

Fibroma ossificante juvenil - relato de caso

Juvenile ossifying fibroma - case report

DOI:10.34119/bjhrv5n3-070

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

Ana Livia Proença Costa

Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Instituição INCA

Endereço :Avenida Via Binário do Porto, 831 - Santo Cristo, Rio de Janeiro
E-mail: analiviapc.med@gmail.com

Márcio de Campos e Silva

Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Instituição: Hospital das Forças Armadas

Endereço :SHIGS 706 Bloco H Casa 48 - Brasília, DF
E-mail: marciocampos77@hotmail.com

Edielse Adriano Abraçado Amaral

Pós-graduação em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Instituição: Hospital Geral de Belém

Endereço: Av. Augusto Montenegro, 2287. Cond Mirante do Parque. Apt 163. Mangueirão
Belém-PA. CEP: 66640-001
E-mail: edielseadriano@hotmail.com

RESUMO

O fibroma ossificante juvenil é uma neoplasia benigna incomum descrita em pacientes jovens (até 15 anos), sendo caracterizada por estroma fibroso densamente celularizado. A mesma pode ser dividida em fibroma juvenil psamomatoide e fibroma ossificante juvenil trabecular. O paciente do caso em questão iniciou quadro de cefaléia e evoluiu com proptose ocular à direita. Realizou RNM de crânio onde foi observada lesão expansiva sólida com intensa captação de contraste. Após a intervenção cirúrgica, foi realizado o estudo imunohistoquímico da lesão corroborando o diagnóstico de fibroma ossificante juvenil. Os tratamentos são enucleação e curetagem quando o tumor está próximo de estruturas nobres e quando se opta por tratamento conservador, pode ser associado à quimioterapia ou ressecção acompanhada de cirurgia reconstrutora.

Palavras-chave: fibroma ossificante juvenil, fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJps) e fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJtr).

ABSTRACT

Juvenile ossifying fibroma is an uncommon benign neoplasm described in young patients (up to 15 years old), characterized by densely cellularized fibrous stroma. It can be divided into psammomatoid juvenile fibroma and trabecular juvenile ossifying fibroma. The patient in this case began with headache and evolved with ocular proptosis on the right. An MRI of the skull revealed a solid expansile lesion with intense contrast uptake. After surgical intervention, an immunohistochemical study of the lesion was performed, corroborating the diagnosis of juvenile ossifying fibroma. The treatments are enucleation and curettage when the tumor is

close to noble structures, and when conservative treatment is chosen, it may be associated with chemotherapy or resection accompanied by reconstructive surgery.

Keywords: juvenile ossifying fibroma, psamomatoid juvenile ossifying fibroma (FOJps) and trabecular juvenile ossifying fibroma (FOJtr).

1 INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante juvenil (FOJ) consiste em uma neoplasia benigna incomum que se distinguindo de outras lesões fibro-ósseas pela faixa etária dos indivíduos acometidos, locais mais comuns de ocorrência e comportamento clínico. A lesão descrita é observada em indivíduos abaixo dos 15 anos de idade, caracterizada histologicamente por estroma fibroso densamente celularizado, exibindo depósitos de osteóide desprovido de margem osteoblástica, associados a trabéculas de osso imaturo mais típicas. O termo FOJ tem sido empregado na literatura para descrever duas variantes histopatológicas distintas do fibroma ossificante do esqueleto craniofacial, denominadas de fibroma ossificante juvenil psamomatoide (FOJps) e fibroma ossificante juvenil trabecular (FOJtr).

Apesar de muitos pesquisadores considerarem o FOJps e o FOJtr apenas como variantes histopatológicas de uma mesma neoplasia, estudos têm sugerido que essas lesões possam representar duas entidades clínico-patológicas distintas. Clinicamente, as lesões de FOJ podem ser descobertas por meio de exames radiográficos de rotina ou se apresentarem como tumefações assintomáticas nos ossos afetados, exibindo crescimento que varia de gradual a rápido. Dependendo da localização, sintomas como obstrução nasal, dor, sinusite e proptose, podem ser relatados. Radiograficamente, os FOJs apresentam-se, mais comumente, como radiotransparências circunscritas que, em certos casos, apresentam focos radiopacos centralmente. Além disso, lesões que ocorrem no interior do seio maxilar podem aparecer radiodensas causando velamento, o qual pode ser a circunscrição da lesão por bordo esclerótico radiopaco, constituindo um indício importante no diagnóstico diferencial de outras condições que podem apresentar características histológicas sobrepostas, como a displasia fibrosa. Contudo, destaca-se que, apesar da circunscrição óssea reacional, não se verifica a presença de cápsula fibrosa, delimitando o FOJ.

Microscopicamente, FOJps e FOJtr apresentam-se como massas não-encapsuladas, mas bem demarcadas em relação ao osso circunvizinho, consistindo em tecido conjuntivo fibroso celular, revelando ora áreas pobremente celularizadas ora áreas densamente celularizadas, com ocasionais focos mixomatosos associados à degeneração pseudocística bem como áreas de hemorragia e grupamentos pequenos de células gigantes multinucleadas.

Embora taxas significativas de recorrência tenham sido relatadas, variando entre 30% - 58%, a enucleação cirúrgica com curetagem consiste no tratamento de escolha, tendo-se como guias para a extensão do procedimento, especialmente, a localização e o tamanho do tumor, em detrimento ao subtipo histológico verificado por meio de biópsia. As recorrências locais decorrem da remoção incompleta do tumor, apesar de serem sugeridas alterações metabólicas locais no osso afetado como causas plausíveis. Dessa forma, sugere-se preservação clínica e radiográfica por períodos prolongados. Apesar das taxas de recorrências reportadas, não há relatos de transformação maligna destas lesões.

2 RELATO DE CASO

RSC, 15 anos, masculino, solteiro, estudante, procedente de Belém – PA. Paciente iniciou quadro de cefaléia frontal em 2010 e posteriormente observou proptose a direita procurando atendimento médico. Realizou RNM de crânio sendo observada lesão expansiva sólida com intensa captação de contraste, sem sangramento recente ao nível da fossa pterigo-palatina direita alargando-a de maneira discreta, bem como foramen esfeno-palatino homolateral apresentando extensão anterior à fossa nasal, células etmoidais, parede medial do seio maxilar/lâmina papirácea, determinando importante efeito compressivo sobre o segmento intra-orbitário do nervo óptico direito e sobre o músculo reto medial. Em Janeiro de 2012 realizou a exérese do tumor com laudo histopatológico de Nasoangiofibroma Juvenil. Após 6 meses foi realizada uma avaliação por imagem que evidenciou persistência da lesão. Em março de 2013, realizou uma nova intervenção cirúrgica com embolização prévia. O resultado anatomopatológico foi de Fibroma Ossificante Juvenil. Em 2014 veio de entrada no hospital para elucidação diagnóstica após verificação de doença residual. Ao exame físico observava-se proptose à direita com visão e mobilidade ocular extrínseca e intrínseca preservadas. A endoscopia nasal apresentava abaulamento da parede lateral da fossa nasal direita. TC e RNM de crânio e SPN que evidenciaram tumoração ocupando fossa nasal, etmóide, esenoide e órbita a direita. A Angiografia evidenciou tratar-se de neoplasia pouco vascularizada. Realizada exérese do tumor em setembro de 2014 com laudo anatomopatológico de meningioma de SPN. A imunohistoquímica concluiu se tratar de um Fibroma Ossificante.

3 DISCUSSÃO

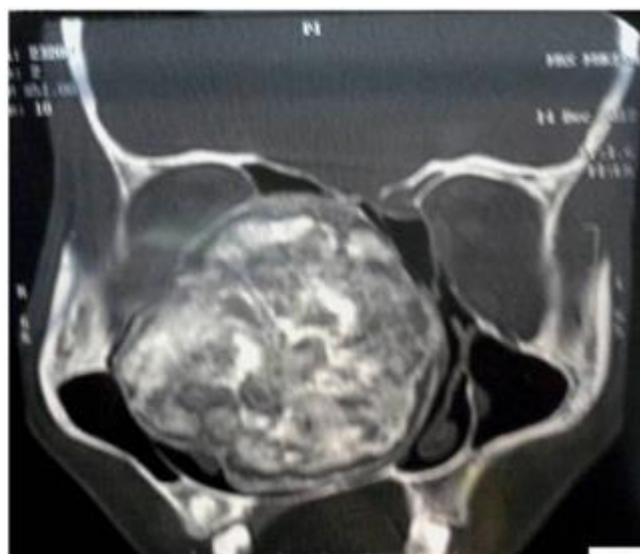
O diagnóstico definitivo de FOJ deve ser suportado por diversos parâmetros, como: idade dos pacientes (comumente abaixo dos 15 anos), aspectos radiográficos, tendência à recorrência bem como localização anatômica. Destaca-se que o crescimento rápido observado

em alguns casos dessas lesões pode ser alarmante, causando suspeita de uma possível malignidade. Assim, enaltece-se a importância do papel dos patologistas em estabelecer o caráter benigno da condição, evitando intervenções cirúrgicas inapropriadas.

Na maioria dos casos, o FOJ apresenta-se em maxila, seios paranasais, órbita e complexo fronto-etmoidal, com a mandíbula sendo acometida em menores proporções.

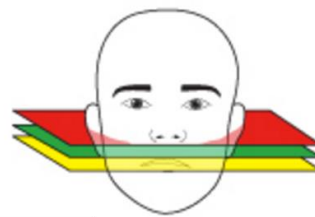
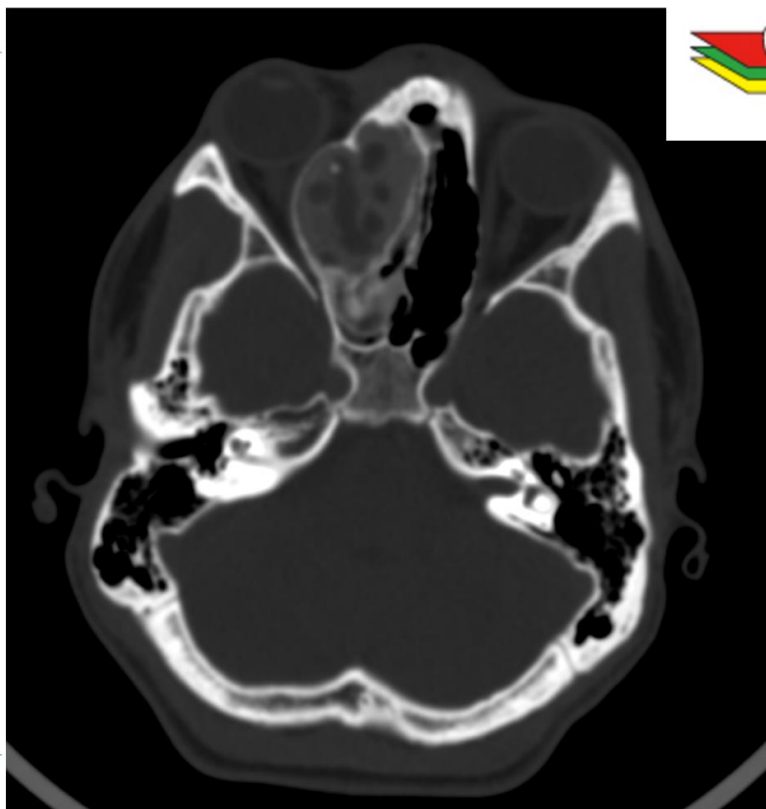
Diversos relatos demonstram que a intervenção cirúrgica conservadora proporciona resultados superiores em relação à terapia radical. O tipo de acesso e intervenção cirúrgica são ditados pela extensão do tumor, sugerindo técnicas operatórias de campo aberto para visualização adequada da neoplasia e, conseqüentemente, remoção completa da lesão, reduzindo as chances de recorrências.

Radiografia:

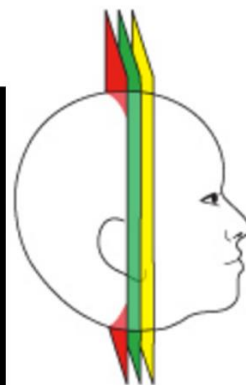


Tomografia Computadorizada reconstrução coronal

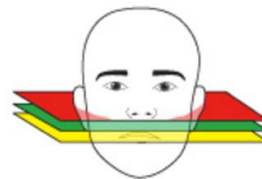
TC CRÂNIO e SPN (2014)



TC CRÂNIO e SPN (2014)



RNM CRÂNIO (2015)



4 CONCLUSÃO

O FOJ é um tumor benigno do osso, incomum, que acomete pessoas jovens. Clinicamente apresenta crescimento rápido e assintomático, predileção pela maxila, seios paranasais, órbita e complexo fronto-etmoidal tendo sido registrados baixa ocorrência na mandíbula. Histologicamente se observam duas variações, Fibroma Ossificante Juvenil Psamomatoíde e Fibroma Ossificante Juvenil Trabecular, tendo como principais características a presença de tecido conjuntivo celular fibroso, maior quantidade de osteoblastos e escassez de osteoclastos, existe a possibilidade de encontrar focos mixomatosos que podem levar a uma degeneração pseudocística. Os tratamentos são enucleação e curetagem quando o tumor está próximo de estruturas nobres e quando se opta por tratamento conservador, podendo ser associado a quimioterapia ou ressecção acompanhada de cirurgia reconstrutora, sugere-se um longo período de preservação por causa das altas taxas de recidiva.

REFERÊNCIAS

- 1- Nogueira RLM et al. Fibroma ossificante juvenil localizado em mandíbula: relato de caso e breve revisão da literatura; 2009.
- 2- Figueiredo LMG et al. Aspectos atuais no diagnóstico e tratamento do fibroma ossificante juvenil; 2012.
- 3- Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *RadioGraphics* 1999;19(5):1107–1124.
- 4- Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978;36(10):771–778.
- 5- Minami M, Kaneda T, Yamamoto H, et al. Ameloblastoma in the maxillomandibular region: MR imaging. *Radiology* 1992;184(2):389 –393.
- 6- Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borrmann H. Odontogenic myxoma: a radiographic study of 21 tumours. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994;32(5):298 –302.
- 7- Kaneda T, Minami M, Kurabayashi T. Benign odontogenic tumors of the mandible and maxilla. *Neuroimaging Clin N Am* 2003;13(3):495–507.
- 8- Zallen RD, Preskar MH, McClary SA. Ameloblastic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg*