face e telerradiografia para melhor documentação do caso (figs. 2-4).

Foi feita uma biópsia incisional e levado material para análise no laboratório de anatomia histopatológica de uma universidade, no qual se obteve o resultado de lesão óssea benigna, sugestiva de fibroma ossificante. Com base nesses resultados optou-se pelo procedimento cirúrgico.

O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico eletivo, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. Previamente ao acesso cirúrgico foi feita odontossíntese com uso de Barra de Erich e bloqueio maxilomandibular com fios de aço para referência e manutenção da oclusão do paciente. O acesso cirúrgico de escolha foi o de Risdon (submandibular). Foi feita remoção completa da lesão com fixação interna rígida com placa de reconstrução de titânio sistema 2.7 (fig. 5). Para acompanhamento pós-operatório fizeram-se exames radiográficos. Um novo exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico. O paciente fez acompanhamento pós-operatório de um ano sem sinais de recidiva (fig. 6).

## Discussão

O fibroma ossificante se forma a partir de células mesenquimais multipotentes de origem do ligamento periodontal,



**Figura 1 – Tomografia computadorizada. (A) Corte coronal, (B e C); Corte axial, (D). Reconstrução em 3D. Indica por setas as fraturas no osso zigomático e a lesão na mandíbula.**

as quais são capazes de formar tecido ósseo e cimento.<sup>1,11</sup> Todavia, a presença de lesões microscopicamente idênticas a essas em outras regiões faz com que as teorias sobre a origem dessa sejam uma questão aberta.<sup>2,12,13</sup> Existe a suposição de que seria algum estímulo induzido por exodontia prévia e periodontite<sup>3,12</sup> ou simplesmente estaria ligada a uma perturbação na maturação óssea de origem congênita.<sup>4</sup>

Tem predileção pelo sexo feminino.<sup>3,5,6,14</sup> Ocorre predominantemente entre a 3ª e 4ª décadas de vida.<sup>2,3,5,6,14-16</sup> A região de pré-molares e molares da mandíbula é o sítios mais comum.<sup>2,5,17-19</sup> As lesões pequenas mostram-se assintomáticas e à medida que se tornam grandes e expansivas causam uma tumefação também indolor, apesar de significativa

assimetria facial.<sup>2,3,5,9,19,20</sup> Seu crescimento é relativamente lento.<sup>3,9,16,20</sup> Dor e parestesia raramente estão associadas aos fibromas ossificantes.<sup>2</sup> São achados frequentes a mobilidade e a reabsorção radicular dos dentes envolvidos<sup>5,7,14-16</sup> e divergência radicular pode ser encontrada em 17% dos casos.<sup>5,7,14,15</sup> Para outro autor, divergências e reabsorção das raízes são achados incomuns.<sup>8</sup> No caso relatado, não se encontrou



**Figura 2 – Radiografia panorâmica.**



**Figura 3 – Visão aproximada da lesão na radiografia panorâmica.**

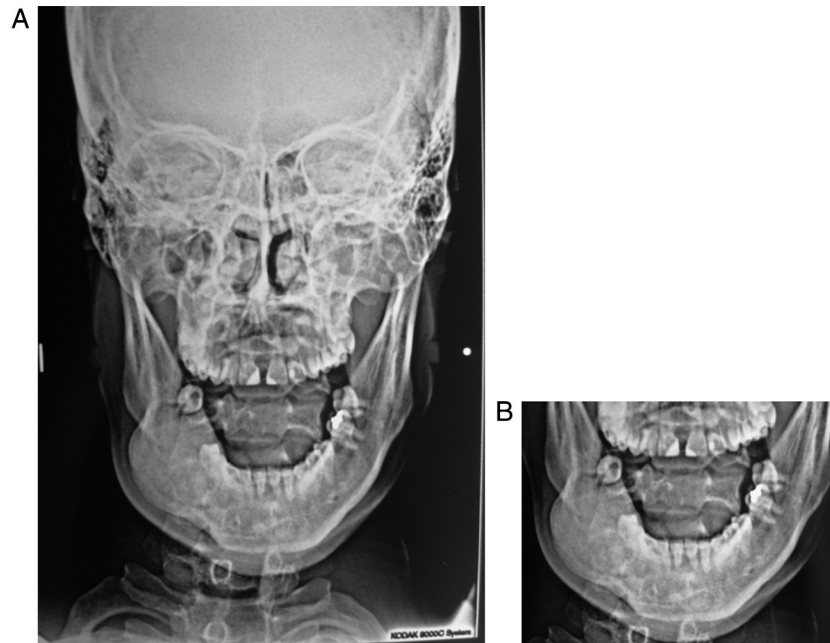


Figura 4 – (A) Radiografia PA de mandíbula; (B) Visão aproximada.

reabsorção ou divergência radicular, o paciente apresentava assimetria facial e não relatava parestesia ou dor.

As lesões apresentam-se uni ou multiloculares.<sup>4,21</sup> Na maioria dos casos, as lesões são radiolúcidas com focos radiopacos, a depender da quantidade de calcificação do tecido, que mostrará graus variados de radiopacidade.<sup>2,8</sup> Lesões agressivas podem evidenciar perda dos limites das bordas semelhantes a perfurações na cortical.<sup>22</sup> No caso relatado, na análise da imagem radiográfica e tomográfica observavam-se todas as corticais rompidas. O diagnóstico diferencial

normalmente se faz com a displasia fibrosa monostótica. Sendo assim, o diagnóstico final se dá com o exame histopatológico.

Quando a ressecção cirúrgica for extensa, pode ser necessária a reconstrução adicional com enxerto ósseo e implantes devido aos problemas estéticos e funcionais, especialmente quando os dentes são removidos.<sup>2,8</sup> No caso descrito, como a lesão encontrava-se com todas as corticais rompidas e como era extensa e a área passível de forte ação muscular, optou-se pela colocação de uma placa de reconstrução de titânio,

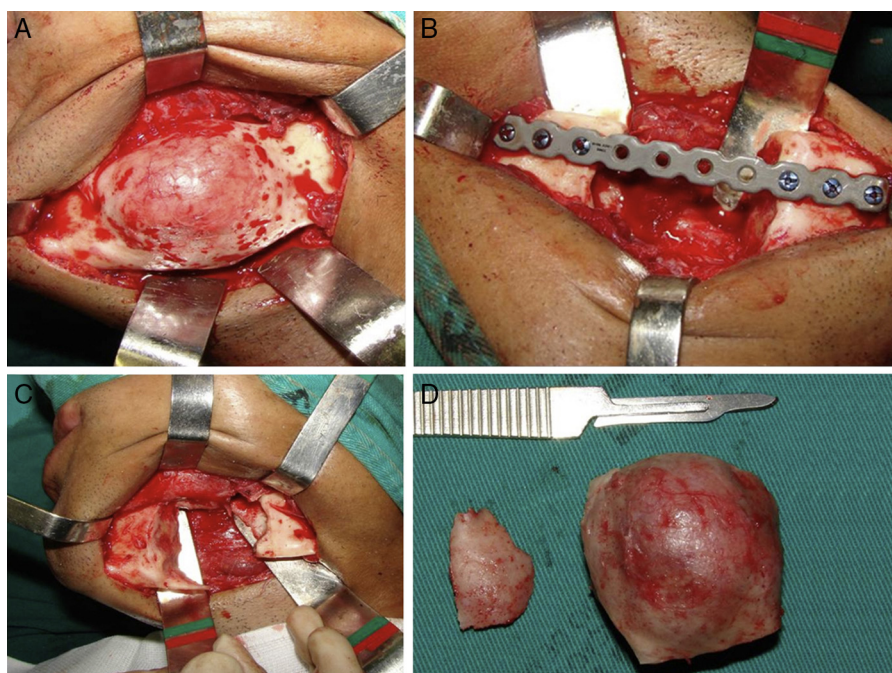


Figura 5 – Ato cirúrgico (A e C); Colocação de placas e parafusos de fixação (B); Remoção da lesão e peça cirúrgica (D).



**Figura 6 – Panorâmica de pós-operatório.**

com o intuito, também, de manter o contorno mandibular.

Deve-se ressaltar a importância da avaliação do paciente como um todo, não focar apenas em sua queixa principal, mas fazer um exame clínico completo, além de atentar para as variações da normalidade e principalmente as alterações patológicas, para que o paciente tenha um diagnóstico correto e receba um plano de tratamento adequado.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### REFERÊNCIAS

1. Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S, Alkant A, Gunhan O. Familial ossifying fibromas: report of two cases. *J Oral Sci*. 2004;46(1):61-4.
2. Charles AW. Doenças do osso. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. *Oral and maxillofacial pathology*. 2 ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 511-53.
3. Martín-Granizo R, Sanchez-Cuellar A, Falahat F. Cemento-ossifying fibroma of the upper gingivae. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;122(5):775.
4. Tchane IB, Adjibabi W, Biaou O, Alamou S, Balle M, Alao N, et al. Cemento-ossifying fibroma: two cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2005;106(1):30-2.
5. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985;60(5):505-11.
6. Vicente RJC, Gonzales MS, Santa MZJ, Madrigal RB. Tumores no odontogênicos de los maxilares: clasificación, clínica y diagnóstico. *Med Oral*. 1997;2(83):10.
7. Sciubba JJ, Younafi F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J Oral Pathol Med*. 1989;18(6):315-21.
8. Gurol M, Uckan S, Guler N, Yatmaz PI. Surgical and reconstructive treatment of a large ossifying fibroma of the mandible in a retrognathic patient. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59(9):1097-100.
9. Aguirre JM. Tumores de los maxilares. In: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M, editors. *Medicina oral*. Barcelona: Masson; 1995. p. 507-8.
10. Slootweg PJ. Maxillofacial fibro-osseous lesions: classification and differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol*. 1996;13(2):104-12.
11. Saiz-Pardo-Pinos AJ, Olmedo-Gaya MV, Prados-Sánchez E, Vallecillo-Capilla M. Juvenile ossifying fibroma: a case study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004;9(5):456-8, 454-6.
12. Pérez-García S, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Ossifying fibroma of the upper jaw: report of a case and review of the literature. *Med Oral*. 2004;9(4):333-9.
13. Povýsil C, Matějovský Z. Fibro-osseous lesion with calcified spherules (cementifying fibromalike lesion) of the tibia. *Ultrastruct Pathol*. 1993;17(1):25-34.
14. Eversole LR, Merrell PW, Strub D. Radiographic characteristics of central ossifying fibroma. *Antonelli JR. Ossifying fibroma of the maxillary sinus: a case report*. *Ann Dent*. 1989;48(1):33-6.
15. Zachariades N, Vairaktaris E, Papanicolaou S, Triantafyllou D, Papavassiliou D, Mezitis M. Ossifying fibroma of the jaws. Review of the literature and report of 16 cases. *Int J Oral Surg*. 1984;13(1):1-6.
16. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid: Hartcourt Brace España; 1998.
17. Antonelli JR. Ossifying fibroma of the maxillary sinus: a case report. *Ann Dent*. 1989;48(1):33-6.
18. Carrera Grañó I, Berini Aytés L, Escoda CG. Peripheral ossifying fibroma. Report of a case and review of the literature. *Med Oral*. 2001;6(2):135-41.
19. Regezzi JA, Sciubba JG. *Oral pathology: clinicalpathologic correlations*. Philadelphia: Saunders; 1993.
20. Shafer WG. Tumores benignos e malignos da cavidade bucal. In: Shafer WG, Levy BH, editors. *Tratado de patologia bucal*. 2 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1986. p. 141-3.
21. Fujimoto Y, Katoh M, Miyata M, Kawai T, Saito K, Morita M. Cystic cemento-ossifying fibroma of the ethmoidal cells (a case report). *J Laryngol Otol*. 1987;101(9):946-52.
22. Summerlin DJ, Tomich CE. Focal cemento-osseous dysplasia: a clinicopathologic study of 221 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994;78(5):611-20.