

# Displasia Fibrosa Monostótica: um desafio terapêutico

## Monostotic Fibrous Dysplasia: a therapeutic challenge

Carlos Alberto Medeiros Martins<sup>1</sup>, Angelo Luiz Freddo<sup>2</sup>, Fernando Vacilotto Gomes<sup>3</sup>, Manoel Sant'Ana Filho<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Cirurgião-dentista, Especialista, Mestre e Doutorando em CTBMF pela FO-PUCRS, Porto Alegre, RS – Brasil.

<sup>2</sup>Cirurgião-Dentista, Especialista, Mestre e Doutor em CTBMF, Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup>Cirurgião-dentista, especianizando em CTBMF pela FO-PUCRS, Porto Alegre, RS

<sup>4</sup>Professor Titular de Patologia Bucal da FO-PUCRS e UFRGS; Professor do Curso de Especialização em CTBMF da FO-PUCRS. Doutor em Estomatologia pela FO-PUCRS, Porto Alegre, RS – Brasil.

### DESCRIPTORIOS:

Displasia Fibrosa Monostótica; Mandíbula; Remodelação Óssea.

### RESUMO

A displasia fibrosa monostótica é uma condição benigna que se caracteriza pela proliferação e substituição do tecido ósseo por tecido fibroso. Essa doença geralmente inicia-se na infância e progride até a puberdade e adolescência. Relata-se um caso de Displasia Fibrosa Monostótica em um paciente de 15 anos de idade, com aumento de volume assintomático no lado esquerdo do corpo da mandibular que foi tratado cirurgicamente. Por meio de revisão de literatura procurou-se estabelecer critérios de diagnóstico, planejamento e tratamento cirúrgico que norteassem a exérese da displasia fibrosa monostótica nos ossos maxilares.

### Keywords:

*Fibrous Dysplasia, Monostotic; Mandible; Bone Remodeling.*

### Abstract

*Monostotic Fibrous Dysplasia is a benign fibro-osseous developmental anomaly where only one bone is involved. This disease usually begins in childhood and progresses throughout puberty and adolescence. The present case is a 15 years-old male patient. The patient was concerned about asymptomatic swelling in his left mandible body. The literature review was used to establish diagnostic criteria, planning and treatment in order to guide the monostotic fibrous dysplasia exeresis in the jaws.*

385

### Endereço para correspondência

Angelo Luiz Freddo  
Rua Amélia Teles 167/401 – Bairro Petrópolis  
Porto Alegre, RS – Brasil  
CEP: 90640-070  
E-mail: angelofreddo@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O primeiro autor a descrever a lesão hoje conhecida como displasia fibrosa foi Von Recklinghausen em 1891; mas foi Lichtenstein, em 1938, que introduziu o termo displasia óssea fibrosa na literatura mundial<sup>1</sup>.

A displasia fibrosa óssea (DF) é provavelmente uma malformação, de caráter benigno, do mesênquima ósseo, que tem seu processo de maturação estacionado no estágio fibroso do desenvolvimento esquelético. É caracterizada pela presença de tecido conjuntivo fibroso com disposição variada junto a trabéculas ósseas imaturas, não lamelares. Esta condição apresenta três padrões clínicos distintos, porém, às vezes superpostos: a forma monostótica, com acometimento de um

único osso: costelas, fêmur, tíbia, maxila, mandíbula; a forma polioestótica, quando o paciente apresenta lesões ósseas disseminadas pelo esqueleto; a Síndrome de McCune Albright, com padrão polioestótico associado a pigmentações cutâneas café-com-leite e disfunções endócrinas, especialmente desenvolvimento sexual precoce<sup>1</sup>.

A displasia fibrosa monostótica apresenta crescimento lento sendo que o paciente muitas vezes não consegue lembrar quando a lesão foi inicialmente percebida. O primeiro sinal clínico é o aumento de volume ou abaulamento dos maxilares, o que pode levar a assimetria facial. A expansão óssea geralmente é coberta por mucosa íntegra de coloração normal. Dificilmente o periosteio é rompido, sendo rara a presença de ulcerações, exceto quando o aumento de volume interfere

na oclusão por trauma durante a mastigação<sup>2</sup>.

Do ponto de vista radiográfico, a displasia fibrosa monostótica dos maxilares é extremamente variável podendo apresentar-se radiolúcida uni ou multilocular, ou ainda com radiopacidade de pouca definição, com aspecto clássico de "vidro despolido"<sup>3</sup>. Outras características como a alteração da lâmina dura, o estreitamento do ligamento periodontal e o deslocamento superior do canal mandibular com inversão da sua curvatura na região do ângulo da mandíbula, seriam patognomônicos desta lesão<sup>4,5</sup>.

Quanto ao tratamento, a displasia fibrosa dos maxilares tem seu crescimento estacionado ou diminuído após o início da puberdade, sendo assim, nas lesões pequenas, realiza-se apenas biópsia de confirmação e acompanhamento periódico<sup>6,7</sup>. Nas lesões grandes, com deformidade estética ou funcional, pode-se instituir tratamento cirúrgico pela realização de plastia óssea, após a estabilização do crescimento da lesão<sup>8</sup>. O tratamento da deformidade, na grande maioria dos casos, resume-se a uma cirurgia remodeladora (osteoplastia ou osteotomia corretiva), após a autolimitação da lesão entre os 23 e 30 anos de idade do paciente. Desde o momento do diagnóstico da lesão, até a intervenção cirúrgica, o paciente deve ser acompanhado trimestralmente, indicando-lhe que se comunique de imediato com o profissional se notar alguma variação no crescimento e evolução da lesão, entre as consultas de acompanhamento. Em casos excepcionais, quando a lesão apresenta um padrão de crescimento rápido e muito agressivo, com comprometimento de órgãos e estruturas anatómicas, deve-se realizar uma cirurgia ressectiva, para evitar comprometimento irreversível destas estruturas. Não é recomendado tratamento cirúrgico em etapa pré-puberal já que se acompanha de recrudescimento das lesões com um comportamento imprevisível<sup>9</sup>.

O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de displasia fibrosa monostótica e discutir critérios objetivos e reprodutíveis para a abordagem terapêutica.

386

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, exibiu assimetria facial com expansão das corticais ósseas vestibular e lingual, de consistência endurecida, localizada na altura de pré-molares e molares mandibulares do lado esquerdo. A mucosa apresentava-se íntegra, coloração normal, com diminuição da profundidade do sulco vestibular pelo aumento de volume na área envolvida. Os dentes da região não possuíam mobilidade, eram hígidos e respondiam positivamente ao teste térmico de vitalidade pulpar. Ao exame histopatológico havia sido estabelecido o diagnóstico de displasia fibrosa; o paciente encontrava-se em controle clínico e radiográfico há dois anos.

Em virtude da faixa etária do paciente, qualquer intervenção cirúrgica para este caso é contra-indicada, orientando-se ao paciente e a seus familiares de que a retomada do crescimento da lesão é mais comum em jovens. Entretanto, o paciente relatou que no último ano houve aumento do volume da lesão e insistiu na dificuldade de relacionamento devido à assimetria facial, o que interferia na sua vida social (Figura 1).

Ao exame físico havia parestesia nas regiões de inervação do nervo mentoniano. A radiografia panorâmica revelou uma lesão radiolúcida multilocular com radiopacidade em diferentes graus com aspecto de "vidro despolido". As margens da lesão eram imprecisas (Figura 2). O exame tomográfico nos cortes axial e 3D revelou lesão intra-óssea com expansão assimétrica da cortical lateral e medial lado esquerdo do corpo mandibular, sem evidência de perfuração das corticais ósseas

Figura 1: Aspecto clínico pré-operatório da lesão na região de corpo de mandíbula, lado esquerdo.

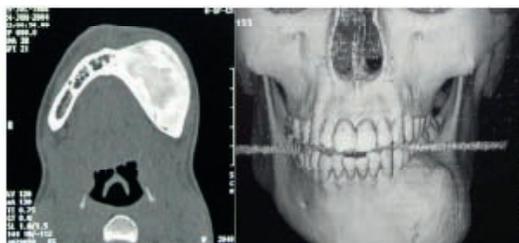


Figura 2: Detalhe do exame radiográfico panorâmico, revelando lesão radiolúcida multilocular com radiopacidade em diferentes graus com aspecto de "vidro despolido".



e sem comprometimento do canal mandibular (Figuras 3).

Figura 3: Exame tomográfico revelando lesão intra-óssea com expansão assimétrica das corticais vestibular e lingual lado esquerdo do corpo mandibular sem evidência de perfuração das corticais ósseas.

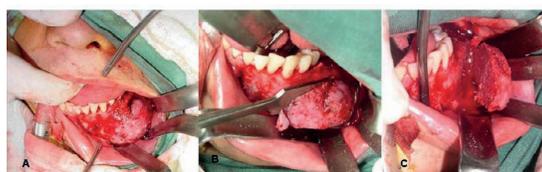


A mensuração da área de displasia fibrosa a ser removida, foi obtida por meio da medida do diâmetro e espessura da lesão na tomografia computadorizada (TC), através de cortes nos planos axial e coronal com filtros específicos para osso e tecidos moles. A espessura da lesão no sentido vestibulo-lingual foi obtida através da medida da distância entre as corticais lingual e vestibular. A mensuração na região de canino (porção mais medial da lesão) correspondeu a 1,5 cm; 3,4 cm na região de 1º e 2º molar (porção mais central da lesão) e 2,3 cm na região correspondente ao ângulo mandibular.

O paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, com incisão intra-sulcular, que se estendia da borda anterior do ramo mandibular por distal do terceiro molar até a mesial do incisivo central do lado oposto, com incisão relaxante nesta área. Após a incisão fez-se o descolamento do retalho mucoperiosteal expondo a área onde se localiza a lesão. Em seguida, as medidas obtidas através da TC foram transferidas para o trans-operatório, sem sucesso, em virtude da lesão não apresentar limites definidos. Além disso, corria-se o risco de remover tecido lesionado além ou aquém do pla-

nechado em determinados pontos, podendo resultar em déficit funcional ou estético ao paciente. A maneira mais segura e com maior chance de sucesso seria guiar-se pela anatomia contígua da região obtendo maior segurança no momento da ressecção da lesão. Com broca cirúrgica esférica delimitou-se a área a ser osteotomizada com pequenas trepanações, unindo-as posteriormente tanto nos sentidos longitudinal quanto transversal, facilitando-se a remoção da lesão em pequenos fragmentos. Posicionou-se o cinzel paralelo ao corpo da mandíbula em uma posição entre a lesão e o osso sadio, removendo-a em um volume adequado, sem riscos de causar mutilações (Figuras 4). Na parte final do procedimento cirúrgico, as superfícies ósseas foram regularizadas com osteótomo e fresa cirúrgica.

**Figura 4:** A e B. Aspecto trans-operatório da lesão após incisão e deslocamento mucoperiosteal e remoção de parte da lesão por meio de cinzel. C. Observa-se a relação com a região não afetada que orienta a remoção cirúrgica da lesão.



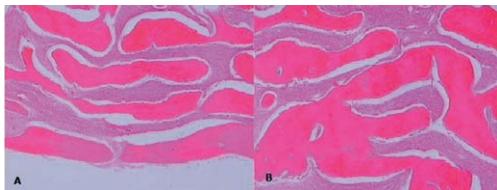
A ferida operatória foi suturada com fio de sutura vicryl 4.0. O aspecto clínico extrabucal imediato demonstrou o restabelecimento da harmonia facial (Figura 5). Um curativo compressivo pós-operatório foi realizado com o objetivo de evitar grandes hematomas que poderiam levar a expansão do osso residual. O pós-operatório transcorreu sem complicações, sendo prescrito amoxicilina 500mg, a cada oito horas por sete dias e celecoxib 200 mg uma vez ao dia por cinco dias.

O exame histológico mostrou tecido ósseo normal contíguo ao osso displásico sob estroma de tecido conjuntivo fibroso. Observam-se, também, irregularidades das trabéculas ósseas com tecido ósseo assumindo padrão que lembra caracteres chineses em conjuntivo ricamente celularizado, com atividade osteoblástica, compatível com a Displasia Fibrosa Monostótica (Figura 6).

**Figura 5:** Pós-operatório imediato após remoção de parte da lesão, observa-se o restabelecimento do contorno mandibular.



**Figura 6:** A. Corte histológico 40xHE. Observa-se tecido ósseo normal contíguo ao osso displásico sobre estroma de tecido conjuntivo fibroso. B. Corte histológico 100xHE. Observa-se irregularidade das trabéculas ósseas com tecido ósseo assumindo padrão que lembra caracteres chineses.



## DISCUSSÃO

Na literatura há um protocolo definido para o tratamento da displasia fibrosa monostótica, entretanto, critérios que venham a facilitar o procedimento cirúrgico proporcionando maior segurança durante o ato operatório ainda não foram estabelecidos. Tais critérios estão relacionados especialmente ao momento mais oportuno de se realizar a cirurgia e à dificuldade com que o cirurgião depara-se no momento de estabelecer os limites da lesão, incorrendo muitas vezes em cirurgias radicais, o que promove déficits funcionais e estéticos ao paciente.

Cada caso deve ser analisado de forma individual, com cautela no momento da decisão do tratamento a ser instituído. Não se deve atrelar o momento cirúrgico ao término da maturidade esquelética, pois apesar de a literatura descrever que o risco de crescimento da lesão muitas vezes é eminente quando submetemos o paciente a um procedimento cirúrgico na fase pré-puberal, não podemos deixar que somente esse critério norteie nossa conduta terapêutica<sup>7,8,10,11</sup>. A interação profissional-paciente é importante e nunca deve ser esquecida. No caso relatado, o paciente apresentava defeito estético excessivo (desfigurante) e com padrão de crescimento rápido e agressivo, causando mudanças no seu convívio social, fato que indicava a terapia cirúrgica.

Recomenda-se o uso da cirurgia remodeladora (osteoplastia ou osteotomia corretiva) antes do início da fase adulta com três objetivos: restauração da função; prevenção de complicações como compressão de estruturas nobres, e em casos em que o defeito estético é excessivo podendo trazer mudanças no perfil psicológico do paciente<sup>9</sup>.

Diverge-se de Samman et al<sup>6</sup> e Yamashiro e Komori<sup>7</sup> que preconizam biópsia para confirmação do diagnóstico nas lesões pequenas. Termos genéricos, como pequeno, não devem ser utilizados. Se a lesão é pequena, deve ser removida totalmente, não se indicando a biópsia incisiva prévia para confirmação da lesão. Além disso, é possível estabelecer o diagnóstico baseado na história clínica e nos exames radiográficos que apresentam um aspecto clássico de "vidro despolido". Outras características radiográficas como alteração da lâmina dura, estreitamento do ligamento periodontal e deslocamento superior do canal mandibular, com inversão da sua curvatura na região de ângulo da mandíbula, são patognômicos da displasia fibrosa monostótica nos auxiliando no diagnóstico final<sup>4,5</sup>.

Quando ao planejamento cirúrgico acredita-se que a utilização da TC seja indispensável, aumentando a fidelidade anatômica e melhorando a visualização das estruturas afetadas<sup>10,12</sup>. O critério que orientou a quantidade de tecido displásico a ser eliminado, foi a anatomia mandibular normal contígua da região afetada, como também, o contorno anatômico normal do lado contralateral.

A partir da definição de um plano de clivagem entre a lesão e o osso sadio, deve-se remover a lesão na sua totalidade, sempre respeitando a anatomia da região. Se o paciente necessitar ser submetido a novos procedimentos cirúrgicos devido à recorrência da lesão, esta poderá ser tratada de forma menos agressiva.

A tentativa de mensurar a lesão tem pouca aplicação prática. O critério que define o quanto de tecido afetado deve ser removido tem como referência a anatomia contígua da região.

## REFERENCIAS

1. Cohen, J. R. M. M. Craniofacial anomalies: clinical and molecular perspectives. *Ann Acad Med Singapore*, 2003;32(2):244-51.

2. De Conto, F.; Mendes, F. J. D.; Rhoden, R. M. Displasia fibrosa monostótica dos maxilares: revisão da literatura e relato de caso. *Rev Bras Patol Oral*, 2003;2(4):37-42.
3. Bessho, K.; Tagawa, T.; Murata, M.; Komaki, M. Monostotic fibrous dysplasia with involvement of the mandibular canal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1989;68(4):396-400.
4. Bastos, E. P.; Louro, R. S.; Torres, S. R.; Cardoso, A. S. Displasia fibrosa dos maxilares: revisão da literatura e relato de dois casos. *Rev Bras Odontol*, 2001; 58(2):99-101.
5. Terezhalmay, G. T.; Riley, C. K.; Moore, W. S. Fibrous dysplasia. *Quintessence Int*, 2000;31(10):768-89.
6. Samman, N.; Piette, E.; Cheung, L. K.; Tideman, H. Feasibility of osteotomies in fibrous dysplasia of the jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 1991;20(6):353-6.
7. Yamashiro, M.; Komori, A. Osteosarcoma mimicking fibrous dysplasia of the jaw. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 1987;16(1):112-5.
8. Waldron, C. A. Fibro-osseous lesions of the jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 1993;51(8):828-35.
9. Bencini, C. A.; Bencini, A. C.; Peluso, F. C. Displasia fibrosa: reporte de 6 casos de variedad monostótica. *Rev Soc Odontol Plata*, 2003;16(32):10-5.
10. Delozier, J. B.; Egger, M. E.; Bottomy, M. B. Infantile fibrous dysplasia of the mandible. *J Craniofac Surg*, 2004;15(6):1039-43.
11. Mendonça Caridad, J. J.; Platas, F. Jr. Fibrous dysplasia of the mandible: Surgical treatment with platelet-rich plasma and a corticocancellous iliac crest graft-report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2008;105(4):12-8.
12. Silva, A. C.; Cavalcanti, M. G. P. Análise de diferentes tipos de displasia fibrosa por meio da tomografia computadorizada em 3D. *RPG Rev Pos Grad*, 2001;8(3):209-16.

# PREVINA-SE CONTRA O CÂNCER DE BOCA

## O QUE É O AUTOEXAME?

O autoexame é um método bastante simples e eficaz para verificar se existe alguma anormalidade (feridas, caroços, lesão, manchas) em sua boca. Para realizá-lo, procure um ambiente bem iluminado e fique de frente para o espelho, onde você possa se ver bem. Realizando o autoexame, você poderá prevenir o câncer de boca.



## COMO FAZER O AUTOEXAME:

- 1 Verifique se os dois lados do seu rosto estão iguais
- 2 Tocar o lado esquerdo do rosto e do pescoço com a mão direita, repetir o procedimento para o lado direito, com a mão esquerda. Verificar se os dois lados estão iguais
- 3 Toque toda a parte de baixo do queixo com o dedo polegar
- 4 Tire as dentaduras ou aparelhos removíveis. Fazer bochecho com água para lavar a boca.
- 5 Puxar com os dedos o lábio inferior para baixo, toque-o. Repita a operação no lábio superior.
- 6 Com a ponta do dedo afastar a bochecha para examinar sua parte interna. Fazer isso dos dois lados.
- 7 Colocar o dedo por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo. Tocar o assoalho da boca.
- 8 Inclinare a cabeça para trás e observar o céu da boca. Em seguida dizer «AAAAA» e observar a garganta.
- 9 Faça movimentos com a língua: para fora, para cima, para os dois lados, e observe cada face da língua, cor e aspecto.
- 10 Estique a língua para fora e segure-a com uma gaze ou pano, com a outra mão toque a sua superfície.

## DICAS PARA SE PREVENIR

- 1 Evite o uso de álcool e fumo em excesso
- 2 Evite expor sua boca ao sol excessivo
- 3 Troque as dentaduras velhas e que machuquem
- 4 Escove os dentes e a língua após as refeições
- 5 Faça o autoexame

## IDENTIFICANDO ANORMALIDADES

- 1 Manchas brancas nos lábios.
- 2 Lesões externas na gengiva com aspecto de verrugas.
- 3 Lesões na bochecha: riscos ou linhas brancas.
- 4 Caroços no lado da língua
- 5 Sapinho

## NORMAL E SAUDÁVEL

- 1 Os dois lados do seu rosto devem estar iguais.
- 2 A gengiva deve estar num tom róseo, ligeiramente crespada e pontilhada.
- 3 A língua é crespada, rósea e com linhas de maior e menor profundidade.
- 4 Não deve haver sangramentos.
- 5 A boca deve abrir e fechar sem dificuldades e travamento.

**ELABORAÇÃO DO MATERIAL**  
 AURORA KARLA VIDAL  
 ELIZABETH AZEVEDO  
 RENATA CIMÕES  
 Cirurgiãs-Dentistas

**ASSESSORIA PEDAGÓGICA**  
 PROF. ANA SOTERO

**REVISÃO**  
 PROF. RONALDO CORDEIRO

**DESIGN**  
 NEAD - UPE

**ILUSTRAÇÕES**  
 LUÍS CLÉRIO JR.



Descobriu alguma coisa diferente? Sentiu dor?

PROCURE O DENTISTA OU O MÉDICO NO SERVIÇO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO.



### REALIZAÇÃO:



### APOIO:



### INFORMAÇÕES:

Extensão/ ICB/ UPE - Tel (81) 31833311 cancerdeboca@gmail.com  
 CRO/ PE - Tel(81) 31944900 Fax (81) 32422034 cro-pe@cro-pe.org.br