

# DISPLASIA FIBROSA RECIDIVADA EM FOSSA NASAL REMOVIDA POR RINOTOMIA LATERAL E MAXILARECTOMIA MEDIAL: RELATO DE CASO

## FIBROUS DYSPLASIA RECURRENT NASAL CAVITY REMOVED BY RHINOTOMY LATERAL AND MEDIAL MAXILLECTOMY: CASE REPORT

ANA PAULA VALERIANO RÊGO<sup>1</sup>, ALDA LINHARES BORGES FREITAS<sup>1</sup>, VALÉRIA BARCELOS DAHER<sup>1</sup>, LEANDRO CASTRO VELASCO<sup>2</sup>, HUGO VALTER LISBOA RAMOS<sup>3</sup> E CLAUDINEY CÂNDIDO COSTA<sup>4</sup>

### RESUMO

*Introdução: A displasia fibrosa é uma doença fibro-óssea benigna com substituição do osso por tecido desorganizado. Esta doença apresenta crescimento lento e caráter recidivante. Relatamos um caso de displasia fibrosa em fossa nasal esquerda de grande extensão e deformidade crânio-facial, após recidiva. A displasia fibrosa necessita de acompanhamento regular, para uma abordagem mais precoce na recidiva.*

*DESCRITORES: DISPLASIA FIBROSA, OBSTRUÇÃO NASAL.*

### ABSTRACT

*Introduction: Fibrous dysplasia is a benign fibro-osseous disease with replacement of bone by disorganized tissue. The disease is slow growing and recurrent character. We report a case of fibrous dysplasia in the left nasal cavity of great length and craniofacial deformity after relapse. Fibrous dysplasia needs regular accompaniment to an earlier approach to relapse.*

*KEY WORDS: FIBROUS DYSPLASIA, NASAL OBSTRUCTION.*

### INTRODUÇÃO

A displasia fibrosa é uma lesão fibro-óssea, benigna, que leva a substituição dos elementos normais do osso por tecido fibroso desorganizado, formando traves ostéoides irregularmente mineralizadas. Essa neoplasia é um defeito congênito da modelagem óssea, e devido a isso, é mais comum em crianças e adolescentes, com crescimento lento e estabilização após a puberdade. Apresenta etiologia desconhecida e, apesar do crescimento lento, apresenta caráter recidivante.<sup>1</sup>

Tem predileção pelos ossos da face e crânio, causando deformidade. Como consequência disso leva a distúrbios orgânicos, estéticos e psicológicos. É classificada em dois tipos: monostótica quando ocorre em um único osso ou ossos contíguos, e poliostótica quando em múltiplos ossos.<sup>2</sup>

O exame radiológico típico mostra aspecto de vidro fosco envolvido por tecido cortical denso. O diagnóstico definitivo é por meio do exame anatomopatológico. Caso seja realizada a radioterapia, aumenta a chance de malignização. Dessa maneira, seu tratamento é a exérese da lesão, porém sem causar mutilação ou déficit funcional.<sup>3</sup>

### RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 28 anos, de cor parda, natural de Goiânia-Goiás, encaminhada ao serviço terciário de saúde com quadro clínico de obstrução nasal e episódios recorrentes de epistaxe à esquerda, além de deformidade crânio-facial à esquerda. Negava demais queixas. Apresentava antecedente de cirurgia para exérese de tumor nasal há seis anos e sem

1 - Residente de Otorrinolaringologia pelo Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). Email: anapaulavrego@hotmail.com.

2 - Especialista em Otorrinolaringologia. Preceptor da residência de Otorrinolaringologia do CRER. Email: lcvelasco@hotmail.com.

3 - Especialista em Otorrinolaringologia. Doutor pela UNIFESP. Email: hvramos@gmail.com.

4 - Prof. Adjunto da FM-UFG. Doutor pela UNIFESP. Chefe do Serviço de Residência em Otorrinolaringologia do CRER. Email: claudineycosta@gmail.com.

comorbidades. Ao exame apresentava bom estado geral, lesão com crostas em rinoscopia anterior e deformidade em dorso nasal à esquerda. A nasofibrolaringoscopia evidenciou massa vegetante coberta com crosta piossanguinolenta em meato médio esquerdo e sinéquia entre concha nasal inferior e septo nasal à esquerda. A tomografia computadorizada de seios da face mostrando lesão osteoblástica expansiva, heterogênea e áreas de vidro fosco, medindo 4,0x2,3x 2,4 cm em fossa nasal esquerda (figura 1 A)

A paciente foi submetida à cirurgia para retirada do tumor nasal. Realizou-se sinusectomia maxilar, sinusotomia frontal e etmoidectomia esquerda na tentativa de exérese do tumor por via endoscópica. Devido a difícil acesso e visualização do tumor, foi necessário realizar a rinotomia lateral esquerda e maxilarectomia medial para exérese do tumor, com sucesso. (figura 1B)



Figura 1: A) Tomografia de seios da face mostrando lesão com aspecto de vidro fosco em fossa nasal esquerda. B) Rinotomia lateral esquerda e exérese de tumor nasal

Na histopatologia apresentou-se proliferação fibro-óssea de aspecto benigno, constituída por tecido fibrocelular de baixa celularidade e sem atipia, com áreas de ossificação de padrão trabecular sem rima de osteoblastos evidentes, compatível com displasia fibrosa.

Paciente manteve acompanhamento regular no serviço, apresentando melhora clínica importante da obstrução nasal, nenhum novo episódio de epistaxe e satisfeita do ponto de vista estético.

## DISCUSSÃO

A displasia fibrosa representa aproximadamente 2% de todos os tumores ósseos e 7% dos tumores ósseos benignos, podendo afetar qualquer osso do esqueleto.<sup>2</sup>

Os sinais e sintomas são dependentes da localização da lesão e compressão de estruturas vizinhas. Pode levar a assimetria e deformidade facial, obstrução dos seios paranasais, anosmia, cefaleia, ptose, exoftalmia, estrabismo e perda auditiva condutiva.<sup>4</sup> No caso acima relatado, a paciente apresentava obstrução nasal, epistaxe e assimetria facial.

os mais importantes diagnósticos diferenciais são lesões

benignas e malignas. Entre as lesões benignas estão o fibroma ossificante, hiperostose, tumor marrom do hiperparatireoidismo, doença de Paget, cisto ósseo aneurismático, osteíte fibrosa cística, hipertireoidismo, osteocondroma, ameloblastoma. Entre as lesões malignas sarcoma e metástase.<sup>5</sup>

A paciente apresentou lesão com difícil acesso, sendo necessária a rinotomia, deixando uma cicatriz externa, porém no pós-operatório estava sem queixa estética e realizada com a melhora da obstrução nasal.

Ressaltamos a necessidade de um acompanhamento regular após a cirurgia, para, se recidivar, permitir a remoção do tumor em menores dimensões, permitindo um acesso menos agressivo.

## REFERÊNCIAS

1. Alves AL, Canavarros F, Vilela DSA, Granato L, Próspero JD. Displasia fibrosa: relato de três casos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2002; 68(2):288-292.
2. Tinoco P, Pereira JCO, Filho RCL, Silva FBC, Ruela KP. Fibrous Dysplasia of Maxillary Sinus. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2009;13(2):214-217.
3. Santos JN, Vieira TSIS, Góis Filho DM, Vasconcelos SJA, Azevedo RA. Displasia fibrosa: osteoplastia com acesso Weber-Ferguson: relato de caso. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2010;10(1):73-80.
4. Junior VS, Andrade EC, Didoni ALS, Jorge JC, Filho NS, Yoshimoto FR. Displasia fibrosa do osso temporal: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; V.70, n.6, 828-31.
5. Oliveira, RCB, Granato, L, Korn GP, Marcon MA, Cunha AP. Displasia fibrosa do osso temporal: relato de dois casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; V.70, n.5, 695-700