1 - Displasia Fibrosa dos Maxilares
2 - Síndrome de Moebius
3 - O Perigo das Adaptações no Consultório Odontológico

1 Displasia Fibrosa dos Maxilares

Antonio L.B. Pinheiro
Professor de Cirurgia e Traumatologia BMF da FO/Salvador/UFBA

André Carlos de Freitas
Aluno do programa de Pós-Graduação de Cirurgia e Traumatologia BMF da PUCRS. Nível Doutorado

Marcos André M. de Oliveira
Mestrando em Cirurgia e Traumatologia BMF/UFPE

Alessandro L.B. Vieira
Estela de Souza Soares
Cirurgiões-Dentistas pela UFPE

INTRODUÇÃO

A displasia fibrosa é uma lesão de interesse para o cirurgião-dentista devido a possibilidade de envolvimento dos ossos maxilares, bem como pela necessidade de diferenciação de outras patologias mais agressivas.

A displasia fibrosa do osso é considerada representante de uma lesão semelhante a um tumor do desenvolvimento. A maioria dos casos representa ma doença monostótica (limitada a apenas um osso), este tipo soma 80 a 85% dos casos de displasia fibrosa. Já a displasia fibrosa poliostótica (afetando vários ossos) é relativamente incomum (NEVILLE, DAMM, ALLEN et al., 1998), e nesses casos, além das lesões ósseas, pode-se observar também as referidas manchas de coloração marrom clara "café com leite". Esta forma de displasia fibrosa poliostótica é, algumas vezes, chamada do tipo JAFFE (BORAKS, 1996).

Cerca de 3% dos pacientes com displasia fibrosa poliostótica apresentam além de múltiplas áreas de pigmentação cutânea, uma hiperfunção autônoma de uma ou mais glândulas endócrinas no que é conhecido como síndrome de McCUNE-ALBRIGHT (NEVILLE, DAMM, ALLEN et al. 1998).

A displasia fibrosa monostótica (DFM) representa um distúrbio na atividade do mesênquima osteogênico resultando na formação de osso imaturo (GUIMARÃES, 1982), porém o fator ou fatores desencadeantes da patologia ainda são desconhecidos.

Embora as lesões mandibulares sejam verdadeiramente monostóticas, as lesões maxilares freqüentemente envolvem os ossos adjacentes como zigomático, esfenóide e ociptal, por isso, não são estritamente monostóticas. A designação de displasia craniofacial é apropriada para tais lesões. Os dentes envolvidos na lesão normalmente permanecem firmes mas podem ser deslocados pela massa óssea (NEVILLE, DLAMM, ALLEN et al. 1998). Os ossos gnáticos estão entre os locais mais comumente afetados nos pacientes com displasia fibrosa monostótica (NEVILLE, DAMM, ALLEN et al. 1998).

A DFM é uma patologia que acomete principalmente jovens e crianças, sendo que os seus primeiros sinais observados aparece entre as primeira e segunda décadas de vida (SHAAFER, HINE, LEVY, 1987). Esta doença afeta com maior freqüência a maxila que a mandíbula, sendo geralmente unilateral e localizando-se preferencialmente na região posterior dos maxilares (SHAFER, HINE, LEVY, 1987). Seus sinais clínicos são caracterizados por aumento de volume, assimetria facial, má oclusão e, em raros casos, discreta dor na região. A mucosa que reveste a lesão quase que invariavelmente apresenta características clínicas normais (PELAYO, 1985).

As características radiográficas da DFM são variáveis e dependem do estágio evolutivo da lesão. Podem variar desde imagens radiolúcidas uniloculares ou multiloculares até áreas densamente radiopacas. BORAKS (1996); NEVILLE, DAMM, ALLEN et al. (1998) observaram como principal característica uma opacificação discreta como vidro despolido que resulta da superimposição de uma variedade de trabéculas ósseas pouco calcificadas, arranjadas em padrão desorganizado. Os aspectos radiográficos das displasias fibrosas não são bem definidos, e as

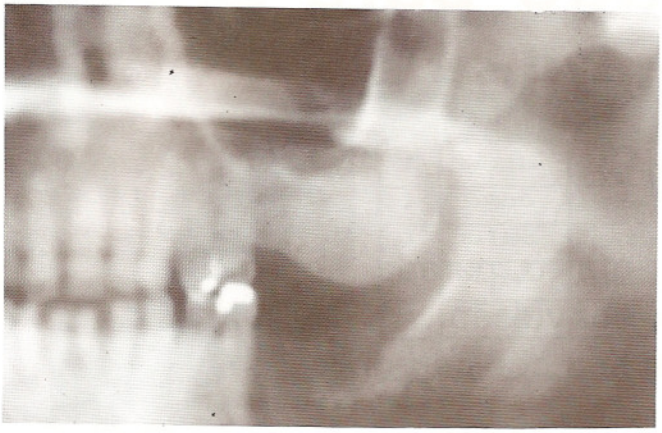

Fig. 1 - Radiografia pré-operatória. Área densamente radiopaca difusa.

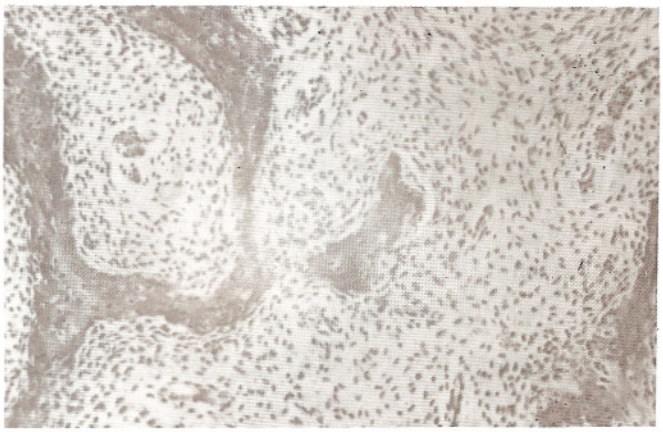

Fig. 2 - Displasia Fibrosa. Trabéculas ósseas de forma irregular trancada em estroma fibroso.

margens misturam-se imperceptivelmente ao osso normal adjacente de forma que os limites da lesão possam ser difíceis de definir.

Segundo SHAFER, HINE, LEVY (1987), não há alterações significativas no cálcio e fósforo séricos, embora o nível de fosfatase alcalina do soro esteja, algumas vezes, elevado.

A lesão é essencialmente conjuntiva com proliferação de fibroblastos e fibras colágenas entrelaçadas (NEVILLE, DAMM, ALLEN et al. 1998). As trabéculas ósseas não são conectadas às outras, assumindo freqüentemente formas curvilíneas comparadas à escrita chinesa ou a letra "C" e são constituídas de osso imaturo. Considera-se que as trabéculas ósseas encontram-se dispersas por toda a lesão sem um padrão definido de disposição, surgem por metaplasia e não são cercadas por linhas osteóides ou osteoblastos justapostos dilatados (SHAFER, HINE, LEVY, 1987; STANDISH, GORLIN, WALDRON apud MARZOLA; LOBO; CONSOLARO et al. 1996).

O principal diagnóstico diferencial deve ser feito em relação ao fibroma cemento-ossificante, que microscopicamente apresenta características semelhantes à displasia fibrosa dos maxilares, porém apresenta-se encapsulado, característica essa observada através do exame radiográfico, onde se observa um halo radiolúcido delimitando a lesão (RANDEL e COHEN, 1975).

O tratamento da displasia monostótica consiste na remoção cirúrgica da lesão (SHAFER,; HINE, LEVY, 1987). Embora as lesões menores, particularmente na mandíbula, possam ser completamente ressecionadas cirurgicamente sem maiores dificuldades, a natureza difusa e o grande tamanho de muitas lesões, particularmente aquelas da maxila, impedem a remoção sem cirurgia intensa (NEVILLE; DAMM; ALLEN et al. 1998). Além disso, muitas lesões, em particular aquelas com quadro radiográfico de vidro fosco não são circunscrita e teriam que ser seccionadas em bloco. Por estas razões a maioria dos casos são tratados simplesmente com a remoção conservadora de parte da lesão. O resultado estético geralmente é bom, mas algumas vezes a lesão volta a desenvolver (SHAFER; HINE; LEVY, 1987).

A prevalência de novo crescimento após a remoção cirúrgica é difícil de determinar, mas tem sido estimado em torno de 25% à 50% dos pacientes tratados cirurgicamente. O novo crescimento é mais comum nos pacientes mais jovens e muitos cirurgiões acreditam que a intervenção cirúrgica deve ser adiada o máximo possível (NEVILLE, DAMM, ALLEN et al. 1998).

O desenvolvimento de osteossarcoma, transformação maligna, raramente tem sido associada à displasia fibrosa (NEVILLE, DAMM, ALLEN et al. 1998).

RELATO DO CASO

A paciente V.F.S., sexo feminino, trinta e seis anos, melonoderma, apresentou-se ao ambulatório de CTBMF do Hospital de Clínicas da UFPE, queixando-se de um "aumento de volume" em sua boca em região de rebordo alveolar póstero-superior esquerdo.

Ao exame clínico anamnésico a paciente relatou uma evolução de aproximadamente seis anos, sendo que havia ausência de sensibilidade dolorosa no início do processo, porém, há dois anos a paciente vem sendo acometida por cefaléia e dor no olho esquerdo, cuja origem não pode ser detectada em exames neurológicos realizados previamente. A ocorrência de sangramento ou exudação em qualquer nível da região foi negada, bem como qualquer alteração de ordem endócrina. Ao exame físico não foi observada qualquer alteração em outros ossos do esqueleto.

Ao exame clínico intra-bucal foi constatado discreto abaulamento ósseo mais acentuado por vestibular, em região desdentada do rebordo alveolar superior esquerdo. A fibromucosa apresentava-se com aspecto sadio e coloração normal. A palpação da tumoração revelou consistência endurecida, com ausência de crepitação e mobilidade.

O exame radiográfico revelou na região em questão uma área densamente radiopaca difusa, com trabeculado irregular e ausência de halo radiolúcido ao redor com aspecto típico de vidro despolido (fig. 1).

A dosagem de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina apresentaram valores dentro da normalidade.

As informações radiográficas associadas às informações clínicas sugeriram como provável hipótese diagnóstica de Displasia Fibrosa Monostótica.

A paciente foi submetida à uma biópsia para confirmar a suspeita de diagnóstico e por ser um aumento muito discreto

foi realizado neste mesmo procedimento uma plastia óssea com fins cosméticos, de acordo com que é preconizado pela maioria dos autores como sendo o tratamento de escolha. Após a realização da antissepsia da face e cavidade bucal da paciente, colocação de campos operatórios e anestesia por bloqueio regional dos nervos dentários póstero-superior e palatino anterior, uma incisão mucoperiostal foi realizada a nível de rebordo alveolar associada com outra relaxante por vestibular na distal do dente 25, seguido de descolamento e afastamento do retalho. A osteotomia foi realizada com broca tronco-cônica nº 704 em baixa rotação sob irrigação externa com solução fisiológica 0,9% (SF 0,9%). Em seguida foi realizado um acabamento final com lima para osso, irrigação com SF 0,9% e sutura a pontos isolados com fio de nylon nº 4. Foi prescrito antibiótico, antinflamatório e analgésico no pós-operatório imediato e as recomendações de rotina.

O resultado histológico revelou uma lesão essencialmente fibrosa, rica em fibroblastos distribuídas em um estroma compacto de fibras colágenas entrelaçadas, associadas a trabéculas óssea dispersas, formando em alguns casos, "imagens de caracteres chineses" (Fig. 20.

A paciente permanece sob controle clínico e radiográfico há um ano sem apresentar sinais de recidiva.

RESUMO

Os maxilares estão entre as regiões mais comumente acometidas pela displasia fibrosa monostótica, merecendo desta forma atenção especial dos Cirurgiões-Dentistas para o conhecimento das principais características clínicas desta doença, possibilitando assim um diagnóstico diferencial de outras patologias que freqüentemente afetam os maxilares. Os autores fizeram uma revisão da literatura e relataram um caso clínico de displasia fibrosa monostótica do maxilar descrevendo seus aspectos clínicos, radiográficos e histológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARAT, MN. Fibrous Dysplasia masqueranding as maxillary sinusitis. *Ear nose thoat J.* 68 (1): 1989.

2. BORAKS, S., *Diagnóstico bucal.* São Paulo: Artes Médicas, p. 319. 1996.

3. GUIMARÃES, S.A.C. *Patologia Básica da cavidade bucal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

4. MARZOLA, C.; LOBO,S.E.; CONSOLARO, A. Displasia Fibrosa dos Maxilares. *Revista da APCD*, 50 (6): 485-488, nov dez., 1996.

5. NEVILLE, B.W.'DAMM, D.D.; ALLEN, C.M. et al. *Patologia Oral & Maxilofacial.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

6. PELAYO, Z. Signos radiográficos diferenciales entre displasia fibrosas, ameloblastoma y sarcomas osteogenicos de los huesos maxilofaciales. *Rev. Cubana Estomatol.* 22 (1): 56-62, 1985.

7. RANDEL, S.; COHEN, L. Monostotic fibrous dysplasia. Report of a case. J. Oral Med. 30 (1): 8-11, jan/mar. 1975.

8. SHAFER, W.G.; HINE; LEVY. *Tratado de Patologia Bucal.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

9. STAFNE, E.C. & GIBILISCO, J.A. *Diagnóstico radiográfico bucal.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.