

A·R·T·I·G·O·S D·E R·E·V·I·S·Ã·O

Lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares: Uma revisão histórica

Benign fibro-osseous lesions of the jaws: a hystorical review

Ricardo Raitz

Cirurgião Dentista pela FO-USP; Patologista e Estomatologista.

Mestre em Patologia Bucal pela FO-USP.

Doutor em Diagnóstico Bucal/Radiologia pela FO-USP.

Professor de Ciências Patológicas dos cursos de saúde da FMU, IMES, UBC e UNIB.

Professor das Disciplinas de Diagnóstico do curso de Odontologia/UBC.

Professor Titular da Disciplina de Pacientes Especiais do curso de Odontologia/UBC.

RESUMO

O termo lesão fibro-óssea benigna, apesar de muito utilizado, não representa um diagnóstico, mas um processo biológico semelhante em diversas lesões. O presente artigo faz uma ampla revisão bibliográfica sobre como este termo surgiu e chama atenção para a problemática do diagnóstico

e classificação das lesões constituintes deste grupo.

Palavras-chave: lesões fibro-ósseas benignas, classificação, histopatologia, lesões maxilo-mandibulares.

ABSTRACT

The term fibro-osseous benign lesion has been used for many years, however it does not represent a diagnosis, but the same biological process present in a variety of lesions. The present paper makes a vast literature review about the arising of this term and points out the problem

of diagnosing and classifying the lesions that constitute this group.

Keywords: benign fibro-osseous lesions, classification, histopathology, jaw lesions.

INTRODUÇÃO

No meio científico há um grupo de lesões dos ossos maxilo-mandibulares que recebe uma terminologia médica comum: **lesão fibro-óssea benigna**. Este grupo compreende várias lesões onde o tecido ósseo normal é substituído por fibras colágenas e fibroblastos (tecido fibroso), contendo considerável substância mineralizada que pode ter aparência óssea ou cementóide, ou uma mistura entre esses tecidos ^(1, 2). O conceito é resultado de muitos anos de experiências clínicas e terapêuticas e pode-se dizer que a observação individual de cada profissional envolvido ao longo dos anos, principalmente dos cirurgiões, contribuiu para a terminologia atual.

Há grande controvérsia a respeito de como essas lesões podem ser definitivamente diagnosticadas e o tipo de terapia que elas requerem. Tal fato é explicado ao assumirmos que as semelhantes características histológicas dessas diferentes lesões têm sido consideradas justificativas suficientes para incluir num mesmo grupo de entidades, lesões que na verdade são biologicamente incompatíveis ⁽³⁾.

Infelizmente, quase nunca ocorrem discussões interdisciplinares entre patologistas, cirurgiões, estomatologistas e radiologistas, o que tem provocado o surgimento de termos e explicações baseadas apenas em aspectos radiográficos e clínicos, tornando mais difícil o trabalho do patologista em classificar essas lesões ^(3, 4).

Neste trabalho, faremos um histórico da terminologia "lesões fibro-ósseas", bem como das lesões que integram este grupo.

REVISÃO DE LITERATURA

Dos primórdios ao surgimento do termo

A discussão sobre essas lesões teve origem em observações individuais de cirurgiões como Syme (1828), Maisonneuve (1856), Ferguson (1865), Menzel (1872), Bryant (1874), Hyfelder (1857), dentre outros ^(5, 6). Aos poucos, surgiram aqueles que tentaram associar o que clinicamente observavam com a aparência de um ponto de vista morfológico, como por exemplo, o termo leontíase óssea (Figura 1) introduzido por Virchow em 1864 ⁽⁶⁾.

Foi em 1877 que Paget deu um grande salto científico e descreveu clínica e histopatologicamente a entidade osteíte deformante ⁽⁷⁾, que todavia não foi aceita em seu continente de origem europeu. Von Recklinghausen havia antes introduzido o termo osteíte fibrosa, que englobava todos os casos de lesões de esqueleto onde se observava a transformação total ou parcial de osso medular por tecido fibroso. Isso gerou bastante controvérsia, pois Recklinghausen agrupava lesões que na verdade eram entidades totalmente diferentes. A lesão de Paget provavelmente estaria também incluída nesse grupo, o que fez alguns cientistas se manifestarem contrariamente ⁽⁶⁾.



Figura 1: Deformidade óssea facial chamada por Virchow de leontíase óssea.

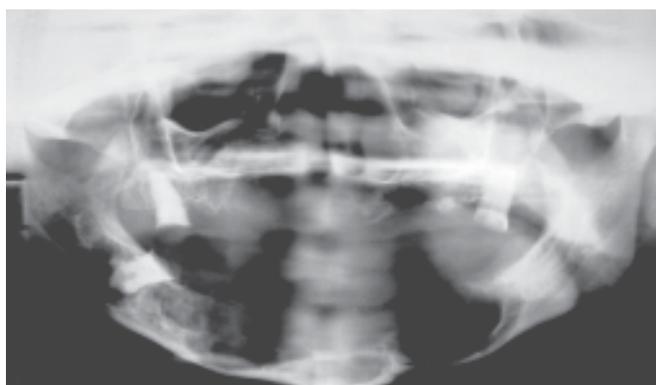


Figura 2: Reabsorções ósseas maxilo-mandibulares generalizadas provocadas pelo hiperparatireoidismo.

MONTGOMERY ⁽⁸⁾ foi o primeiro a usar o termo fibroma ossificante para se referir a tumores maxilo-faciais com forte delimitação e aspecto fibroso, com um grande grau de formação de osso novo. A partir daí, os autores introduziram vários termos segundo suas experiências: osteíte fibrosa cística ⁽⁹⁾, osteofibrose periapical ⁽¹⁰⁾, cementoblastoma ⁽¹¹⁾, osteíte fibrosa disseminada ⁽¹²⁾, displasia poliostótica ⁽¹³⁾.

Em 1939, EDEN ⁽¹⁴⁾ concluiu que o fibroma ossificante era de fato uma forma imatura de um tumor fibro-ósseo benigno de membrana de osso.

Em 1942, LICHTENSTEIN & JAFFE ⁽¹⁵⁾ descreveram a displasia fibrosa em seus aspectos clínicos, radiográficos e histológicos. Nessa época, ficava claro que a lesão de Recklinghausen (osteíte fibrosa) deveria ser dividida em três: osteíte deformante de Paget, osteodistrofia generalizada (relacionada ao hiperparatireoidismo) (Figura 2) e displasia fibrosa. As outras entidades tumorais descritas deveriam permanecer isoladas. Interessantemente, logo que o termo

displasia fibrosa foi introduzido, muitos autores relataram a estreita relação entre esta e o fibroma ossificante. Com isso, iniciou-se a era da tendência de unificação das lesões, ou seja, os autores começaram a perceber que muitas das lesões descritas na verdade tratavam-se das mesmas lesões.

Em 1946, SCHLUMBERGER ⁽¹⁶⁾ fez um dos primeiros esforços para classificar todos os tipos de lesões fibro-ósseas do osso como diferentes versões do mesmo processo patológico.

A unificação de várias lesões em um grupo e suas características gerais

Nos 30 anos seguintes, esta visão unitarista resultou no termo genérico de "lesões fibro-ósseas dos ossos maxilo-mandibulares". Tal termo foi muito usado para abranger não somente tumores (osteofibroma, fibroma ossificante), mas processos inflamatórios (como os de Garre), displasias (como a displasia fibrosa) e aqueles com etiologia obscura (Doença de Paget e displasia cementiforme periapical). Hoje é consenso que o grupo dessas lesões restringe-se à displasia fibrosa, às displasias cemento-ósseas e ao fibroma ossificante.

Em termos morfológicos, as lesões fibro-ósseas cementárias são geralmente caracterizadas por conter poucos componentes. O estroma que compreende tecido conjuntivo está sempre presente, embora a densidade celular possa variar. É este estroma que produz o componente mineralizado da lesão, que pode ser esponjoso contendo ou não osteoblastos, ou osso lamelar, ou mesmo estruturas esféricas, estratificadas, de coloração escura, referidas como cimento. A literatura recente atenta para o isolamento das várias entidades e procura diferenciá-las umas das outras. A presença ou ausência de cimento sempre é uma característica de diferenciação entre as lesões ⁽³⁾. (Figura 3)

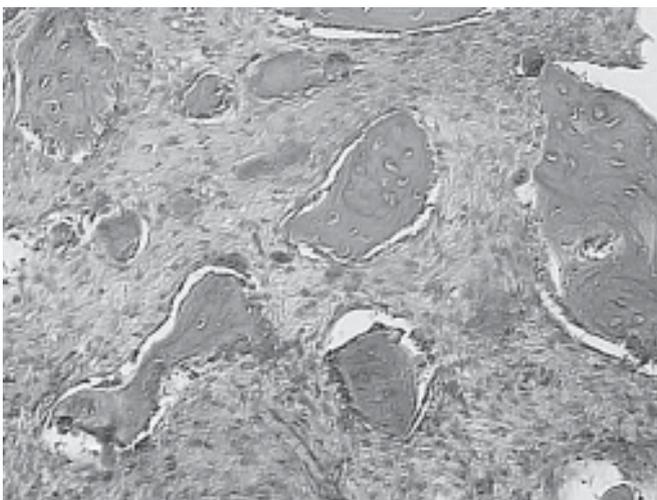


Figura 3: (Displasia Fibrosa) Trabéculas de osso imaturo em meio à grande quantidade de fibroblastos e fibras colágenas.

Quanto ao comportamento clínico, as lesões fibro-ósseas apresentam geralmente um crescimento lento, e normalmente constituem um achado radiográfico, pois, na maioria das vezes, os pacientes são assintomáticos ⁽¹⁾. YOON ⁽²⁾ constatou que as lesões aparecem mais na 2ª e 3ª décadas de vida, com prevalência entre as mulheres. As lesões originárias do ligamento periodontal ocorrem mais na parte posterior da mandíbula e as de osso medular, mais na parte posterior de maxila. A principal queixa em todos os casos é o desfiguramento facial e os achados radiográficos permitem separar as lesões em delimitadas e não delimitadas. (Figuras 4 e 5)



Figura 4: (Displasia Fibrosa) Aspecto radiográfico de "vidro despolido", tornando difícil a separação do osso normal e do displásico.

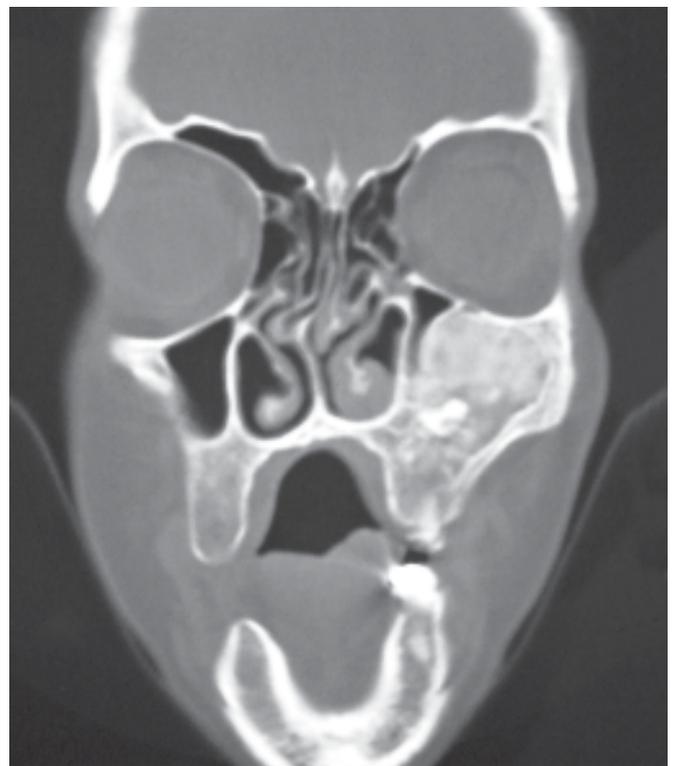


Figura 5: A mesma lesão da figura anterior mostra, entretanto em TC, um crescimento ósseo expansivo nítido na maxila.

De um modo geral, tais lesões só requerem cirurgia quando levam a deformidades faciais ou acarretam algum problema quanto à limitação de movimentos e devem ser postergadas até a fase final de crescimento (Figura 6 e 7). Nos casos de displasia fibrosa, prefere-se a osteoplastia e não a remoção total da lesão. O osso metaplásico é fundido com o osso adjacente, por isso a separação entre o normal e o displásico é indistinguível^(1, 17). Já nos casos de fibroma ossificante, a separação é possível e o tecido, que no caso é neoplásico, deve ser totalmente removido.



Figura 6: Paciente portadora de displasia fibrosa na maxila direita há aproximadamente 15 anos.



Figura 7: A mesma paciente da figura anterior apresenta crescimento ósseo vestibular maxilar generalizado no quadrante, evidenciado pelo "apagamento" do fundo de sulco.

Da divisão das lesões à classificação atual

SHMAMAN *et al.*, em 1970⁽¹⁸⁾, procuraram individualizar bem as diferentes lesões componentes do grupo fibro-ósseas, criando para isso critérios de diagnósticos. Para os casos de displasia fibrosa, citam a falta de maturação óssea evidente e a ausência de osteoblastos circundando trabéculas (Figura 3). O estroma, para eles, pode ter progressiva maturação. Já no fibroma ossificante, relatam a presença de osso lamelar e de osteoblastos. O estroma é bem uniforme e não muito celular. O cementoma gigantiforme, para os autores, apresenta muitas células, mas sem atividade mitótica, além de apresentar linhas de calcificação provavelmente distróficas.

Em 1972, EVERSOLE *et al.*⁽⁶⁾ revisaram 841 casos de lesões fibro-ósseas benignas e as analisaram quanto aos aspectos clínicos, radiográficos e histológicos, redistribuindo-as segundo a classificação da literatura já existente. Nesse importante trabalho, os autores discutem o problema nosológico do diagnóstico dessas lesões.

Em 1973, WALDRON & GIANANTI⁽¹⁹⁾, contra a visão purista de REED⁽²⁰⁾ e REED & HAGY⁽²¹⁾, concluíram que a presença de osso lamelar não é incompatível com o diagnóstico de displasia fibrosa, o que pode ser esperado em lesões antigas e inativas. Ainda segundo eles, a formação óssea no estágio inicial da displasia fibrosa desenvolve-se por uma metaplasia de células do conjuntivo que não se assemelham a osteoblastos, logo sua ausência em torno de trabéculas não seria de importância diagnóstica. A presença de osteoblastos, portanto, seria apenas indicativa do estágio de formação do osso.

Em 1975, ABRAMS & MELROSE⁽²²⁾ descreveram um caso de fibroma ossificante juvenil, já conhecido por sua agressividade. Os autores concluíram que é muito difícil, quando não impossível, determinar quais lesões fibro-ósseas representam neoplasia, displasia ou reatividade, apesar da importância de diferenciá-las para se realizar tratamentos diferentes. Sugeriram ainda a designação geral de fibroma ossificante e não fibroma cemento-ossificante pela dificuldade da diferenciação entre esses tecidos mineralizados e a falta de importância desse fato no tratamento.

WALDRON⁽¹⁾ sugeriu em 1985 uma interessante classificação separando várias lesões ósseas não odontogênicas por sua origem:

- l) Displasia fibrosa
 - a) monostótica
 - b) poliestótica

- II) Lesões fibro-ósseas (cementárias) presumivelmente originárias do ligamento periodontal
 - a) displasia cementária periapical
 - b) lesão fibro-óssea cementária localizada (provavelmente reativa)
 - c) displasia cemento-óssea florida (cementoma gigantiforme)
 - d) fibroma cementificante e ossificante
- III) neoplasias de origem incerta ou de relação discutível com as originárias do ligamento periodontal
 - a) cementoblastoma, osteoblastoma, osteoma osteóide
 - b) fibroma ossificante juvenil e fibroma ossificante/cementificante agressivo.

Em 1987, MAKED⁽⁴⁾ concluiu que os termos lesões fibro-cemento-ósseas e fibroma cementificante, displasia fibrosa e outros, são confusos e deveriam ser substituídos por outros baseados em observações clínicas, radiográficas e histológicas. Apesar de os nomes sugeridos por ele não terem sido aceitos ao longo dos anos, o reagrupamento das lesões fibro-ósseas segundo suas características histogenéticas e potencial biológico foi fundamental para a classificação atual. O autor propôs os seguintes grupos: distúrbios de desenvolvimento, lesões reativas, fibromatose, neoplasias (de áreas relacionadas a dentes), neoplasias (de todos os ossos crânio-faciais).

SLOOTWEG & MULLER (1990)⁽²³⁾ relataram a grande similaridade histológica entre displasia fibrosa e fibroma ossificante. Entretanto, na displasia fibrosa os autores descrevem tecido fibroso por toda a lesão; sendo que as partículas mineralizadas estão virtualmente ausentes. O fibroma ossificante mostra uma alta variedade na celularidade estromal, bem como os tipos de materiais mineralizados. Lesões fibro-ósseas periapicais são, para eles, histologicamente semelhantes ao fibroma ossificante, embora mais densamente mineralizadas. A diferenciação entre a displasia fibrosa e o fibroma ossificante pode se dar pelas características histológicas, sendo que as radiográficas estão de acordo com as mesmas. A primeira é mais difusa e a segunda, com boa delimitação, segundo os autores.

Em 1993, WALDRON⁽¹⁷⁾ cita que processos como: Paget, hiperparatireoidismo, osteoblastoma e osteossarcoma de

baixo grau de malignidade, podem ser distinguidos das lesões fibro-ósseas convencionais pela evolução do caso em todos os aspectos. Entretanto, em alguns raros casos isto pode ser mais difícil. Ele reclassifica as lesões fibro-ósseas benignas e as descreve:

- I) displasia fibrosa
- II) lesões reativas presumivelmente originárias do ligamento periodontal
- III) neoplasias fibro-ósseas

Por todas essas dificuldades e discussões relatadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) não classifica atualmente as várias lesões discutidas em um grupo de lesões fibro-ósseas⁽²⁴⁾. Tal termo, entretanto, é freqüentemente e muito utilizado genericamente, mas indicando apenas um processo e não um diagnóstico, como muitas vezes foi utilizado no passado.

A OMS reserva um capítulo geral incluído no *Histological Typing of Odontogenic Tumours* (KRAMER et al., 1992)⁽²⁴⁾, onde estas lesões estão incluídas:

Neoplasias e outras lesões relacionadas ao osso:

- 1) Neoplasias osteogênicas
 - a) fibroma cemento-ossificante
- 2) Lesões ósseas não neoplásicas
 - a) displasia fibrosa
 - b) displasias cemento-ósseas:
 - b1) periapical
 - b2) florida
 - b3) outras
 - c) querubismo
 - d) lesão central de células gigantes
 - e) cisto ósseo aneurismático
 - f) cisto ósseo solitário

O cementoblastoma benigno encontra-se incluído no grupo de neoplasias benignas relacionadas ao aparato odontogênico.

Podemos concluir que é de consenso que histologicamente as lesões fibro-ósseas benignas têm características muito semelhantes. Seu diagnóstico definitivo somente é possível por meio de análise de todos os exames, inclusive radiográfico e clínico. Apesar dos avanços, a classificação desse grupo de lesões permanece muito discutível e certamente passará por próximas mudanças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43(4): 249-262.
2. Yoon JH, Kim J, Lee CK, Choi IJ. Clinical and histopathological study of fibro-osseous lesions of the jaws. *Yonsei Medical Journal* 1989; 30(2): 133-143.
3. Maked M. Clinical pathology of fibro-osteo-cemental lesions in the cranio-facial and jaw bones. A new approach to differential diagnosis. Karger: Basel; 1983.
4. Maked M. So called "fibro-osseous lesions" of tumorous origin. *Biology Confronts Terminology. J Cranio Max Fac Surg* 1987; 15: 154-168.
5. Menzel A. Ein Fall von Osteobibroma des Unterkiefers Lengenbecks. *Arch Klin Chir* 1872; 13:212-219.
6. Eversole LR, Sabes WR, Rovin S. Fibrous dysplasia: a nosologic problem in the diagnosis of fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Pathol* 1972; 1(5): 189-220.
7. Paget J. On a form of chronic inflammation of bones (osteitis deformans). *Trans Roy Med-Chir Soc Lond* 1877; 60:37-64.
8. Montgomery AH. Ossifying fibromas of the jaws. *Arch Surg* 1927; 15: 30-44.
9. Jaffe HL. Paget's disease of bone. *Arch Pathol* 1933; 15: 83-131.
10. Stafne EC. Periapical osteofibrosis with formation of cementoma. *J Amer Dent Ass* 1934; 21:1822-1829.
11. Thoma KH. Cementoblastoma. *Int J Ortho* 1937; 23:1127-1132.
12. Albright F, Butler AM, Hampton AO *et al.* Syndrome characterized by osteitis fibrosa disseminata, areas of pigmentation and endocrine dysfunction, with precocious puberty in females. *N Engl J Med* 1937; 216:727.
13. Lichtenstein L. Polyostotic fibrous dysplasia. *Arch Surg* 1938; 36:874-898.
14. Eden KC. Benign fibro-osseous tumors of the skull and facial bones. *Brit J Surg* 1939; 27:323-350.
15. Lichtenstein L, Jaffe HL. Fibrous dysplasia of bone. *Arch Path* 1942; 33: 777-816.
16. Schlumberger HG. Fibrous dysplasia (ossifying fibroma) of the maxilla and mandible. *Amer J Ortho Oral Surg (Oral Surg Sec)* 1946; 32:579-587.
17. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51:828-835.
18. Shmaman A, Smith I, Ackerman LV. Benign fibro-osseous lesions of the mandible and maxilla. A review of 35 cases. *Cancer* 1970 Aug; 26:303-312.
19. Waldron CA, Giansanti JS. Benign fibro-osseous lesions of the jaws. A clinical-radiologic-histologic review of 65 cases. Part I: fibrous dysplasia of the jaws. *Oral Surg* 1973; 35:190-200.
20. Reed RJ. Fibrous dysplasia of bone. A review of 25 cases. *Arch Pathol* 1963; 75: 480-495.
21. Reed RJ, Hagy DM. Benign nonodontogenic fibro-osseous lesions of the skull. *Oral Surg* 1965; 19:214-227.
22. Abrams AA, Melrose RJ. Fibro-osseous lesion. *J Oral Pathol* 1975; 4: 158-165.
23. Slootweg PJ, Muller H. Differential diagnosis of fibro-osseous jaw lesions. A histological investigation on 30 cases. *J Cranio Max Fac Surg* 1990; 18(5):210-214.
24. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histologic typing of odontogenic tumors. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992.

Agradecimento às professoras doutoras Manoela Domingues Martins e Luciana Correia pela colaboração com a digitalização das imagens.

Correspondência para / *correspondence to*:

Ricardo Raitz
Rua Jorge Felipe Sabra, 65 – CEP 05468-110
São Paulo – SP – Brasil