

**OSTEOMA**

*João Jorge D. Barbachan\*\**  
*Onofre Francisco de Quadros\*\**  
*Manoel Sant'Ana Filho\**  
*Pantelis Varvaki Rados\**  
*Icleo Faria e Souza\**

\* Professores de Patologia Geral e Buco-Dental da UFRGS e PUCRS.

\*\* Professor de Radiologia da UFRGS e PUCRS.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARBACHAN, João Jorge D. et alii.  
*Osteoma. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, 27:113-126, 1985.*

#### DESCRITORES

- Osteoma
- Patologia Bucal

#### RESUMO

Foram revisados 05 casos arquivados no laboratório de Patologia Bucal da FO/UFRGS, com objetivo de estabelecer as principais características para o diagnóstico do osteoma.

Se estabeleceu que o osteoma é um tumor de crescimento lento com preferência pela mandíbula, e que o aumento de volume na região é a causa principal da consulta. Do ponto de vista radiográfico o tumor pode ser observado quando em posição central (endostal) somente se o osteoma for do tipo compacto.

Histologicamente o tumor é composto por tecido ósseo compacto ou esponjoso, com características morfológicas semelhantes ao tecido ósseo normal.

O diagnóstico histológico correto só pode ser obtido quando da associação com os achados clínicos e radiográficos.

# OSTEOMA

## INTRODUÇÃO

Este trabalho se propõe a estabelecer parâmetros para o diagnóstico desta lesão, através do estudo dos casos arquivados na disciplina de Patologia Buco-Dental da UFRGS.

## REVISÃO DA LITERATURA

Segundo alguns autores (4,6,10) o osteoma é uma lesão constituída de osso compacto ou esponjoso, que aumenta de tamanho por aposição contínua de tecido ósseo. Apresenta-se como uma protuberância que cresce para fora do osso chamado tipo subperiosteal) ou como uma massa densa crescendo na porção central do mesmo (tipo central). A mandíbula é mais afetada que a maxila. O tumor cresce lentamente e de forma assintomática, salvo quando provoca assimetria facial. O tipo subperiosteal manifesta-se com forma oval, superfície freqüentemente lobulada, sésil ou pediculado, enquanto o tipo central apresenta massa dura em continuidade com osso.

Lucas (6) ressalta que há muita divergência de opinião quanto a verdadeira natureza da lesão, principalmente nos casos de osteoma central, uma vez que várias lesões podem adquirir aspecto semelhante tanto do ponto de vista radiográfico como histopatológico (displasia fibrosa em fase final de calcificação, osteomielite esclerosan-

te crônica). O tipo subperiosteal, ainda segundo Lucas (6), é uma entidade aceita apesar de existir dúvidas quanto a sua verdadeira natureza.

Shafer et alli (10) consideram o osteoma como distúrbio de desenvolvimento, e ressaltam que estas lesões podem aparecer múltiplas, sendo uma manifestação da Síndrome de Gardner (osteoma múltiplos, polipose intestinal, lesões císticas na pele, tumores dermóides e dentes supra numerários).

Ord et alli (8), apresentam um caso acompanhado por nove anos antes de ser operado por recusa do paciente, até quando apresentou trismo e dificuldade de abertura bucal. Afirmam que o crescimento contínuo da lesão fez com que optassem por este diagnóstico.

Fritz et alli (3) e Rajayogeswaran, V. & Eveson, J.W. (9) apresentam casos de osteoma central acompanhados de dor, provavelmente devido a compressão de estruturas nervosas durante o seu desenvolvimento.

Billings et alli (2) apresentam um caso localizado no seio maxilar, acompanhado de secreção purulenta via fístula buco-sinusal.

Weimann & Sicher (11) colocam que existe confusão quando se trata de um verdadeiro osteoma ou uma exostose, mas ressaltam que o diagnóstico desta última fica facilitado pelas localizações eletivas (região antero-inferior por lingual e palatina mediana).

Alguns autores (1, 4, 5, 6, 10) relatam casos de osteoma localizados em tecido mole, principalmente língua. Para Barbachan et alli (1) esta localização do tumor é explicada pelo fato de células mesenquimais guardarem potencialidade de diferenciação em células formadoras de tecido ósseo.

## MATERIAL E MÉTODO

Através do estudo dos casos diagnosticados como osteoma nas disciplinas de Patologia Buco-Dental da UFRGS, foram selecionados 05 casos que continham os dados clínico, radiográfico e histopatológico, no período de 1974 a 1984.

Na tabela 1, vê-se o resumo dos dados individuais dos pacientes e os aspectos clínico, radiográfico e histopatológico.

Dos 05 casos estudados, 04 pacientes eram do sexo feminino, com idade variando entre 13 a 30 anos, sendo 04 da raça branca. Na figura 1 nota-se lesão séssil na zona vestibular do rebordo alveolar e recoberta por mucosa normal.

Os casos 1, 2 e 5 não apresentavam imagem radiográfica significativa, por serem lesões de pequenas dimensões ficando por isso mascaradas pela superposição de estruturas.

As figuras 2 e 3 mostram o aspectos radiográficos de lesões localizadas no ramo ascendente da mandíbula e na cabeça da mandíbula, respectivamente, e mostram deformação radiopaca da região, que clinicamente terminava assimetria facial e dificuldade mastigatória.

A figura 4 mostra o aspecto radiográfico da peça onde se nota a formação de tecido mineralizado com linhas radiolúcidas no seu interior.

O aspecto macroscópico mostrado na figura nº 5 revela uma lesão de forma arredondada com 3,0cm em seu maior diâmetro e com superfície lobulada.

Do ponto de vista de histopatologia o tumor pode ser do tipo espon-

joso (figura 6), ou do tipo compacto (figura 7)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados em nosso estudo no que se refere a aspecto clínico está conforme o descrito pelos autores, como uma lesão de crescimento lento e assintomático, cuja principal característica está na assimetria que provoca, acrescentada nos casos 3 e 4 de dificuldade mastigatória devido a sua localização (na ou próximo à cabeça da mandíbula) com localização preferencial pela mandíbula.

Do ponto de vista radiográfico somente foi possível observar alterações nos casos de maior tamanho e de localização em que as tomadas radiográficas podiam ser feitas em superposição, como é o caso da figura 2.

A histopatologia da lesão pode apresentar duas formas: formação de tecido ósseo compacto, com as linhas de aposição de tecido ósseo bem definidas ou formação de tecido ósseo esponjoso, caracterizado pela presença de trabeculado ósseo e medula. Segundo os autores consultados (2, 6, 8, 9, 10) é difícil, senão impossível, estabelecer-se o diagnóstico exclusivamente baseado no exame histopatológico, opinião da qual partilhámos, uma vez que é possível observar tecido e células ósseas idênticas a zonas de tecido ósseo normal. Neste aspecto, gostaríamos de salientar a importância dos dados clínicos e radiográficos para o acerto do diagnóstico. Discordamos de autores (4, 6, 10) que acreditam tratar-se de distúrbio de desenvolvimento, porque o próprio crescimento contínuo da lesão aliado ao fato do aparecimento na idade adulta faz pensar numa verdadeira neoplasia.

## CONCLUSÕES

Baseado no estudo dos casos e na revisão bibliográfica podemos concluir:

1. O osteoma é uma neoplasia que se localiza preferentemente na mandíbula, de crescimento lento e assintomático, detectado pela assimetria que provoca.

2. Do ponto de vista radiográfico podemos observar o tipo subperiosteal

ou o tipo central quando este for de osso compacto.

3. Do ponto de vista histopatológico podemos verificar a formação de tecido ósseo compacto ou esponjoso, com características quase idênticas a do normal, sendo imprescindível para o correto diagnóstico, os aspectos clínico e radiográfico.

TABELA 1

	Sexo	Idade	Cor	Localização	Aspecto Clínico	Aspecto RX	Aspecto Histop.	Diagnóstico
1	F	26	B	Vestibular entre 22 e 23	Assimetria	Não significativo	Trabéculas ósseas com medula gorrosa	Osteoma Esponjoso
2	F	16	B	Vestibular do 36	Assimetria	Não significativo	Tecido ósseo compacto	Osteoma Compacto
3	F	13	B	Cabeça da mandíbula esquerda	Assimetria e dificuldade mastigatória	Deformação radiopaca da cabeça da mandíb.	Tecido ósseo compacto	Osteoma Compacto
4	M	30	B	Ramo ascendente da mandíbula direita	Assimetria e dificuldade mastigatória	Deformação radiopaca pediculada	Trabéculas ósseas (osso esponjoso)	Osteoma Esponjoso
5	F	22	—	Entre 31 e 41	Lesão exoftálica e pediculada	Não significativo	Trabéculas ósseas	Osteoma Esponjoso

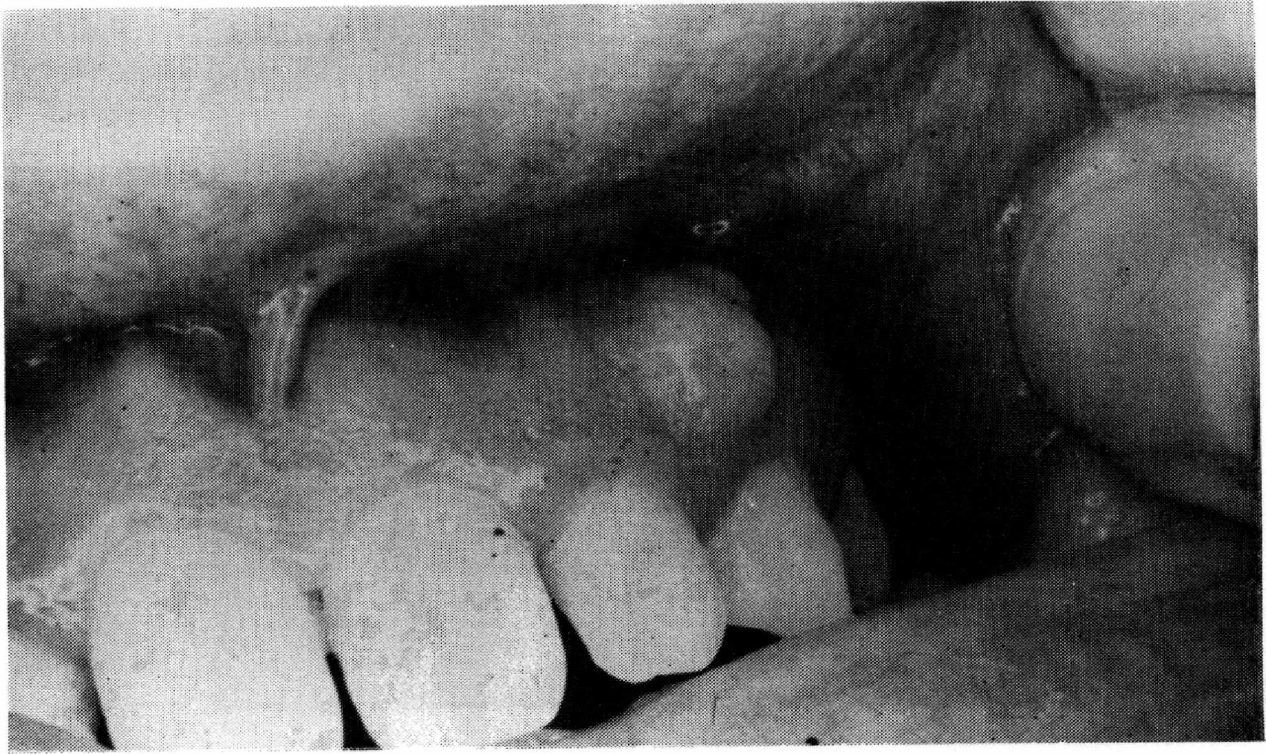


Fig. 1 – Aspecto clínico caso nº 1.

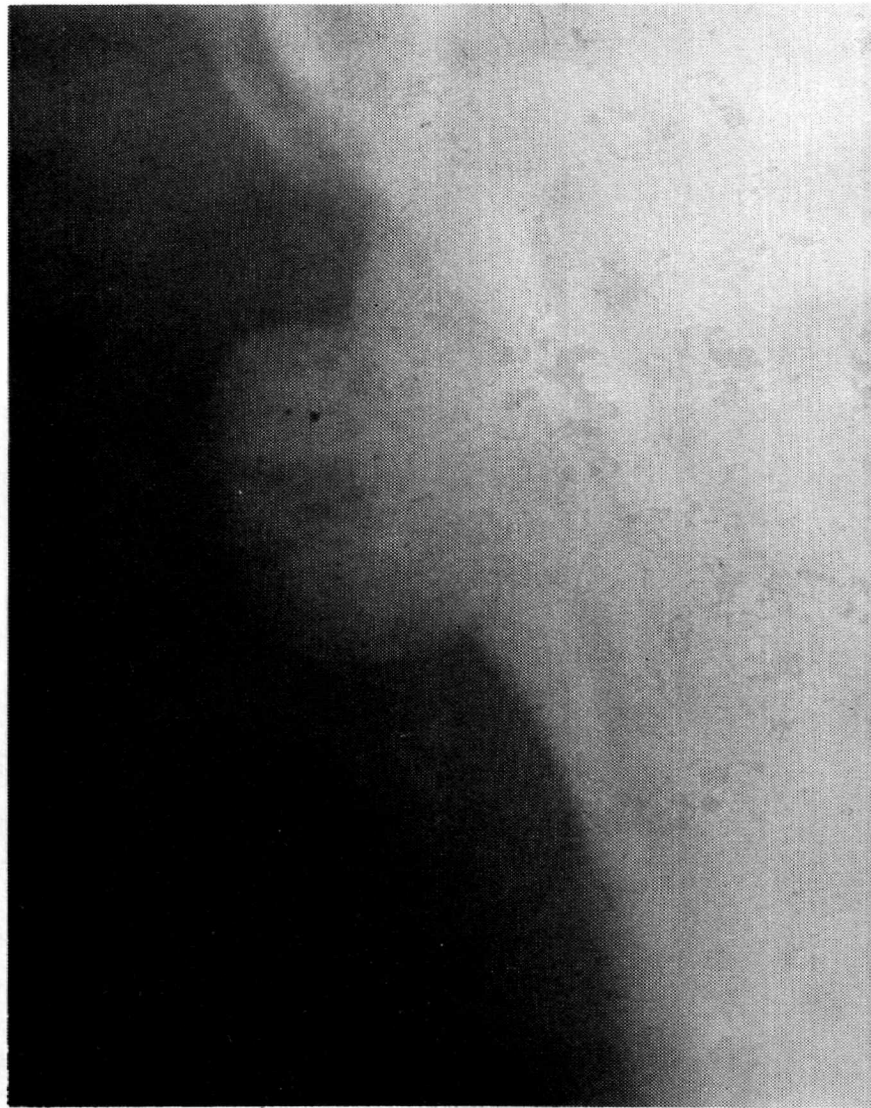
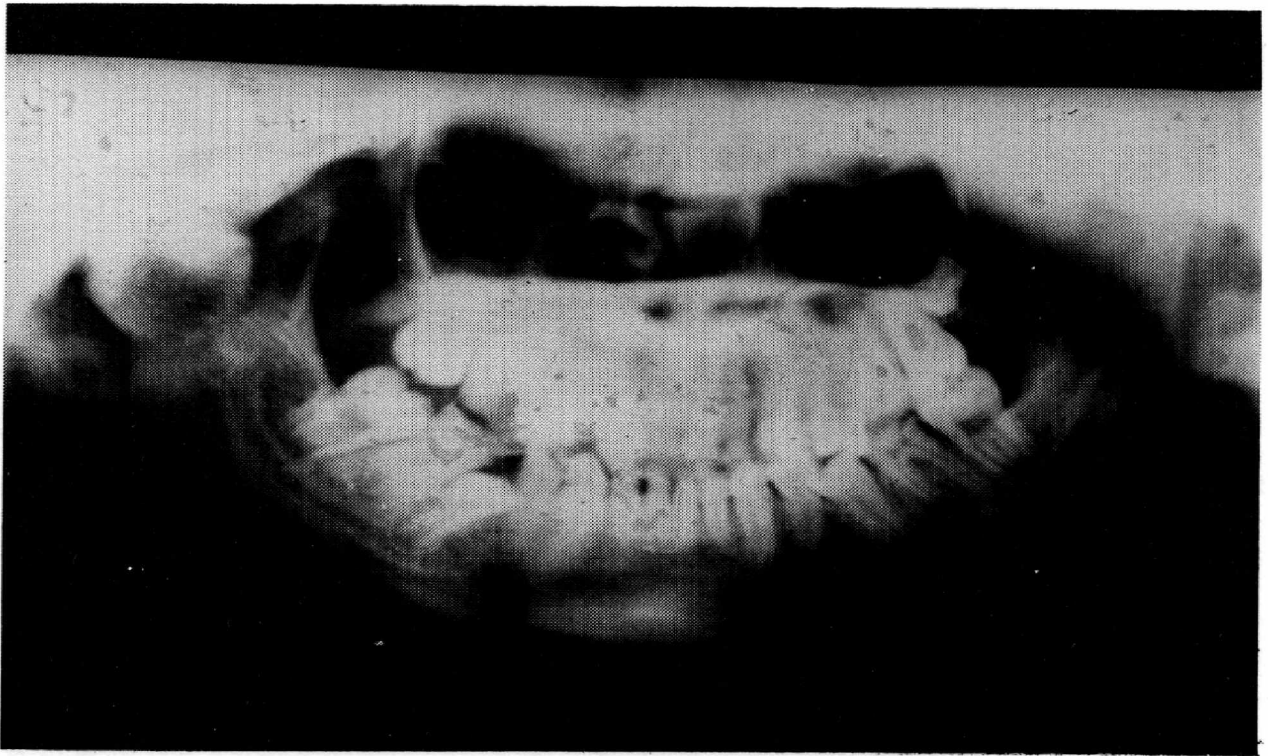


Fig. 2 — Detalhe da radiografia P.A. de mandíbula, caso nº 4.





**Fig. 3 – Ortopantomografia, mostrando lesão na cabeça da mandíbula.**

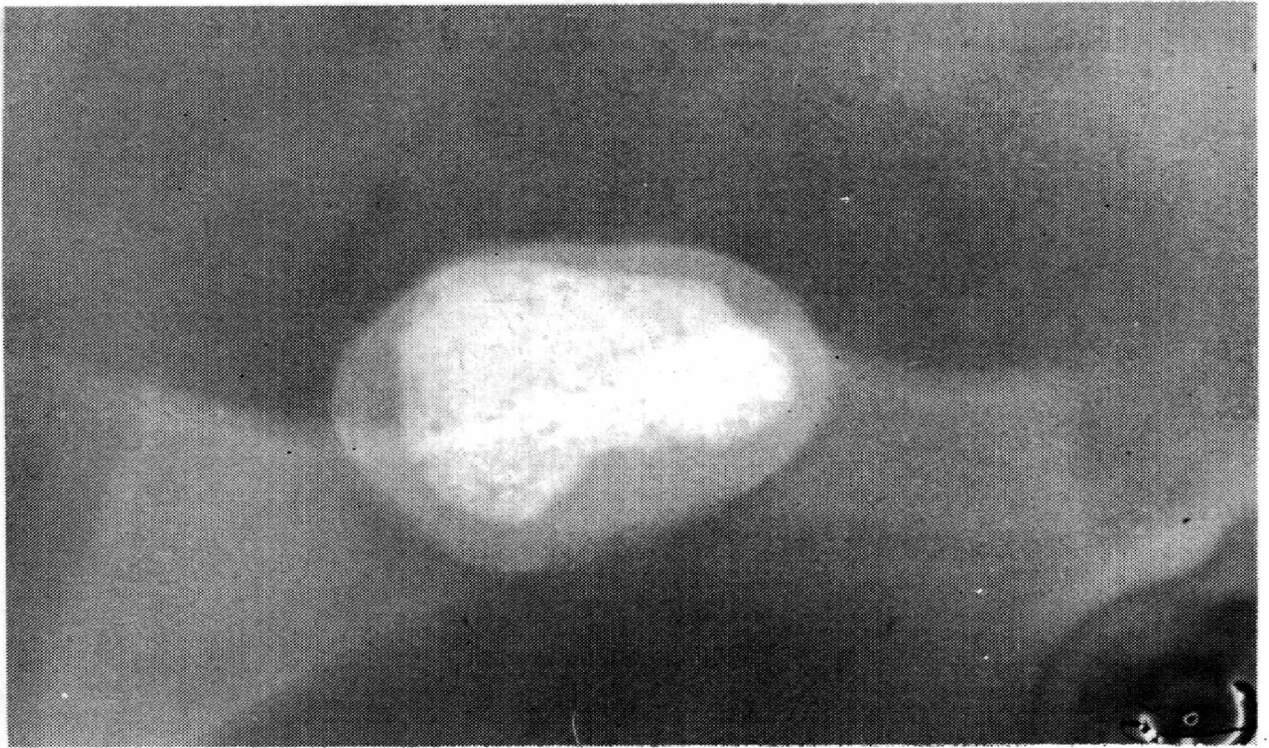


Fig. 4 – Caso nº 5.

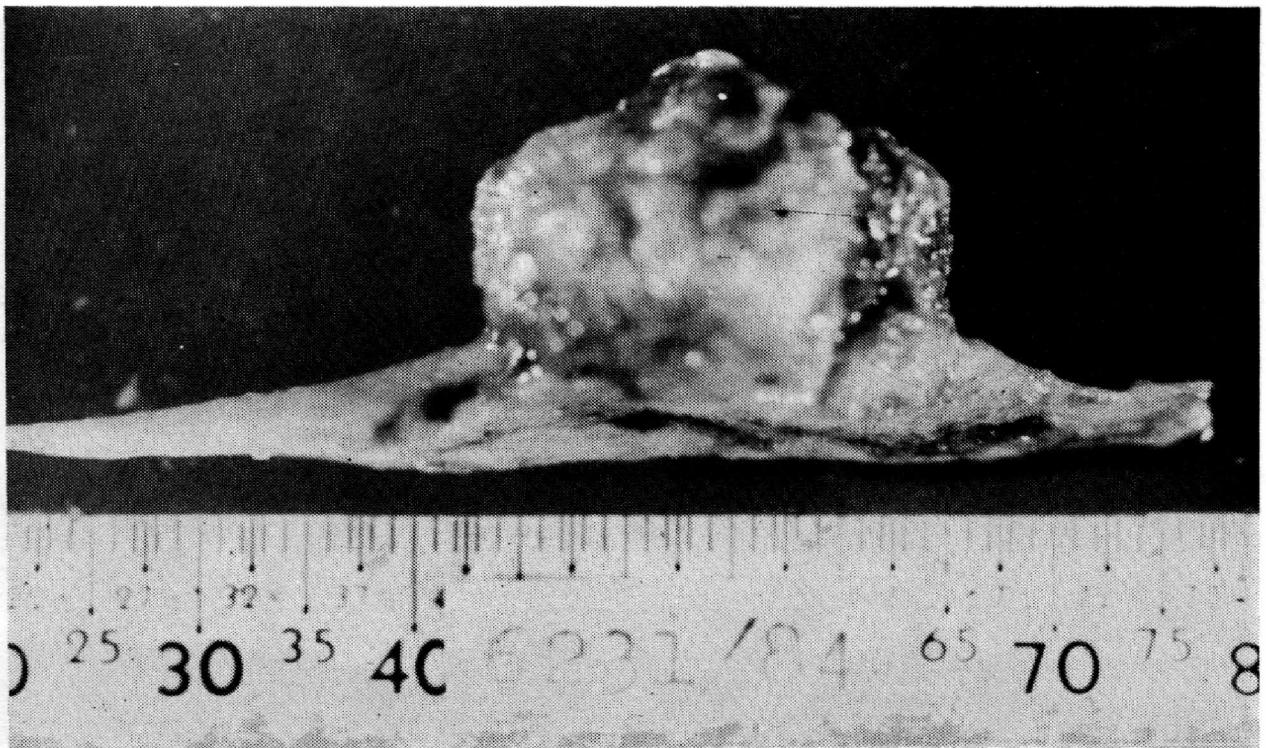


Fig. 5 — Caso nº 4.



Fig. 6 — Aspecto histopatológico, com aumento aproximado de 63X.

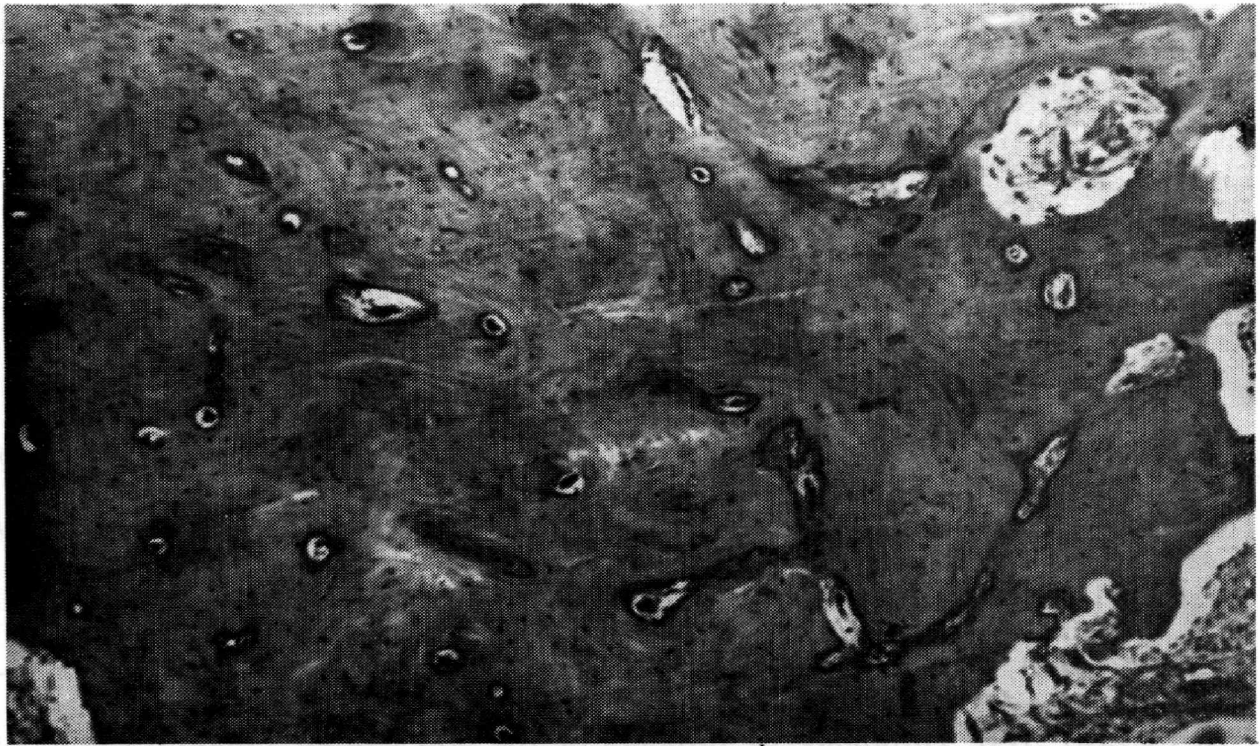


Fig. 7 – Aspecto histopatológico, com aumento aproximado de 63X.

## SUMMARY

Five cases of osteoma are available in the files of the Laboratory of Oral Pathology of the FO/UFRGS. They were studied in order to establish the main characteristics for its diagnosis.

We settle that the osteoma is a slow growing tumor that is found mainly in the lower jaw. The focal assymetry is the main reason for it diagnosis.

Based upon the radiographic findings the tumor can be observed when it is in a subperiosteal position, if composed by compact bone.

Histologically the tumor is composed by cancelous or compact bone with a morphology that resembles normal bone.

The correct histological diagnosis only can be taken with a association of the clinic and radiographic features.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBACHAN, J.J. et alli. Osteoma de língua, apresentação de um caso *Rev. Bras. Odontol.*, 38(5)7-9, 1981.
2. BILLING, M.L. et alli. Unusual calcified mass of the maxillary sinus. *Oral Surg.*, 52(3): 244-6, sept. 1981.
3. FRITZ, G.W. et alli. Central osteoma of the mandible; report of a case. *J. Oral Surg.*, 39(1): 44-5, Jan. 1981.
4. GORLIN, R.J. & GALDMAN, H.M. *Patologia Oral*. Barcelona, Salvat, 1973. p. 611-2.
5. LORANDI, C.S. et alli. Osteoma das partes moles — "Osteoma cutis". *Odon-tólogo Moderno*, 10(6): 28-9, 1983.
6. LUCAS, R.B. *Pathology of tumours of the oral tissues*. London, Churchill Livingstone, 1976. p. 197-200.
7. MESA, M.L. et alli. Osteoma of the bucal mucosa. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 40:684-6, 1982.
8. ORD, R.A. et alli. Cancelous osteoma of the coronoid process: report of a case. *Br. J. Oral Surg.*, 21: 49-55, 1983.
9. RAJAYOGESWARAN, V. & EVESON, J.W. Endosteal (central) Osteoma — of the maxilla. *Br. Dent. J.*, 150(6): 162-3, Mar. 1981.
10. SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. *Patologia Bucal*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. p.129-30..
11. WEINMANN; J.P. & SICHER, H. Bone and bones (fundamentals of bone biology). St. Louis, Mosby, 1947. p. 380-6.