

Coristoma ósseo lingual. Apresentação de caso

Lingual osseous choristoma. Report of case

Luciana Carvalho Leite de Melo
Acadêmica de Odontologia da UFS-SE

Ignês Aurora dos Anjos Hora
Professora Assistente de Estomatologia do
DOD/UFS-SE

Marta Rabello Piva
Doutoranda de Patologia Oral da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte (Natal-RN)
Professora Assistente do Departamento de Odontologia
da Universidade Federal de Sergipe (Aracaju-SE)

Resumo

Coristoma ósseo é uma massa semelhante a um tumor contendo estrutura óssea normal em posição anormal. O objetivo deste artigo é relatar um caso de coristoma ósseo na cavidade bucal. Ao exame clínico, observou-se lesão nodular, pediculada, consistência firme, coloração rósea, medindo, aproximadamente, 10mm, assintomática, no terço posterior da língua, com diagnóstico presuntivo de aumento de tecido linfóide. Foi realizada biópsia excisional, tendo como resultado do exame anátomo-patológico o diagnóstico de coristoma ósseo. Em retorno com 6 meses, não foi observada recorrência.

Palavras-chave: coristoma ósseo; língua.

Abstract

Osseous choristoma is a tumour-like mass of normal bony structure in an abnormal position. The goal of this paper is to report a case of an oral osseous choristoma. Clinical examination showed a firm, pink-coloured, nodular pedunculated lesion with approximately 10mm, asymptomatic, located on the posterior third of the dorsum of tongue, with presumptive diagnosis of increased lymphatic tissue. An excisional biopsy was performed, rendering a diagnosis of osseous choristoma. There was no recurrence after a 6-month follow-up.

Keywords: osseous choristoma; tongue.

Introdução

Segundo JOHANN *et al.* (3), o coristoma ósseo apresenta-se como um crescimento excessivo focal de células ósseas maduras localizadas distante de algum tecido ósseo original. SUPIYAPHUN *et al.* (8) relataram que na cavidade bucal é mais freqüentemente encontrado no dorso da língua, próximo ao forame cego e às papilas circunvaladas, mais prevalente no gênero feminino, na terceira e quarta décadas de vida. Para SCAF *et al.* (6), desenvolve-se como uma massa pediculada ou sésil, variando em tamanho entre 3 mm até 50 mm, podendo haver obstrução das vias respiratórias do paciente. De acordo com JOHANN *et al.* (3), freqüentemente é assintomática, mas sintomas como dor, disfagia, sensação de corpo estranho, irritação na garganta, náusea e vômitos já foram relatados.

Por ser entidade rara, entendemos ser valioso adicionar mais um caso aos relatados e apresentar suas terminologias, hipóteses sobre a etiologia e seus principais diagnósticos diferenciais através de revisão de literatura.

Relato de Caso

J. M. S., gênero feminino, leucoderma, 22 anos de idade, foi encaminhada da Clínica de Dentística para a Clínica de Diagnóstico Oral do Departamento de Odontologia na Universidade Federal de Sergipe, por ter sido observado em exame intra-oral uma lesão pediculada, coloração rósea, assintomática, consistência firme, de, aproximadamente, 10 mm de diâmetro, localizada na região posterior da língua, superfície dorsal, à esquerda da linha média, com tempo de evolução desconhecido (Figura 1). Questionada sobre antecedentes pessoais, negou morbidades.

A hipótese diagnóstica foi aumento de tecido linfóide, tendo sido realizada biópsia excisional sob anestesia local em ambiente ambulatorial. O diagnóstico histopatológico foi de coristoma ósseo, mostrando microscopicamente um fragmento de mucosa oral revestido por epitélio pavimentoso estratificado parakeratinizado exibindo acantose. A lâmina própria achava-se constituída por tecido conjuntivo fibroso denso circundando um bloco de tecido ósseo lamelar denso com características usuais (Figura 2). Em consulta de acompanhamento com 6 meses não foram observadas quaisquer alterações clínicas ou sinais de recorrência.



Figura 1. Aspecto clínico da lesão no exame inicial

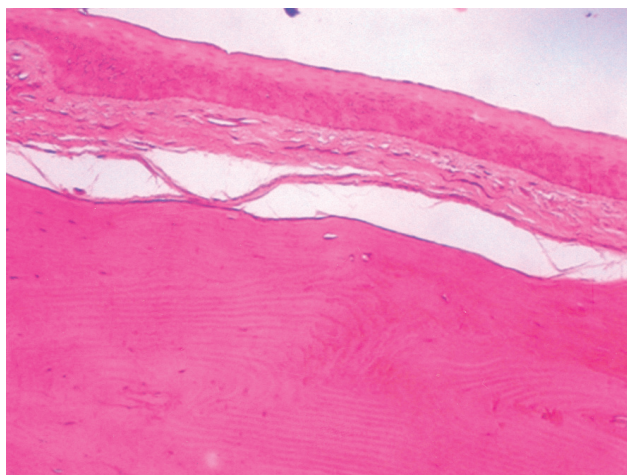


Figura 2. Aspecto histopatológico

Discussão

O termo coristoma ósseo foi usado por Krolls *et al.*, em 1971, para descrever um tecido histologicamente normal em um local anormal, o que difere de hamartoma, que, segundo SUPIYAPHUN *et al.* (8), é um crescimento focal de células normais em um lugar normal. Esta nova terminologia substituiu “osteoma de língua”, o qual foi sugerido por Monserrat, em 1913, quando foi relatado o primeiro caso desta entidade patológica. Segundo SCAF *et al.* (6), o termo osteoma nos dá um conceito de neoplasia benigna originária de tecido osteogênico que cresce progressivamente e com uma relação muito estreita com o sistema esquelético. Por causa dessa definição, alguns autores acreditam que este termo não poderia ser aplicado a esta lesão, pois em alguns casos, o coristoma surge na infância e apresenta um potencial de crescimento limitado. De acordo com ARAÚJO *et al.* (1), o ter-

mo ossificação patológica lingual também já foi sugerido, pois se achava que a denominação coristoma ósseo só poderia ser empregada para lesões diagnosticadas antes da idade adulta, por ser considerado um distúrbio de desenvolvimento. Mais recentemente, VERED *et al.* (9) sugeriram mais um termo “tumor benigno ósseo da língua”. Apesar de toda discussão, a maioria dos autores prefere a terminologia sugerida por Krolls *et al.*, em 1971.

A patogênese desta rara lesão ainda é desconhecida. Segundo VERED *et al.* (9), existem duas teorias principais: a teoria de má formação no desenvolvimento, sugerida pela primeira vez por Monserrat, em 1913, baseando-se na localização da lesão em relação ao forame cego, onde durante o desenvolvimento embriológico da língua, células pluripotenciais mesenquimais remanescentes de arcos branquiais ficariam incluídas na união dos dois terços anteriores com o terço posterior da língua, podendo, por algum estímulo, diferenciarem-se em osteoblastos ao invés de mioblastos; e a teoria pós-traumática, com a diferenciação óssea metaplásica como resposta às injúrias mecânicas, inflamações crônicas, e corpos estranhos.

Nos trabalhos da literatura analisados, predomina a descrição da lesão como um aumento de volume firme, bem circunscrito, geralmente pediculado, podendo às vezes ser sésil, geralmente recoberta por mucosa íntegra e normal da língua sendo que em um dos casos descritos na literatura a lesão se apresentava ulcerada (6). O tempo de evolução é bastante variável, desde alguns meses até cerca de 50 anos e o aumento gradativo de volume foi notado por alguns pacientes. O diâmetro citado está entre 3 mm até 50 mm. O predomínio quanto ao gênero referido na literatura é para o feminino e a idade de acometimento situa-se entre 5 a 73 anos, sendo mais freqüente entre a terceira e quarta décadas de vida. Quanto à localização, a maioria das lesões se encontra no dorso da língua, próximo do forame cego e às papilas circunvaladas. Sítios anatômicos diferentes foram citados por LONG & KOUTNICK (4), que relataram um caso na face lateral da língua; um de DALKIZ *et al.* (2), que citaram um caso no masseter e outro foi publicado por JOHANN *et al.* (3) na região submandibular. A lesão geralmente é assintomática, mas dependendo da localização há relato de dor, disfagia, sufocamento, sensação de corpo estranho, vômitos, náuseas, tosse, febre, dificuldade

de deglutição e respiração, entre outras. Normalmente é encontrado acidentalmente, durante exame intra-oral pelos cirurgiões-dentistas ou pelo próprio paciente (3, 6, 7, 8).

De acordo com NEVILLE *et al.* (5), microscopicamente, observa-se massa bem circunscrita de osso lamelar denso, circundada por um tecido conjuntivo fibroso denso. O osso tem um sistema de canal haversiano bem desenvolvido e, ocasionalmente, mostra medula hematopoiética ou gordurosa central. Segundo SUPIYANPHUN *et al.* (8), dos onze casos estudados por eles, nenhum mostrava infiltrado inflamatório aparente em torno da massa.


SUPIYANPHUN *et al.* (8) e SCAF *et al.* (6) relataram que devemos tomar cuidado para o diagnóstico diferencial com a tireóide lingual. Segundo SCAF *et al.* (6), isto ocorre por esta lesão

geralmente apresentar-se muito próximo ao forame cego, um pouco diferente do nosso caso, pois a lesão se encontrava bem mais à esquerda do forame cego. Um teste de função tireoideana e ou cintilografia deve ser realizado, por haver perigo de ser removida a tireóide lingual e causar hipotireoidismo funcional permanente, porque normalmente o paciente só possui essa glândula funcional. Segundo JOHANN *et al.* (3), além da tireóide lingual podemos ter como diagnóstico diferencial do coristoma ósseo, o fibroma, condroma, osteocondroma, tumores de glândulas salivares menores, carcinoma espinocelular e nódulo linfático calcificado.

Todos os casos de coristoma ósseo foram tratados com excisão cirúrgica e não houve relato de nenhuma complicação pós-cirúrgica. Segundo JOHANN *et al.* (3), somente dois casos de recor-

rência depois da remoção cirúrgica foram publicados na literatura, o de LONG & KOUTNICK (4), que registraram um caso de recorrência 12 anos depois da excisão cirúrgica, a qual estava localizada no tecido simples bucal próximo dos ramos mandibulares e o de DALKIZ *et al.* (2), que reportou um caso de coristoma ósseo no masseter, o qual recorreu um ano depois da excisão.

Conclusão

Coristoma ósseo é uma lesão rara, benigna e com recorrência incomum, encontrada na cavidade oral, principalmente na língua, sendo importante que o cirurgião-dentista reconheça e esteja atento à sua ocorrência, devendo realizar o diagnóstico e tratamento adequado, bem como preservação clínica depois da remoção cirúrgica, mesmo diante da ausência de sinais e/ou sintomas de recidivas. 

Referências Bibliográficas

1. ARAÚJO, V. C. *et al.* Ossificação patológica lingual. *Rev. Fac. Odont. S. Paulo*, v. 15, n. 2, p. 275-280, 1977.
2. DALKIZ, M., YURDAKUL, R. H., PAKDEMIRLI, E. *et al.* Recurrent osseous choristoma of the masseter muscle: case report. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 59, p. 836-839, 2001.
3. JOHANN, A. C. B. R., GARCIA, B. G., NACIE, T. R. *et al.* Submandibular osseous choristoma. *J. Craniomaxillofac. I. Surg.*, v. 34, n. 1, p. 57-59, Jan., 2006.
4. LONG, D. E., KOUTNICK, A. W. Recurrent intraoral osseous choristoma. *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol.*, v. 72, p. 337-339, 1991.
5. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. *et al.* *Patologia oral & maxilofacial*. 2ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
6. SCAF, G., ONOFRE, M. A., SCARSO FILHO, J. *et al.* Coristoma ósseo lingual. *Rev. da ABRO*, v. 3, n. 1, p. 1-4, jan./jun., 2002.
7. SUPIYAPHUN, P., SAMPATANUKUL, P., AEUMJATURAPAT, S. *et al.* Lingual osseous choristoma: report of three cases. *Journal Med. Assoc. Thailand*, v. 83, n. 5, p. 564-568, May, 2000.
8. SUPIYAPHUN, P., SAMPATANUKUL, P., KEREKHANJANARONG, V. *et al.* Lingual osseous choristoma: a study of eight cases and review of the literature. *Ear Nose Throat J.*, v. 77, n. 4, p. 316-318, 320, 325, Apr., 1998.
9. VERED, M. *et al.* Lingual osteoma: a debatable entity. *J. Oral maxillofac. Surg.*, v. 56, p. 9-13, 1998.

Recebido em: 16/01/2007
Aprovado em: 12/03/2007

Marta Rabello Piva
Av. Barão de Maruim, 278/201 – Centro
Aracaju/SE – CEP: 49010-340
E-mail: martarpiva@yahoo.com.br