

CASO CLÍNICO

FIBROMA TRAUMÁTICO DA CAVIDADE ORAL TRAUMATIC FIBROMA OF THE HARD PALATE

Ana Paula Santos*, Maria Caçador*, Clara Capucho**, Lucília Carvalho***, Carlos Ruah****, Madeira da Silva*****

RESUMO:

Lesões da mucosa da cavidade bucal representam um motivo frequente de consulta de Otorrinolaringologia. Uma das lesões mais frequentes é o fibroma traumático. Habitualmente a apresentação clínica e a história de trauma de repetição, por dente ou prótese dentária, permitem o diagnóstico clínico. Os autores apresentam um caso clínico de fibroma traumático no palato duro de dimensão pouco frequente e sem história de trauma prévio.

PALAVRAS CHAVE:

Tumor da cavidade bucal; tumor do palato duro; fibroma traumático.

SUMMARY:

Soft tissue masses of the mouth are frequent and present some diagnostic and therapeutic challenges. Traumatic fibroma is a common submucosal response to trauma from teeth or dental prostheses. We present a case of a longstanding giant fibroma arising in the hard palate without obvious history of trauma.

KEY WORDS:

Tumors of the mouth; hard palate tumor; traumatic fibroma.

INTRODUÇÃO

A mucosa da cavidade bucal é sede de múltiplas lesões que podem levantar problemas diagnósticos e terapêuticos importantes. Se o diagnóstico de muitas dessas lesões é inteiramente anátomo-patológico, em grande número de casos uma anamnese e uma observação cuidadosas podem permitir um diagnóstico clínico de grande probabilidade.

Apresentamos um caso de um adulto jovem com uma volumosa lesão do palato duro, sem história de trauma prévio, cujo diagnóstico foi, de certo modo, inesperado.

CASO CLÍNICO

Doente 37 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, com hábitos alcoólicos e tabágicos acentuados, recorre à consulta de Otorrinolaringologia do nosso hospital por massa na cavidade bucal, não dolorosa, de crescimento lento, progressivo, com cerca de dois anos de evolução, associada a alterações da qualidade vocal. Não apresentava alterações respiratórias, da mastigação ou da deglutição.

Referia história de gengivites de repetição, negando traumatismo da cavidade bucal.

Restantes antecedentes pessoais irrelevantes.

* Interna Internato Complementar de ORL do HEM
** Assistente Hospitalar Graduada de ORL do HEM
*** Assistente Hospitalar Graduada de Anatomia Patológica do HEM
**** Professor Auxiliar de ORL da FCML, Assistente Graduado de ORL do Hospital Egas Moniz
***** Professor Associado de ORL da FCML, Director de Serviço de ORL do Hospital Egas Moniz-Lisboa.

O doente apresentava-se eupneico, sem obstrução nasal, com uma alteração da ressonância vocal como se a voz estivesse abafada pela massa.

Observou-se uma volumosa massa (6 cm x 4 cm) a nível da parede superior da cavidade bucal, de cor rosa pálido, com superfície lisa, dura e não friável (Fig. 1). A lesão era pediculada, com base de implantação estreita, na face interna da arcada dentária superior esquerda, ao nível dos dois últimos molares.



FIGURA 1- MASSA (6CM X 4 CM) PEDICULADA, IMPLANTADA NA FACE INTERNA DA ARCADA DENTÁRIA SUPERIOR ESQUERDA

Peças dentárias em bom estado.

O doente não usava próteses dentárias ou aparelhos de ortodôncia.

Mobilidade do véu do palato mantida e simétrica.

O exame endoscópico das fossas nasais não apresentava alterações morfológicas.

A palpação cervical não apresentava massas ou adenopatias.

Na tomografia computadorizada (TC) a massa apresentava uma densidade de tecidos moles, de aspecto homogêneo, não sendo evidente infiltração ou destruição do palato ósseo.

Fossas nasais e seios perinasais sem alterações imagiológicas. (Fig. 2 e 3).



FIGURA 2- TC - CORTE AXIAL.



FIGURA 3- TC - RECONSTRUÇÃO SAGITAL.

Para caracterização histológica foi efectuada citologia aspirativa que se revelou inconclusiva pelo que se optou pela biópsia excisional.

Sob anestesia geral, com entubação orotraqueal, procedeu-se à incisão da mucosa do palato justa-pedicular com electrocautério e à curetagem subperiosteal com ressecção em bloco da lesão (Fig. 4).



FIGURA 4- PEÇA OPERATÓRIA.

Confirmou-se o não envolvimento do palato ósseo. A ferida operatória com 3 cm de diâmetro não foi encerrada (Fig. 5).



FIGURA 5 - ASPECTO INTRA-OPERATÓRIO APÓS EXCIÇÃO DA LESÃO.

Foi instituído no pós-operatório dieta mole e líquida durante 2 dias, antibioterapia oral (Amoxicilina+Ácido Clavulânico) e desinfecção bucal (Clorhexidina). O pós-operatório decorreu sem incidentes, tendo a ferida operatória cicatrizado em 30 dias (Fig. 6).

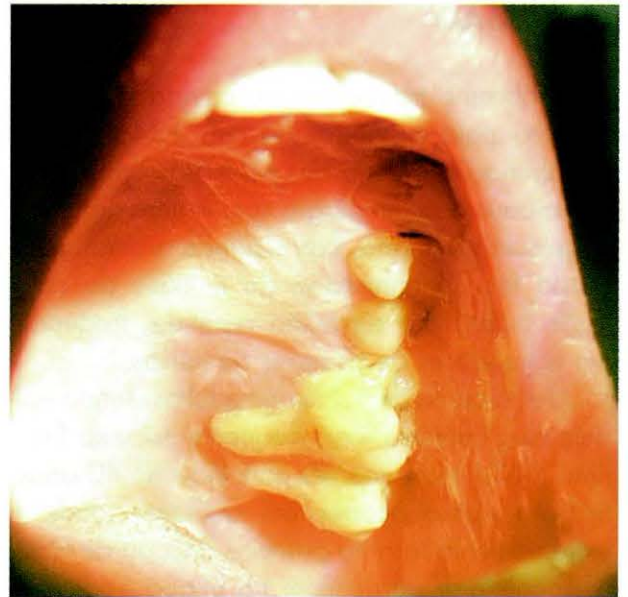


FIGURA 6- STATUS PÓS-OPERATÓRIO (30 DIAS).

O doente encontra-se assintomático, sem recidiva da lesão, ao fim de seis meses.

O exame anátomo-patológico da peça operatória revelou tecido com abundante estroma de fibras de colagénio, desorganizados, com muito poucas células e vasos (Fig. 7).

A região do pedículo era formada por um tecido fibroso com infiltrado inflamatório de tipo linfoplasmocitário.

Este aspecto histológico permitiu o diagnóstico de fibroma traumático.

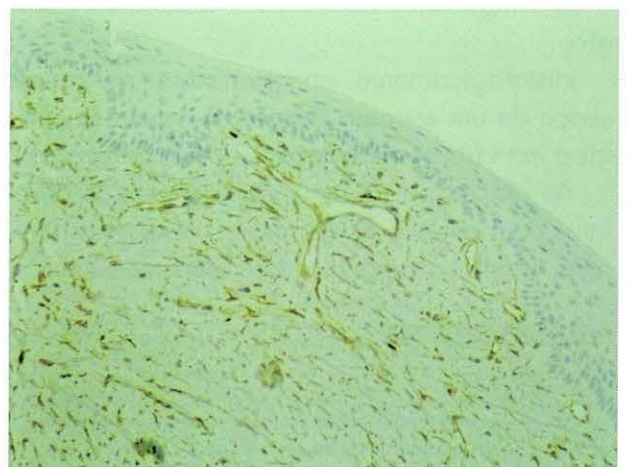


FIGURA 7- CORTE HISTOLÓGICO DA LESÃO - ESTROMA DENSO, COMPOSTO POR FIBRAS DE COLAGÉNIO I E II, COM POUCAS CÉLULAS (FIBROBLASTOS E FIBRÓCITOS)

DISCUSSÃO

O fibroma traumático da cavidade oral foi descrito pela primeira vez em 1846 com a denominação de "fibrous polyp" ou "polypus".

Embora a terminologia sugira uma natureza neoplásica benigna, corresponde a uma hiperplasia focal inflamatória da mucosa da cavidade bucal, por agressão repetida, frequente em utilizadores de próteses dentárias.

Afecta cerca de 1,2% dos adultos, sendo epidemiologicamente mais frequente no sexo feminino (66%) e em doentes com mais de 40 anos. Embora possa ocorrer em qualquer idade é extremamente raro na primeira década de vida.

Localiza-se geralmente na língua podendo, no entanto, surgir em qualquer região da cavidade oral.

Clinicamente manifesta-se por uma massa de crescimento progressivo, atingindo o tamanho máximo em poucos meses, não dolorosa, geralmente de coloração pálida, por vezes ulcerada, podendo estar associada a erosão óssea subjacente. Raramente excede 1,5 cm de diâmetro e uma vez formada não regride espontaneamente.

A tomografia computadorizada é útil para avaliar a extensão em profundidade, a presença de erosão óssea e a exclusão de um ponto de partida extra-bucal, não estando descrita uma imagem radiológica patognomónica.

O diagnóstico definitivo é anátomo-patológico.

Histologicamente caracteriza-se pela presença de um estroma denso, com poucas células e com fibras de colagénio desorganizadas.

As células do estroma são fibroblastos bipolares com núcleos alongados e citoplasma diminuto, sendo o colagénio predominantemente do

tipo I e III. Em alguns casos, estas lesões apresentam-se encapsuladas por um epitélio pavimentoso estratificado, por vezes sobre uma fina camada de tecido conjuntivo fibrovascular normal.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com lesões benignas como neurofibroma, neuroma encapsulado, epulis fissuratum e fibroma de células gigantes; ou lesões malignas da mucosa oral como carcinoma pavimento-celular ou carcinoma verrucoso. A citologia aspirativa é importante na investigação inicial de uma massa da cavidade bucal, permitindo a fácil distinção com lesões das glândulas salivares minor.

No caso de fibromas múltiplos deve excluir-se fibromatose familiar, hiperplasia papilar fibrótica do palato, esclerose tuberosa ou síndrome de Cowden (síndrome de hamartomas múltiplos).

O fibroma traumático, tal como outras hiperplasias fibrosas localizadas, é facilmente removido através de excisão cirúrgica conservadora, sem necessidade de remoção de tecido mucoso normal adjacente.

A recorrência é rara a não ser que se mantenham os factores irritativos mecânicos.

CONCLUSÃO

O fibroma traumático é uma lesão epidemiologicamente mais frequente no sexo feminino e em doentes com mais de 40 anos. Estas lesões raramente excedem 1,5 cm de diâmetro e estão associadas a factores irritativos locais desencadeadores. A particularidade deste caso clínico reside no facto de se tratar de uma lesão de grandes dimensões e de longa evolução, num doente do sexo masculino, jovem, sem próteses dentárias ou história de traumatismo recorrente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Christopoulos P., A. Sklavounou, A. Patrikiou: True fibroma of the oral mucosa: a case report. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1994; 23: 98-99
- 2 Cutright D.: The histopathologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. *Oral Surg Oral med Oral pathol* 1974; 40:1-11
- 3 Ono Y, Takahashi H, Inagi K, Nakayama M, Okamoto M: Clinical study of benign lesions in the oral cavity. *Acta Otolaryngol* 2002; Suppl 547: 79-84
- 4 Butdtz-Jorgensen E: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 1981; 10:65-80