

DISPLASIA FIBROSA ÓSSEA MONOSTÓTICA DOS MAXILARES

(1) DR. ANTONIO DE PÁDUA BERTELLI, T.C.B.C., F.A.C.S., F.I.C.S.
(2) DR. WALMOR FEIJO

RESUMO

A displasia fibrosa óssea monostótica, forma mais comum destas displasias, é uma lesão benigna de etiopatogenia ainda desconhecida. É mais comum até os 30 anos, atingindo, principalmente, as mulheres. Evolui de forma lenta, podendo regredir ocasionalmente. Pode acarretar grandes deformidades principalmente quando ocorre no maxilar superior. O aspecto radiológico é extremamente variado e está de maneira direta relacionado ao histopatológico. Histologicamente, o componente básico é um tecido conjuntivo bem vascularizado, no meio do qual existem trabéculas ósseas neoformadas e parcialmente calcificadas. Em certos casos, pode haver confusão diagnóstica com o tumor gigante-celular ósseo. Não há tratamento etiológico e a irradiação não tem indicação. Procedimentos osteoplásticos podem ser úteis às vezes. O diagnóstico depende da clínica, radiologia e histopatologia.

SUMMARY

Monostotic fibrous dysplasia, the more frequently found of the bone fibrous dysplasias, in benign and its etiopatogeny is still unknown. It is usually found before 30 years of age and mainly in women. Its progress is slow and may occasionally regress spontaneously. It may cause great deformities, mainly when it occurs in the molar region. The radiological picture has great variations and is related to the histological one. The basic component is a well vascularized connective tissue with partially calcified and neoformatted bone trabeculae. Difficulties may sometimes appear in the differential diagnosis between this entity and giant-cells tumors. There is no etiologic form of treatment and irradiation is not efficient. Osteoplastic procedures may sometimes be useful. Diagnosis is based on clinical, radiological and histopathological findings.

Trabalho realizado no Departamento de Cabeça e Pescoço do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

- (1) Cirurgião Titular do Serviço de Cabeça e Pescoço da Fundação Antonio Prudente
(2) Cirurgião do Hospital dos Defeitos da Face — São Paulo — Brasil.

INTRODUÇÃO

A displasia fibrosa óssea monostótica pode ser definida como uma lesão fibro-óssea benigna, geralmente não hereditária, de etiologia e patogenia obscuras, e que ocorre isoladamente em um único osso, sem afetar os demais ossos do esqueleto. Representa a forma mais comum das displasias fibrosas ósseas e compromete o maxilar superior muito mais frequentemente que a mandíbula.

ETIOPATOGENIA

A natureza e a etiologia da displasia fibrosa óssea permanecem desconhecidas. Inúmeras teorias foram formuladas, para esclarecer o aparecimento da afecção, incluindo mal formação óssea congênita, disfunção endócrina, trauma e infecção.⁽¹⁾ Para Lucas,⁽²⁾ o conjunto de opiniões emitidas parece nos forçar a admitir que a displasia fibrosa óssea seja o resultado anormal do desenvolvimento ósseo. Esta impressão é determinada pela distribuição segmentar das lesões, como também pela história natural da doença e a faixa etária da incidência.

Não há evidência que sugira serem estas lesões, neoplasias. A grande maioria dos patologistas não encontram diferenças histopatológicas fundamentais entre as displasias fibrosas ósseas monostóticas e as poliosstóticas (exceto pela ausência de cartilagem nas lesões monostóticas), porém Schlumberger⁽³⁾ sugeriu que, enquanto as lesões poliosstóticas representam uma anomalia do desenvolvimento, as lesões monostóticas são reações reparacionais ao trauma, pouco se conhecendo, contudo, a respeito da histopatogenese destas condições. Para Changus,⁽⁴⁾ através da demonstração da grande atividade da fosfatase alcalina nos osteoblastos e fibroblastos do estroma da lesão, poderia se admitir que a anormalidade bá-

sica que desencadeia a formação displásica seria a hiperplasia ou reação exagerada dos osteoblastos aos estímulos de natureza desconhecida.

CLÍNICA

A displasia fibrosa óssea manifesta-se clinicamente desde a primeira infância até geralmente aos 30 anos, podendo ser observada, porém, em qualquer idade. As mulheres são mais atingidas. Fundamentalmente, a clínica depende da intensidade da alteração displásica e da deformidade óssea decorrente. Algumas vezes, a dor acompanha os abaulamentos provocados pela displasia.

A displasia fibrosa óssea monostótica evolui de forma lenta e, ocasionalmente, pode regredir após se tornar estacionária, sem apresentar, no entanto, alterações de transformações malignas. Há grandes variações na velocidade de crescimento desses processos, não sendo regra que estacionem na puberdade. Nos ossos da face, principalmente no maxilar superior, acarretam grandes deformidades estéticas, retificando o contorno ósseo orbitário, empurrando o assoalho da órbita para cima e causando diplopia ou exoftalmo. O aspecto radiológico da displasia fibrosa óssea é extremamente variado e está diretamente relacionado com o aspecto histopatológico. As displasias mais fibrosas evidenciam rarefações de aspecto similar aos cistos, enquanto as displasias densamente calcificadas, com falta de arquitetura óssea normal, apresentam várias imagens. As lesões de aspecto cístico são bem circunscritas, mas lesões uniformemente rádio-opacas frequentemente se perdem com o osso adjacente não afetado. Focos únicos de displasia fibrosa óssea podem ser confundidos com outras alterações neoplásicas ou não. O aspecto histopatológico da displasia fibrosa óssea varia, porém o quadro mostra uma proli-

feração benigna de tecido fibroso com vários graus de metaplasia óssea.

PATOLOGIA

Apesar de se manifestar comumente desde os primeiros anos de vida até os 30 anos de idade, pode-se observar o quadro displásico em crianças no primeiro ano de vida.

Histologicamente, o componente básico da lesão é um tecido conjuntivo

bem vascularizado e cujas células fipostas em feixes entrecruzados e enovelados. Em meio ao tecido conjuntivo, existem trabéculas ósseas neoformadas e parcialmente calcificadas. Este osso neoformado é de origem metaplásica, a partir do tecido conjuntivo. Células gigantes multinucleadas ou osteoclastos podem surgir e vão provocar a desintegração das trabéculas ósseas neoformadas. Quando numerosas, a associação dos osteoclastos e do estroma

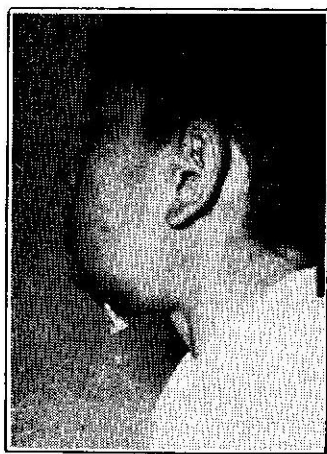
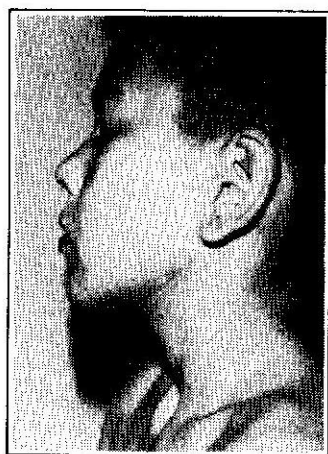
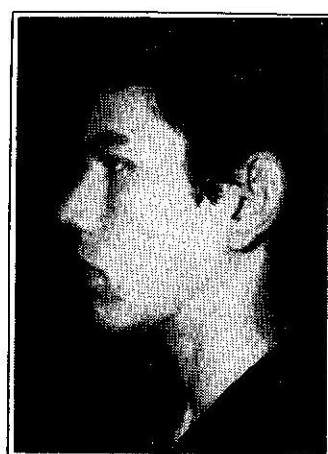
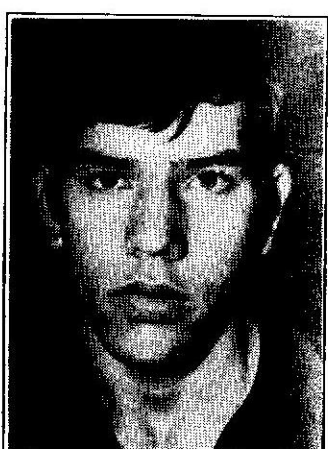
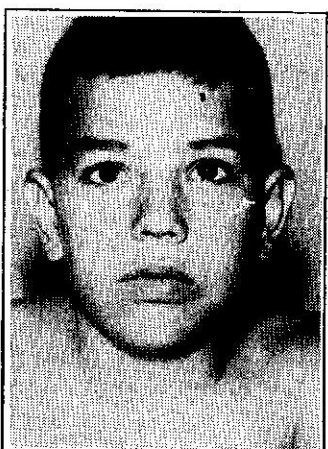
**A****B****C**

Fig. 1 — Resultado de osteoplastia da mandíbula por displasia fibrosa óssea monostótica. O diagnóstico foi estabelecido por exame anatomopatológico em biópsia óssea realizada no paciente aos 6 anos de idade. A modelagem osteoplástica da mandíbula foi feita por incisão submandibular, e o resultado estético pode ser apreciado 13 anos após a cirurgia.

conjuntivo celular pode causar confusão diagnóstica com o tumor gigante celular ósseo. A interposição do tecido ósseo dá à lesão um aspecto arenoso, com áreas esbranquiçadas e pardacentas de tecido firme. A imagem radiológica é diretamente influenciada pela predominância dos quadros descritos. O tecido fibroso é transparente e os elementos ósseos são rádio-opacos, enquanto as falhas sugerem aspectos císticos.

LOCALIZAÇÃO

A displasia fibrosa óssea monostótica pode se verificar em qualquer osso. Na cabeça, ocorre mais frequentemente no maxilar superior, seguindo os ossos da abóbada craniana, da base e por último mandíbula.

TRATAMENTO

Não há tratamento etiológico das displasias fibrosas ósseas monostóticas. Na dependência das modificações loco-regionais, determinando alterações das funções, procedimentos os-

teoplásticos, que removam os excessos de tecido displásico e restaurem os contornos da região, têm suas indicações precisas. (Fig. 1). Ainda que o risco seja bastante diminuto, as irradiações não têm indicação nesses processos, dentro dos conceitos atuais da radiobiologia.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de displasia fibrosa óssea monostótica depende da clínica, radiologia e exame histopatológico. (Figs. 2 e 3). Este último deverá ser muito criterioso e a ele deve-se somar o estudo ósseo radiológico. Os demais ossos aparentemente não afetados serão investigados radiologicamente e, apesar de se poder esperar que estas afecções causem grandes alterações na química das fosfatases, cálcio e fósforo, o mesmo não ocorre. As determinações plasmáticas das fosfatases, do cálcio e do fósforo parecem não se alterar fundamentalmente nestas displasias. Os dados laboratoriais são, entretanto, fundamentais para afastar a possibilidade da influência do paráto-hormônio nessas alterações.



Fig. 2 — Aspecto clínico de uma displasia fibrosa óssea monostótica do maxilar superior esquerdo em criança com 8 anos de idade. Observa-se a integridade da pele facial, a projeção do maxilar superior esquerdo e o desaparecimento do sulco nasogeniano.



Fig. 3 — Podemos observar a sequência do tratamento osteoplástico cirúrgico hipercorretivo da displasia fibrosa óssea monostótica do maxilar superior e malar esquerdo do paciente da fig. 2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LICHTENSTEIN, L. — Bone Tumors — C.V. Mosby — St. Louis, 1952.
2. LUCAS, B.R. — Pathology of tumors of the oral tissues. Churchill — London, 1964.
3. SCHLUMBERGER, H.G. — Fibrous dysplasia (ossifying fibroma) of the maxillary and mandible Amer. J. Orthodont. 32:579-585, 1946.
4. CHANGUS, G.W. Osteoblastic hyperplasia of bone — A histochemical appraisal of fibrous dysplasia of bone. Cancer 10:1157-1161, 1957.

— • —

Separatas poderão ser solicitadas ao:
Centro Médico de Cabeça e Pescoço
Rua Dr. Diogo de Faria n.º 171
Vila Mariana - São Paulo