

OSTEOCONDROMA DO CÔNDILO MANDIBULAR A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

ÓSCAR COSTA*, PAULO COELHO**, SANTINHO CUNHA***, TALHAS DOS SANTOS****

RESUMO

O Osteocondroma é um dos tumores mais comuns do esqueleto axial, ocorrendo mais frequentemente nos ossos longos dos membros. É raro o seu aparecimento nos ossos da face, sendo a apófise coronóide o lugar mais comum, seguida do côndilo. Geralmente afecta jovens na 2ª década. A sua etiologia é desconhecida. Histologicamente a lesão é composta por um componente de osso esponjoso coberto por cartilagem apresentando diferentes graus de ossificação. Clinicamente manifesta-se geralmente por alterações na oclusão e assimetria facial. O tratamento consiste na excisão da lesão.

Palavras-chave: osteocondroma, tumor do côndilo mandibular, tumor da cartilagem

ABSTRACT

Osteochondroma is one of the most common tumours of the axial skeleton, occurring most frequently in the long bones of the limbs. It consists of a bony outgrowth, usually in the metaphyseal region, capped with cartilage. Osteochondroma of the facial bones is rare, and is most commonly associated with the coronoid process, followed by the condyle. The tumor affects younger age groups, in the second decade of life. The cause of the lesion is not clear. Histologically this lesion is composed of a cancellous bone component covered by cartilaginous tissue showing different degrees of calcification. The symptoms include malocclusion and facial asymmetry. Treatment involves primarily resection.

Key-words: osteochondroma, mandibular condyle tumour, cartilaginous tumour

INTRODUÇÃO

O Osteocondroma, também chamado de exostose osteocartilaginosa, é o tumor benigno mais comum do esqueleto axial^(18,23,27). O nome alternativo, sendo puramente descritivo, tem o mérito de reconhecer a incerteza quanto à natureza da lesão, seja um distúrbio do desenvolvimento, uma verdadeira neoplasia ou meramente resultante de actividade reparadora exuberante⁽²⁾.

Numa revisão de 6221 tumores ósseos

primários, Dahlin contabilizou 40% dos tumores benignos e 9,3% do total da série^(5,6). A OMS define o tumor como uma protrusão óssea, coberta por cartilagem, na superfície externa do osso⁽¹⁴⁾. As localizações mais comuns são as metáfises dos ossos longos, nomeadamente a distal do fémur e a proximal da tíbia⁽⁹⁾. É raro na região craniofacial havendo registo da sua ocorrência na base do crânio, seio maxilar, arcada zigomática e na mandíbula, onde a apófise coronóide é a área anatómica mais comumente afectada, seguida do côndilo⁽¹⁷⁾. Há também relatos da sua ocorrência no ramo ascendente, corpo e sínfise^(14,22,28). No côndilo o tumor ocorre mais frequentemente na superfície anteromedial⁽¹¹⁾, local de inserção do músculo pterigóideo externo⁽²³⁾.

A grande maioria dos pacientes desenvolvem lesões solitárias (90%), sendo que as lesões

*Interno do Internato Complementar de Cirurgia Maxilofacial do Hospital de S. José

** Assistente Hospitalar de Cirurgia Maxilofacial do Hospital de S. José

***Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Director do Departamento de Histomorfologia

****Director do Serviço de Cirurgia Maxilofacial do Hospital de S. José

múltiplas (osteochondromatose) parecem ter componente hereditária de doença autossómica dominante⁽¹⁸⁾.

O tumor aparece mais frequentemente na 2ª década de vida, não parecendo haver predominância de sexo, embora haja referência a ligeira maior ocorrência no sexo masculino⁽⁸⁾, especialmente os casos bilaterais⁽¹⁾.

A patogenia do tumor não é clara, embora algumas teorias a tentem explicar. Em 1920, Keith postulou que o tumor resultava de defeitos no revestimento do periosteó que normalmente envolve a zona vacuolizada da cartilagem epifisária durante o crescimento fetal⁽⁸⁾. Outras teorias defendem a ocorrência de stress em áreas de inserção tendinosa onde há acumulação de células com potencial cartilaginoso (Geshickter, Copeland)⁽⁴⁾; ou de tratar-se de proliferação de células epifisárias indiferenciadas, com posterior deslocação para a metáfise (Langenskiöld)⁽²¹⁾; ou ainda de consistir na metaplasia de células pluripotenciais do periosteó, que podem desenvolver osteoblastos e condroblastos, com subsequente ossificação endocranal (Lichtenstein)⁽¹³⁾. Curiosamente, é o único tumor ósseo reproduzido experimentalmente⁽⁸⁾.

O aspecto histológico clássico é semelhante àquele do côndilo mandibular antes de terminado o processo de ossificação endocranal e é composto de espículas ósseas de osso lamelar com espaços lacunares e medulares regulares formando osso esponjoso⁽¹²⁾. O osso é coberto por cartilagem de espessura variável e com diferentes graus de calcificação⁽⁹⁾. Pode haver, principalmente nos adultos, ausência completa de revestimento cartilaginoso devido à reabsorção provocada pela ossificação endocranal⁽¹²⁾.

Estes tumores têm, em geral, um crescimento lento e os sintomas desenvolvem-se num longo período de tempo. Clinicamente o tumor pode apresentar-se como uma massa palpável e indolor da região temporomandibular. Mais frequentemente aparece com um quadro de assimetria facial e má oclusão, com mordida aberta no lado afectado e cruzada contralateral⁽²⁶⁾. Em alguns casos a massa condiliana pode causar dor articular, limitação da mobilidade, estalido de abertura, crepitação, cefaleias e cer-

vicalgias^(3,7,22).

Nas radiografias, o osteochondroma exhibe uma forma irregular, com densidade mista e aspecto esclerosado. As lesões geralmente apontam para fora do espaço articular e podem ter aspecto pedunculado ou base séssil, especialmente nos ossos longos⁽⁸⁾. A cortical da lesão dilata a cortical do osso, o que pode ser visto no Rx simples mas é melhor definido por tomografia computadorizada. O osso esponjoso do osteochondroma mistura-se com o osso normal, e as lesões podem causar erosão cortical do osso oponente⁽⁸⁾. A TAC pode ajudar a definir a anatomia da lesão e das estruturas circundantes. A reconstrução tridimensional, visualizando a extensão e a forma da lesão, bem como a sua relação com a fossa glenóide, é de grande valor para o planeamento da ressecção tumoral⁽¹²⁾. A RMN pode ter grande utilidade no diagnóstico, nomeadamente que respeita à identificação de estruturas como os nervos cranianos⁽¹⁴⁾ ou na melhor identificação e definição do recobrimento ósseo por cartilagem⁽¹²⁾. A cintigrafia óssea com Tecnécio 99 MDP ajuda a definir a extensão da lesão e a identificar lesões múltiplas⁽²⁸⁾. O tumor tem forma irregular, podendo ter superfícies cortantes que podem causar erosão arterial criando um pseudo-aneurisma, pelo que a angiografia pode ser útil na sua detecção⁽⁸⁾.

O diagnóstico diferencial faz-se com as seguintes condições: hiperplasia condiliana, osteoma, condroma, tumor de células gigantes, mixoma, ameloblastoma, fibrosteoma, fibrossarcoma, displasia fibrosa e doença metastática^(15,19,21). As hiperplasias caracterizam-se por alongamento de todo o processo condilar não havendo o aspecto irregular do côndilo do osteochondroma⁽²⁶⁾. Nos casos de osteochondromatose deve ser considerado o diagnóstico diferencial com a Síndrome de Gardner⁽⁹⁾.

O tratamento consiste na excisão da lesão que pode ou não implicar condilectomia^(14,19,20). Na maioria dos casos descritos procedeu-se a condilectomia sem reconstrução, o que resulta em perda de dimensão vertical e laterodesvio na abertura, principalmente nas grandes lesões. A reconstrução pode ser imediata ou tardia com

várias técnicas que incluem artroplastia, osteotomia do ramo vertical, enxerto ósseo autógeno (crista ilíaca, costochondral), prótese metálica ou retalho ósseo local pediculado, baseado no músculo pterigóideo interno⁽³⁰⁾. A abordagem cirúrgica pode ser feita por vários tipos de incisões como submandibular, pré-auricular, zigomaticofacial, coronai e transoral, que podem fazer-se isoladas ou combinadas^(10,28).

A malignização é rara, ocorrendo em menos de 1% das lesões solitárias, no entanto, 10% dos doentes com osteocondromas múltiplos desenvolvem condrossarcomas, sendo que este estudo é referente aos ossos longos, não havendo casos descritos no esqueleto facial, não havendo referência a recidivas de osteocondromas condilianos^(24,25).

CASO CLÍNICO

V.H.F., sexo masculino, 12 anos, raça caucasiana, estudante, natural e residente em Torres. Os pais referiram que desde um ano antes da consulta notaram progressiva assimetria da face de seu filho, com desvio do mento para a esquerda e aumento de volume da região do ângulo e ramo horizontal direito, de forma insidiosa (fig. 1). Há data da consulta esses aspectos eram evidentes, bem como mordida aberta do lado direito. O doente referia, durante a abertura bucal, dor discreta de início com algum agravamento ao longo do tempo. A ortopantomografia (fig. 2) e a tomografia axial computadorizada (fig. 3-4), em particular as reconstruções tridimensionais (fig.5-6), demonstraram alterações anatómicas do côndilo e do ramo horizontal da mandíbula direitos, em particular uma bosseladura da face posterior do côndilo. A cintigrafia óssea com tecnécio 99, demonstrou intensa actividade no local do tumor (fig. 7-8). Por abordagem pré-auricular foi realizada a condilectomia (fig. 9-10). O diagnóstico anatomopatológico foi o de osteocondroma (fig. 11-13). Após um ano o doente apresenta simetria facial, bom desenvolvimento mandibular, sem qualquer dor, normal amplitude de abertura bucal, com desvio do mento para o lado direito (fig. 14-15). Actualmente aguarda-se o final do crescimento

da mandíbula para, posteriormente, reconstruir a articulação temporomandibular.

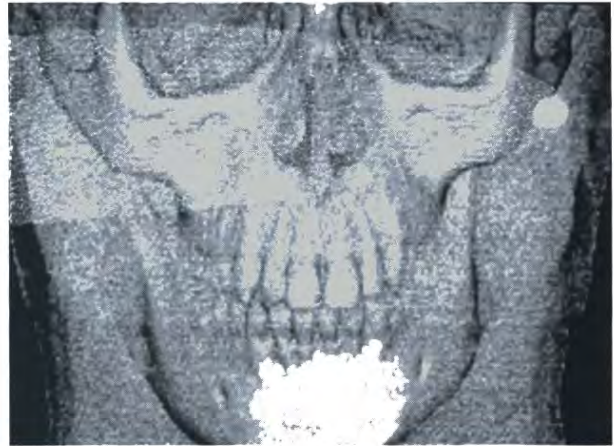


Fig. 1 - Aspecto frontal do maciço ósseo facial, em imagem de TAC 3D: desvio do mento para a esquerda, aumento de volume do ramo ascendente e horizontal da mandíbula provocando mordida aberta à direita.



Fig. 2 - Ortopantomografia: evidente diferença anatómica dos côndilos mandibulares.

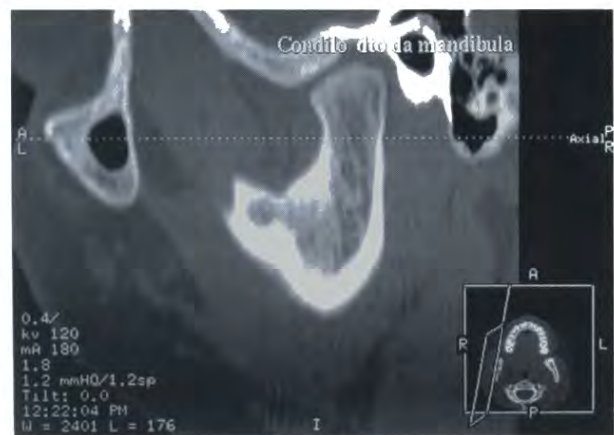


Fig. 3 - TAC, corte sagital: côndilo deformado e aumentado de volume

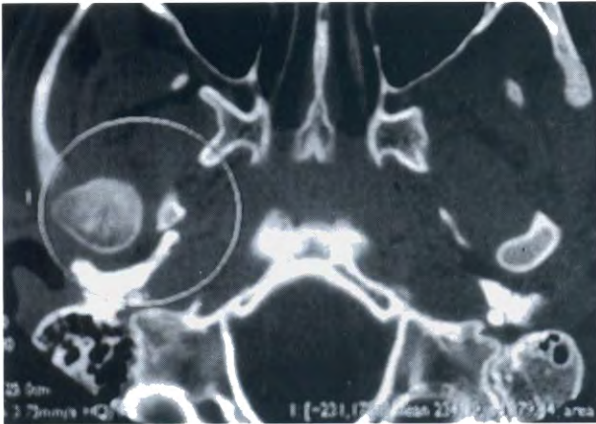


Fig. 4 - TAC, corte axial: grande aumento de volume do côndilo direito comparativamente ao esquerdo.

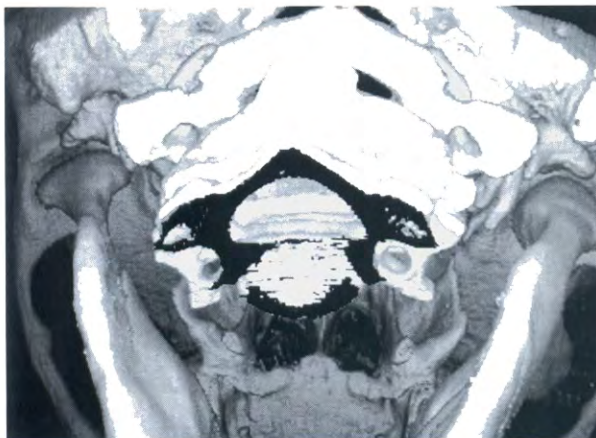


Fig. 5 - TAC 3D, aspecto posterior da mandíbula, assimetria condilar.

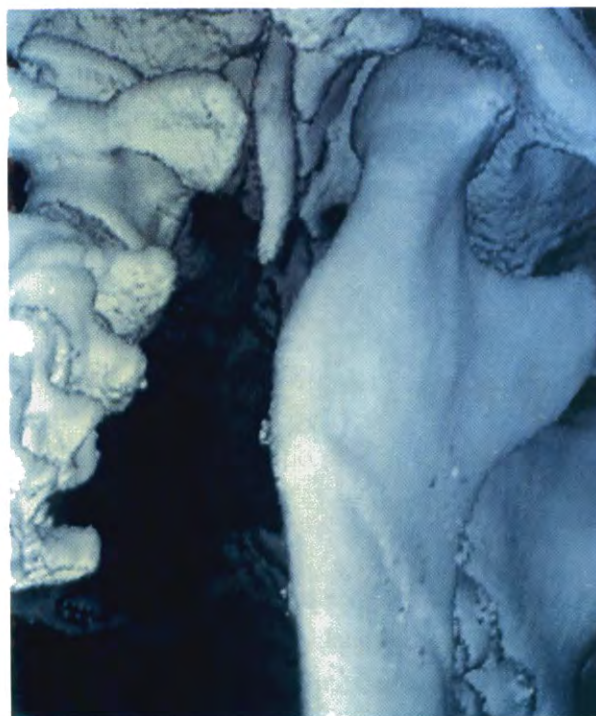


Fig. 6 - TAC 3D, aspecto posterior do côndilo esquerdo: bosseladura na face posterior.



Fig. 7 - Cintigrafia óssea com Tecnécio 99: côndilo direito com aumento de captação.



Fig. 8 - Cintigrafia óssea com Tecnécio 99: côndilo esquerdo com normal captação.

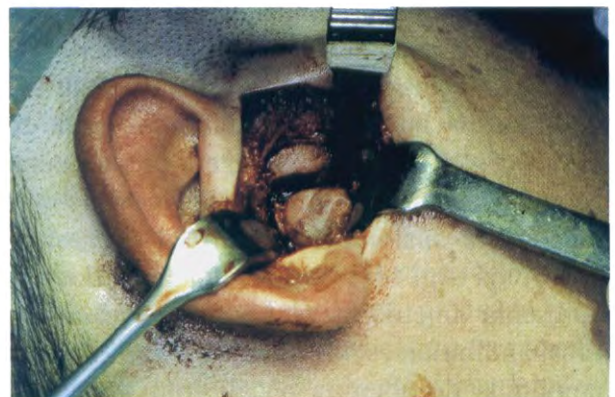


Fig. 9 - Aspecto intra-operatório: tumor na face posterior do côndilo direito.



Fig. 10 - Cômulo direito (peça operatória da condilectomia)

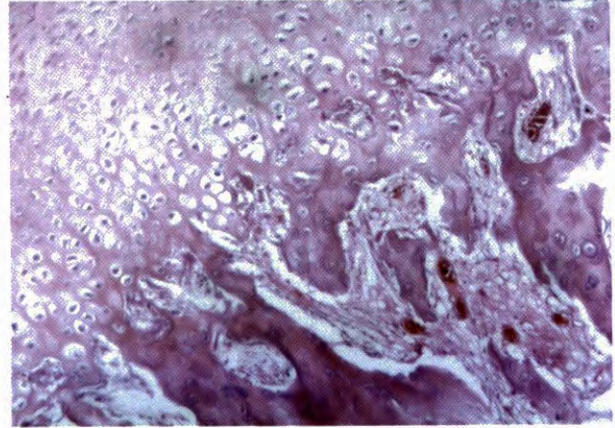


Fig. 13 - Exame anatomopatológico: x40HE Neoplasia osteocartilaginosa (osteocondroma) sem atipias

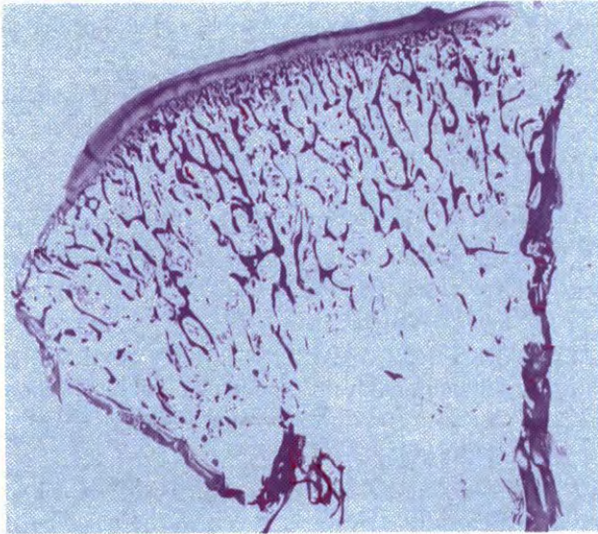


Fig. 11 - Exame anatomopatológico: x4HE - Aspecto Geral do Cômulo com a Neoplasia

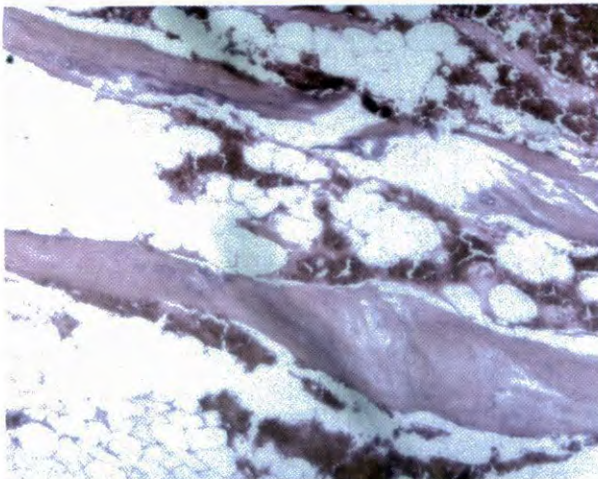


Fig. 12 - Exame anatomopatológico: x40HE Estrutura óssea trabecular dentro dos limites da normalidade.



Fig. 14 - Aspecto frontal um ano após a condilectomia: não há assimetria facial.



Fig. 15 - Abertura bucal um ano após a condilectomia: normal amplitude com desvio para a direita.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO HF, ESCUDER O, MARCO V. Joint formation between an osteochondroma of the coronoid process and zygomatic arch (Jacob Disease): report of a case and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 58(2): 227-32
2. ALLAN JH, SCOTT J. Osteochondroma of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1974; 37(4): 555-65
3. AZAZ B, ZELTSER R, NITZAN DW. Pathoses of coronoid process as a cause of mouth-opening restrictions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 77(6): 579-84
4. BRADY FA, SAPP JP, CHRISTENSEN RE. Extracondylar osteochondromas of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1978; 46(5): 658-68
5. DAHLIN DC, UNNI KK. Bone Tumours: General aspects and Data on 8542 cases. Springfield, IL, Thomas, 1986, pp 18-32
6. ELLER DJ, BLAKEMORE JR, STEIN M, BYERS S. Transoral resection of a condylar osteochondroma : report of a case. *J Oral Surg.* 1977; 35(5): 409-13
7. FESTA F, CASCONI P, GIOVANELLI S. The use of a modified functional distraction appliance in na osteochondroma. *Cranio.* 1990; 8(3): 276-8
8. GAINES RE JR, LEE MB, CROCKER DJ. Osteochondroma of the mandibular condyle. Case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992; 50(8): 899-903
9. GINGRASS DJ, SADEGHI EM. Osteochondroma of the mandibular condyle mimicking TMJ syndrome: a therapeutic appraisal of a case. *J Orolfac Pain.* 1993; 7(2): 214-9
10. HENRY CH, GRANITE EL, RAFFETO LK. Osteochondroma of the mandibular condyle.. Case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992; 50(8): 899-903
11. HERBOSA EG, ROTSKOFF KS. Condylar osteochondroma manifesting as a Class III skeletal dysplasia: Diagnosis and surgical approach. *Am J Orthod Dentofacil orthop.* 1991; 100(5): 472-9
12. IIZUKA T, SCHROTH G, LAENG RH, LADRACH K. Osteochondroma of the mandibular condyle. Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996; 54(4): 495-501
13. KANEDA T, TORII S, YAMASHITA T, INOUE N, SHIMIZU K. Giant osteochondroma of the mandibular condyle. *J Oral Maxillofac Surg.* 1982; 40(12): 818-21
14. KARRAS SC, WOLFORD LM, COTTREL DA. Concurrent osteochondroma of the mandibular condyleand ipsilateral cranial base resulting in TMJ ankylosis : report of a case and of literature. *J Oral Maxillofac Surg.*1996; 54(5): 640-6
15. KEEN RR, CALAHAN GR. Osteochondroma of the mandibular condyle: Report of a case. *J Oral Surg.* 1977; 35(2): 140-3
16. KERMER C, RASSE M, UNDT G, LANG S. Cartilaginous exostoses of the mandible. *Int J oral Maxillofac Surg.* 1996; 25(5): 373-5
17. KERSCHER A, PIETTE E, TIDEMAN H, WU PC. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. Report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993; 75(5): 559-64.
18. KOEHL GL, TILSON HB. Osteochondromas associated with facial asymmetry and masticatory dysfunction: report of two cases. *J Oral Surg.* 1977; 35(11): 934-9
19. KOOLE R, STEENKS MH, WITKAMP TD, SLOOTWEG PJ, SHAEFER J. Osteochondroma of the mandibular condyle. A case report. *Int J oral Maxillofac Surg.* 1996; 25(3): 203-5
20. KURITA K, OGI N, ECHIVERRE NV, YOSHIDA K. Osteochondroma of the mandibular condyle. A case report. *Int J oral Maxillofac Surg.* 1999; 28(5): 380-2
21. LOFTUS MJ, BENNETT JA, FANTASIA JE. Osteochondroma of the mandibular condyles. Report of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986; 61(3): 221-6
22. MARKS RB, CARLTON DM JR, CARR RF. Osteochondroma of the mandibular condyle. Report of a case with 10 year follow-up *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1984; 58(1): 30-2
23. MUNOZ M, GOIZUETA C, GIL-DIEZ JL, DIAZ FJ. Osteocartilagineous exostosis of the mandibular condyle misdiagnosed as TMJ dysfunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 85(5): 494-5
24. RAMON Y, HOROWITZ I, OBERMAN M, FREEDMAN A, TADMOR R. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1977; 43(5): 692-7
25. SCHWEBER SJ, FRENSILLI JA. Osteochondroma of the mandibular condyle. Report of a case and review of literature. *J Am Dental Assoc.* 1986; 113(2): 269-71
26. SIMON GT, KENDRICK RW, WHITLOCK RI. Osteochondroma of the mandibular condyle. A case report and its management *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1977; 43(1): 18-24
27. STRICKLAND RD, HIRSCH SA, GOLDBERG JS. Osteochondroma of the mandibular condyle. *Cranio.*1985; 3(2): 189-92
28. VEZEAU PJ, FRIDRICH KL, VINCENT SD. Osteochondroma of the mandibular condyle. Literature review and report of two atypical cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 954-63