

Fibrossarcoma

– Relato de Caso –

Heloisa Emília da Silveira Fontoura*
 Carlos Alfredo Franco Neto da Costa*
 João Batista Burzlaff*
 Lauro Gilberto Rosa*
 Onofre Quadros**

RESUMO

É apresentado o caso de um paciente de 13 anos de idade, com uma lesão exofítica localizada no tecido mucoso gengival por lingual do 44 e 45, que recebeu laudo histopatológico de fibromixoma e como tal foi operado. O exame histológico da peça cirúrgica revelou tratar-se de um fibrossarcoma, tumor maligno raro na cavidade oral.

SUMMARY

A case report of a fibrosarcoma of the mandible on a 13-years-old male patient is discussed. The tumor was located on gingival tissue in a region of teeth 44 and 45. The histological findings after biopsy were compatible with a fibromixoma, but after surgery the final histological diagnosis were fibrosarcoma.

DESCRITORES

Fibrossarcoma, Fibromixoma.

Introdução

O fibrossarcoma é um tumor maligno de origem conjuntiva relativamente raro na região de cabeça e pescoço, representando quando intra ósseo somente 0.15% e 0.11%, respectivamente, segundo duas grandes séries de casos, apresentados por HUVOS & HIGINBOTHAM e DAHLIN & IVINS. Em ambas as séries a mandíbula foi mais frequentemente envolvida que a maxila (HANDLERS et al., 1985). Consequentemente muitos clínicos e patologistas têm uma experiência muito limitada com este tumor. Quando este ocorre na mandíbula pode estar localizado centralmente e ter uma origem embriogênica, neurogênica e de tecidos odontológicos, ou então, apresentar localização periférica com invasão secundária do osso (ZACHARIADES & PAPANICOLAOU, 1985).

No ponto de origem aparece uma tumefação resultante da proliferação de fibroblastos malignos, observando-se com o aumento da lesão ulceração secundária. Aumento de volume e dor são as características mais frequentes, podendo ocorrer ainda parestesia, trismo, mobilidade dentária, ulceração e fratura patológica (SADOFF et al., 1990).

Radiograficamente o tumor se apresenta como uma área radiolúcida de limites indefinidos sem apresentar nenhuma característica específica para diferenciá-lo de outros tumores osteolíticos malignos. Frequentemente observa-se perfuração da cortical e erosão das superfícies radiculares. Algumas vezes a lesão pode apresentar aumento do espaço periodontal com desaparecimento da lâmina dura em sua fase inicial como no caso relatado por HANDLERS et al., 1985. Este neoplasma pode ter origem em qualquer idade, sendo mais comum, porém, antes dos 50 anos, com os adultos jovens apresentando maior frequência.

Microscopicamente, o fibrossarcoma apresenta fibroblastos de aspecto maligno, tipicamente em padrão de "espinhas de arenque" ou fascicular entrelaçado. O colágeno pode ser escasso e as figuras mitóticas frequentes. A diferenciação celular de um tumor para outro pode ser bastante variável. A periferia desta lesão é indistinta, visto que o neoplasma invade livremente o tecido circunvizinho (REGEZI & SCIUBBA, 1991). O fibrossarcoma bem diferenciado é localmente invasivo, mas raramente promove metástase, entretanto, o pobremente diferenciado é localmente agressivo e frequentemente metastiza. Como todos os sarcomas a via

de disseminação é hematogênica com o pulmão sendo o sítio mais comum de localização (SADOFF et al., 1990). A literatura, no entanto, descreve o tumor com grande propensão para a recidiva local, mas com raras ocorrências de metástases (LUCAS, 1984). O tratamento é realizado com excisão cirúrgica ampla da lesão, devido a dificuldade em controlar o crescimento local. O índice geral de sobrevivência de cinco anos varia entre 30 e 50%, com os pacientes portadores de lesões mais diferenciadas apresentando melhor prognóstico. O fibrossarcoma periosteal apresenta uma percentagem melhor de sobrevivência 38%, se comparado ao fibrossarcoma medular 27%.

Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, cor branca, com 13 anos de idade, compareceu ao ambulatório de estomatologia do HCPA em fevereiro de 1992, apresentando lesão exofítica, séssil, superfície lisa, assintomática, de coloração normal, lo-

* Alunos do curso de Mestrado em Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

** Professor do curso de Mestrado em Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

R. Fac. Odontol.	Porto Alegre	V. 35	N. 1	p. 9-11	AGOSTO	1994
------------------	--------------	-------	------	---------	--------	------

calizada no tecido mucoso gengival por lingual dos pré-molares inferiores lado direito. A radiografia periapical da área não revelou alterações ósseas, recebendo o paciente o diagnóstico clínico de granuloma piogênico/lesão periférica de células gigantes. A biópsia da lesão foi realizada e encaminhada para exame histopatológico. Resultado: Fibromixoma de provável origem odontogênica. O paciente só retornou um mês depois, com a lesão apresentando um crescimento expressivo de tamanho e observando-se mobilidade nos pré-molares e canino inferior direito. Ao exame radiográfico observou-se na radiografia periapical (fig. 1) e na radiografia panorâmica (fig. 2), discreta radiolucidez demonstrando perda óssea desde a região de crista alveolar até o terço médio das raízes dos pré-molares e canino.

O paciente foi encaminhado para cirurgia onde foi realizada uma ressecção segmentar de mandíbula desde incisivo lateral inferior direito até 1º molar (preservado), pela equipe do Dr. Osvaldo Bruno Müller. A peça cirúrgica foi encaminhada para exame histopatológico. Resultado: Displasia fibrosa. Como o diagnóstico de displasia fibrosa não confirmava o resultado da biópsia anterior, e o comportamento clínico da lesão como o crescimento rápido, e a mobilidade dentária, não sugeriam este diagnóstico, foi solicitada uma revisão de lâmina para os patologistas. Resultado: Fibrossarcoma (fig. 3)

Com o diagnóstico final de fibrossarcoma, e sendo este um neoplasma maligno, realizou-se uma ampla discussão entre os profissionais envolvidos no caso. Tendo em vista que

a cirurgia foi realizada com um diagnóstico prévio de tumor benigno localmente invasivo como o fibromixoma, e a margem de segurança deixava uma certa insegurança aos profissionais frente ao novo diagnóstico da lesão, a equipe optou por um controle rigoroso do paciente. O exame tomográfico computadorizado realizado após a cirurgia demonstra não haver evidência de restos tumorais (fig. 4)

Após um ano o paciente continua sendo controlado, são realizados exames clínicos e radiográficos periódicos sem evidência de recidiva. A cintilografia óssea (fig. 5) realizada em abril de 1993 apresenta distribuição normal do fármaco pelas estruturas ósseas examinadas.

Discussão

Handlers et al. (1985), relata o caso de uma paciente que procurou atendimento odontológico periodontal porque apresentava mobilidade dentária nos incisivos inferiores. Clinicamente notava-se uma hiperplasia gengival na região dos incisivos por vestibular e bolsas periodontais nos mesmos de 4-5mm de profundidade. Foram realizadas curetagem e gengivectomia, sem controle histopatológico. A lesão recidivou já com envolvimento da região lingual. Foi então realizada biópsia e exame histopatológico cujo resultado foi fibrossarcoma. Neste caso o tratamento realizado não foi o adequado por um erro de diagnóstico clínico, não confirmado por diagnóstico histopatológico.

O caso por nós apresentado relata um erro de diagnóstico histopatológico que pode ocorrer por semelhanças de características histopatológicas entre lesões, e não adequada avaliação das características clínicas. O fibromixoma é formado por células fusiformes entrelaçadas e estreladas dispostas frouxamente. O tecido frouxo não é excessivamente celular e as células não mostram evidência de atividade significativa. Um número variável de capilares minúsculos encontra-se disperso no tumor (SHAFFER, HINE & LEVY, 1985). Histologicamente o fibrossarcoma consiste de fibroblastos apresentando pleomorfismo celular com células fusiformes e variados graus de capacidade de produzir fibras colágenas, denotando o padrão de "espinhas de areia" (SLOOTWEG & MÜLLER, 1984).

O tratamento para o fibromixoma consiste na excisão cirúrgica e quando a lesão for extensa pode requerer ressecção para erradicar o tumor que frequente-



FIGURA 1
Radiografia periapical apresentando área radiolúcida envolvendo o osso alveolar até o terço médio das raízes do 44 e 45

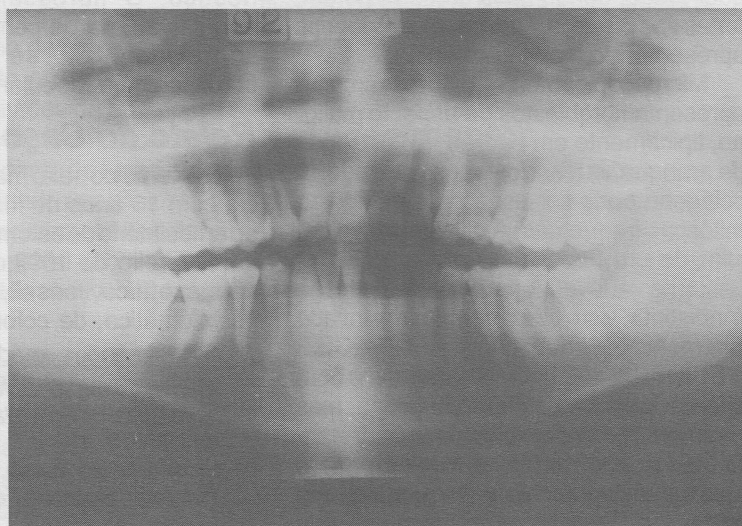


FIGURA 2
Radiografia panorâmica demonstrando perda de tecido ósseo em forma de meia lua na região de pré-molares inferiores e canino lado direito

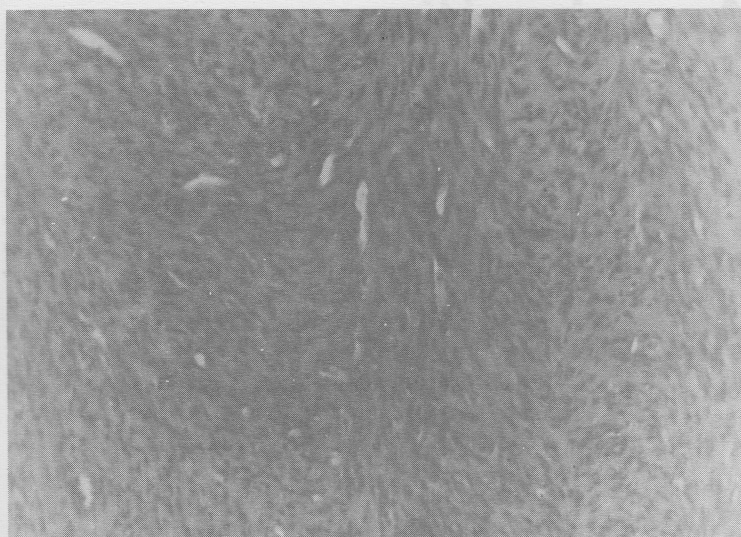


FIGURA 3
Histologicamente observa-se fibroblastos apresentando pleomorfismo celular com células fusiformes, o padrão de disposição típico de "espinhas de areia" e a presença de muitos vasos sanguíneos. (H/E 40X)

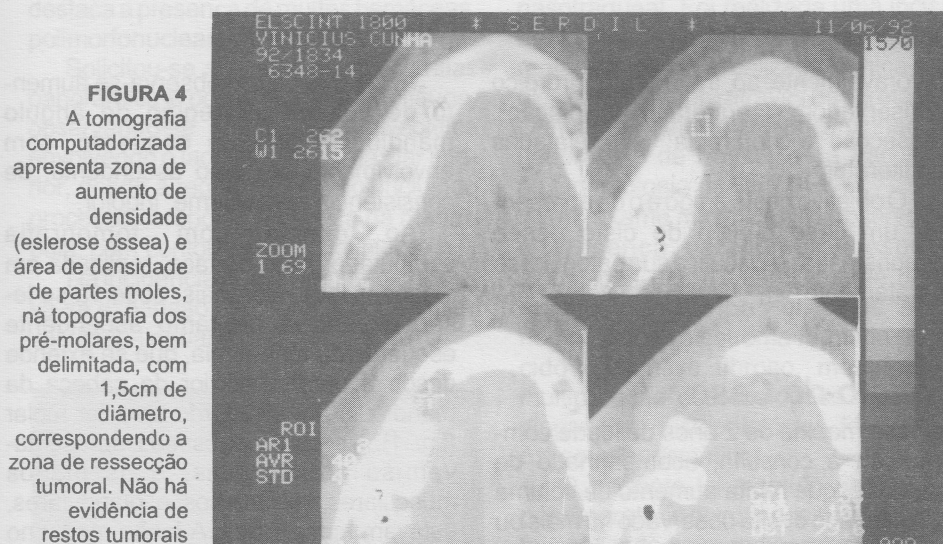


FIGURA 4
A tomografia computadorizada apresenta zona de aumento de densidade (esclerose óssea) e área de densidade de partes moles, na topografia dos pré-molares, bem delimitada, com 1,5cm de diâmetro, correspondendo a zona de ressecção tumoral. Não há evidência de restos tumorais



FIGURA 5
Cintilografia óssea demonstra distribuição normal do fármaco pelas estruturas ósseas

mente apresenta invasão local insidiosa. O fibrossarcoma requer excisão cirúrgica radical. Como a cirurgia realizada no caso relatado frente o diagnóstico prévio de fibromixoma foi com margem de segurança, a equipe responsável optou após o diagnóstico definitivo de fibrossarcoma pelo acompanhamento clínico rigoroso do paciente.

Tendo em vista que o primeiro diagnóstico da peça cirúrgica ter sido displasia fibrosa, e que o mesmo só foi revisto porque os profissionais envolvidos no caso descartaram esta hipótese frente as características clínicas da lesão, nota-se a importância da avaliação criteriosa da patologia como um todo. Este caso demonstra muito bem a importância da valorização das características clínicas, radiográficas e histopatológicas da doença. Pois só com um perfeito cruzamento entre a clínica, radiologia e patologia chegamos a um diagnóstico correto e, por conseguinte, de um tratamento eficaz.

Referências Bibliográficas

- HANDLERS, J.P.; ABRAMS, A.M.; MELROSE, R.J. & MILDER, J. 1985. Fibrossarcoma of the mandible presenting as a periodontal problem. *J. Oral Pathol.*, 14(5):351-6.
- LUCAS, R.B. 1984. Pathology of tumors of the oral tissues. Churchill Livingstone. 427p.
- REGZI, J.A. & SCIUBBA, J.J. 1991. Patologia bucal - Correlações clínico patológicas. Guanabara Koogan. 390p.
- SADOFF, R.S. & RUBIN, M.M. 1990. Fibrossarcoma of the mandible: a case report. *J. Am. Dent. Assoc.*, 12(2):247-8.
- SHAFFER, W.G.; HINE, M. & LEVY, B. 1985. Tratado de Patologia Bucal. Interamericana. 837p.
- SLOOTWEG, P.J. & MÜLLER, H. 1984. Fibrossarcoma of the jaws. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 12:157-62.
- ZACHARIADES, N. & PAPANICOLAOU, S. 1985. Fibrossarcoma of the mandible. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 23:174-82.