
ARTIGOS ORIGINAIS

TUMORES DA MANDÍBULA

MÁRIO KROEFF e ALBERTO COUTINHO

○ ESTUDO dos tumores da mandíbula constitui um dos capítulos mais interessantes da patologia óssea, dada a variedade histológica e o quadro clínico oferecido. Reclama por isso noções de patologia geral e especializada. Não poderia ser de outro modo, porque os tumores dos maxilares têm origens várias, ligando-se a processos inflamatórios, específicos, metabólicos, embrionários, celulares, glandulares e fatores outros, ainda desconhecidos. São as formações dentárias que dão aos maxilares feição própria e constituem substrato à maior parte das neoplasias primitivas destes ossos, filiadas nas mais das vezes a perturbação da odontogênese.

Do ponto de vista clínico, os tumores da mandíbula têm aspeto multiforme, o que torna difícil muitas vezes apontar-lhes a sua natureza. Basta lembrar que até mesmo os benignos podem crescer, deformar, recidivar e trazer perturbações de tal ordem, que merecem por isso, sem favor, entrar na categoria das entidades malignas. Por outro lado, êsses tumores benignos sofrem frequentemente metamorfose de sua arquitetura e tornam-se malignos.

O diagnóstico clínico em geral não satisfaz.

A radiologia é elemento imprescindível hoje em dia na diagnose das lesões mandibulares. Sua contribuição é tão importante que, em certos casos, não só firma o diagnóstico de séde, como de espécie, porque há imagens típicas para cada lesão óssea mandibular.

O exame histopatológico do tumor é indispensável para esclarecer a origem e natureza da lesão e em muitos casos completa o dado radiológico.

O tratamento dos tumores da mandíbula está entre a cirurgia e as irradiações, sendo que naquela, entra a maioria dos casos. Na indicação terapêutica, é capital o diagnóstico exato da neoplasia, se benigna ou maligna e, numa e noutra hipótese, a natureza da lesão.

A cirurgia vai desde a excisão superficial da lesão tumerosa até a osteotomia parcial, segmentária ou total. Se fôr empregada a eletro-cirurgia, pode aproveitar-se o poder de osteogênese, sobremodo acentuada na mandíbula, para refazer, sem grande deformação, as perdas de substância óssea, quer parciais, subperiósticas, ou mesmo segmentárias, circunferenciais, como veremos em algumas de nossas observações.

O radium e os raios X são também utilizados como agentes terapêuticos. Cumpre notar, entretanto, que os tumores mandibulares são em geral rádio-resistentes, como a maioria dos blastomas ósseos. Ainda mais, a mandíbula assim como tem grande poder de regeneração óssea, possui acentuada sensibilidade à necrose radiológica.

Na classificação, contam-se duas espécies principais de tumores: uma, própria dos maxilares, de origem dentária; outra, do sistema ósteo-medular, comum a tôdas as peças do esqueleto. Uma terceira variedade, que pode ser anexada a êste estudo, é a dos tumores propagados e metastáticos.

CLASSIFICAÇÃO DO S. N. C.

- 1.º Tumores de origem dentária: { a) Cistos odontogênicos { Folicular
 b) Adamantinoma { Radicular
 c) Odontoma { Periodôntico
- 2.º Tumores mesenquimatosos: { a) Fibroma
 b) Condroma
 c) Osteofibroma
 d) Osteoma { Fibrosarcoma
 e) Sarcoma { Condrosarcoma
 Sarcoma osteogênico
 Reticulosarcoma { Tumor de Ewing
 Mielosarcoma
- 3.º Mieloplaxoma
- 4.º Mieloma
- 5.º Tumores metastáticos { Epiteliais
 Mesenquimatosos
- 6.º Formas clínicas pseudo-tumorosas { a) Osteíte fibrosa { Doença de Recklinghausen
 Doença de Paget.
 Leontíase óssea
 b) Linfogranulomatose
 c) Osteomielite
 d) Sífilis
 e) Tuberculose

Estabelecida a classificação dos tumores da mandíbula, estudaremos alguns dos casos do *Serviço Nacional de Câncer*, que são os seguintes:

a) Cistos odontogênicos; b) adamantinoma; c) fibroma; d) osteoma; e) tumores de células gigantes; f) mieloma; g) leontíase óssea; h) tumores secundários.

No *Serviço Nacional de Câncer*, entre 9.950 doentes matriculados, houve 44 casos de tumores primitivos da mandíbula com diagnóstico histopatológico firmado e distribuídos na seguinte proporção; sem contar os que não foram à biopsia:

Tumor de células gigantes	11
Adamantinomas	6
Cistos Odontogênicos	5
Fibroma	18
Osteoma	1
Osteomielite	3

CISTOS ODONTOGÊNICOS

Os cistos odontogênicos são formações de natureza epitelial e sua origem prende-se à odontogenia. De acôrdo com a classificação de Kurth Thomaz, podem ser divididos do seguinte modo:

I — *Cisto folicular*, proveniente do órgão do esmalte e do germe dentário:

- a) Simples — sem formação dentária.
 b) Dentígero — contendo dente.
 c) Com odontomas — um odontoma no cisto.
 d) Múltiplo — com dois ou mais cistos.

II — *Cisto radicular*, formado por granuloma dentário e restos epiteliais:

- a) Simples ou unilocular.
 b) Múltiplo ou multilocular.

III — *Cisto periodôntico* — formado ao lado de um dente ou entre dois.

a) Tipo formado a custa de inclusão epitelial na união dos processos embrionários.

b) Tipo folicular — formado por elementos de esmalte supernumerários ou por órgão do esmalte existente ao lado de um dente.

c) Tipo radicular — formado por granuloma epitelial, ao lado de um dente ou de um saco epitelial gengival.

Os *cistos odontogênicos* provêm dos elementos formadores dos dentes em desenvolvimento retardado ou excessivo, como também dos chamados restos dentários. Essas anomalias evolucionais processam-se em qualquer fase da odontogênese, resultando assim as mais variadas formas de cistos dentários, desde os mais simples, que são representados por delgadas lâminas epiteliais forrando uma cavidade, até as formas mais completas nas quais se encontram, ao lado do elemento epitelial, formações altamente diferenciadas. Num caso de Bayer, havia um canino da 1.^a dentição e um canino permanente, indicando a fusão de dois cistos originais. Nelaton encontrou cavidade cística, dentro de um dente bem formado, ao lado de numerosos rudimentos dentários e com simples bolsas epiteliais.

Os cistos odontogênicos são afecções próprias do adolescente e do adulto jovem, observados também raras vezes em pessoas idosas. Sua evolução processa-se lentamente sem sinais subjetivos ou objetivos apreciáveis, mesmo ao atingir grandes proporções. Os cistos volumosos chegam a produzir deformação facial, modificando, por distensão progressiva, a forma e espessura da mandíbula. A lâmina cortical torna-se fina, de consistência diminuída, e chega, não raro, à fratura espontânea. Os cistos mandibulares, comprimindo os elementos nervosos, contidos no canal dentário, trazem transtornos da sensi-

bilidade do mento, exteriorizadas às vezes por hipoestesia. Há doentes que chegam a apresentar distúrbios da fonação e mastigação, consecutivas a perturbações de ordem mecânica nos volumosos cistos dentígeros.

Os cistos radiculares, como surgem na sequência de processos dentários sépticos, são formações infectadas, bem ao contrário dos foliculares.

O diagnóstico clínico baseia-se na idade do paciente, em sua evolução silenciosa, indolor e lenta, aliada algumas vezes à ausência congênita de um determinado dente no rebordo alveolar.

A radiologia constitui meio de diagnóstico de grande valor nas afecções da mandíbula, principalmente quando cabe elucidar questões referentes aos cistos dentígeros. As imagens fornecidas mostram não só a formação cística, única ou multilocular, com ou sem inclusão dentária, mas também o grau de rarefação óssea e o estado da cortical. Orientam de tal modo o diagnóstico, que por vezes bastam para determinar a origem da afecção. Mesmo quando tudo leva a supor a existência de cisto odontogênico, não se deve dispensar o exame histo-patológico para formular-se a boa indicação terapêutica.

O tratamento dos cistos odontogênicos é cirúrgico e a técnica varia com o caso, tamanho do cisto e respectiva localização. Resume-se geralmente na extirpação do cisto, mediante ressecção de uma das paredes, e sobretudo curetagem da cavidade para remoção de toda membrana que o atapeta internamente. Uma vez desnudado de seu revestimento e entregue à granulação por segunda intenção, o remanescente de cavidade óssea vai com o tempo desfazendo-se.

EMBRIOLOGIA DO DENTE

No 6.^o mês de vida embriológica aparece um espessamento no epitélio oral. (OE). Fig. 1. Êste é o núcleo do futuro dente. À medida que êsse broto do epi-

telio oral continua proliferando para formar o dente, sua invaginação começa a tomar forma (TB). Nesta fase notam-se sinais de especialização do tecido conjuntivo subjacente. Êste é o sinal precoce da

se processarão na fase seguinte. O esmalte e a dentina são claramente visíveis. O esmalte forma-se de dentro para fora e a dentina de fora para dentro. A bainha de Hertwig começa a formar-se. Esta é

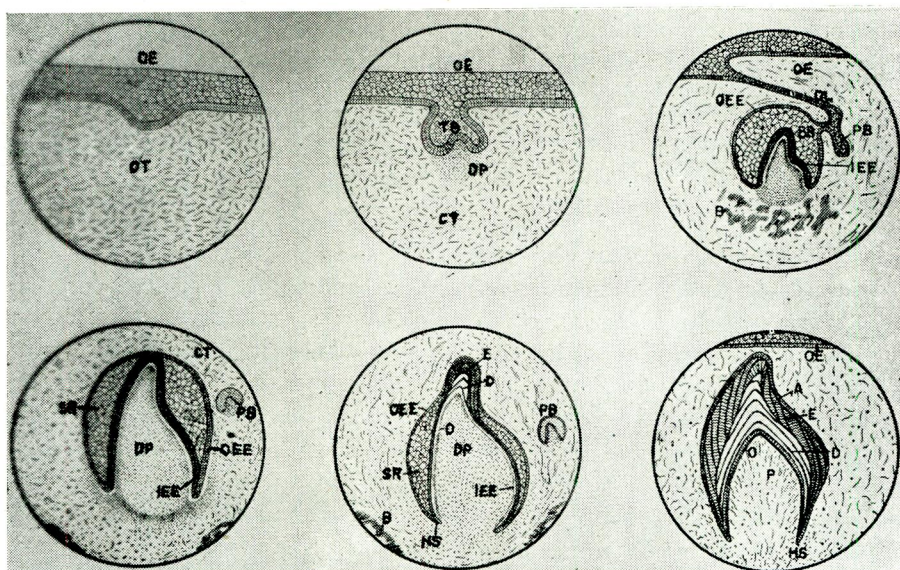


Fig. 1. — "Atlas of Dental and oral Pathology". (Chicago, 1942).

papila dentária (DP). Em seguida aparecem sinais de diferenciação celular e o embrião dentário começa a tomar forma. Nesta fase, as partes componentes já podem ser reconhecidas: lâmina dentária (DL); embrião dentário permanente (PB); epitélio do esmalte externo (OEE); epitélio interno (IEE), e retículo estrelado (SR). A papila dentária já então se apresenta bastante diferenciada para assumir sua função. Isto corresponde ao 4.º mês de gestação.

Na primeira fase da formação tecidual, começa a aparecer o esmalte e a dentina. O retículo estrelado mostra condensação e sinais iniciais de desintegração. O embrião dentário permanente separa-se então da lâmina dentária, mostrando sinais de especialização. As mesmas mudanças que ocorrem nos remanescentes do germen dentário

uma estrutura importante na determinação da forma do ápice dentário. Nesta fase, o osso começa a aparecer em torno do dente, sem sinais de conexão do dente embrionário.

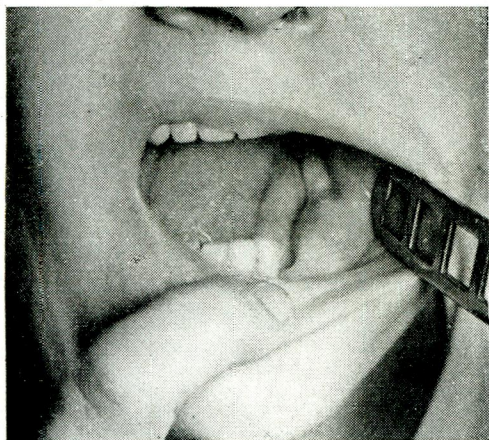
No último desenho (à direita, em baixo), o esmalte e a dentina diferenciam-se rapidamente. As linhas de Owen na dentina e as estrias do Retzins no esmalte podem ser vistas claramente. (Atlas of Dental and oral Pathology).

CISTO FOLICULAR NÃO DENTÍGERO

Registo n.º 1.350 — Mulher de 42 anos, branca, procurou o Serviço em 11-10-1944.

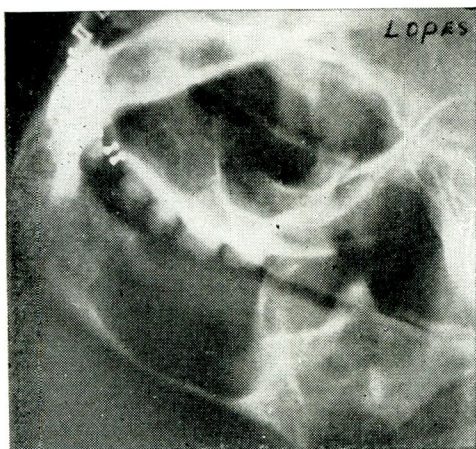
Doença local: — Há um ano, notou no rebordo alveolar inferior esquerdo, pequeno tumor que logo no fim de três meses atingia o tamanho de uma azeitona. Daí, o crescimento continuou a fazer-se lentamente, com dores apenas na mastigação. Nêstes últimos dias, tem sentido dor-mência na face.

Exame local: — À inspeção da face, nenhuma anormalidade. Movimentos da mandíbula conservados. No exame endo-bucal, verifica-se pequeno tumor do volume de uma azeitona, implantado no



Reg. 1.350. — Tumor mandibular, alargando os diâmetros do rebordo alveolar.

rebordo alveolar inferior esquerdo, no espaço correspondente aos 2.^o e 3.^o pré-molares, já extraídos. Seu eixo é paralelo ao ramo da mandíbula. A



Reg. 1.350. — Imagem cística, unilocular, arredondada, com 3 cents. de diâmetro, localizada ao nível dos grossos molares esquerdos. O processo osteolítico faz desaparecer o limite alveolar e reduz a cortical no bordo inferior da mandíbula.

mucosa, que o recobre, evidencia certo grau de distensão e, por transparência, mostra conteúdo líquido (cavidade cística). Os limites do tumor são regulares e excedem os rebordos alveolares da

mandíbula, para dentro e para fóra. À palpação, sente-se que o tumor é de conteúdo líquido e a pressão dolorosa. Ausência de adenopatias cervicais e sub-maxilares.



Reg. 1.350. — Cisto folicular não dentífero. A parede do cisto é constituída de tecido conjuntivo fibroso e revestida de epitélio estratificado.

Radiografia: — “Imagem cística, unilocular, de forma oval, tendo aproximadamente 3½ X 2½ cms., localizada na região dos grossos molares. O processo osteolítico faz desaparecer o limite alveolar e reduz consideravelmente a cortical, no bordo inferior da mandíbula.” (a) Evaristo Machado.

Tratamento: — Operada sob anestesia troncular, em 17-10-944 tendo sido praticada extirpação do tumor pela coagulação.

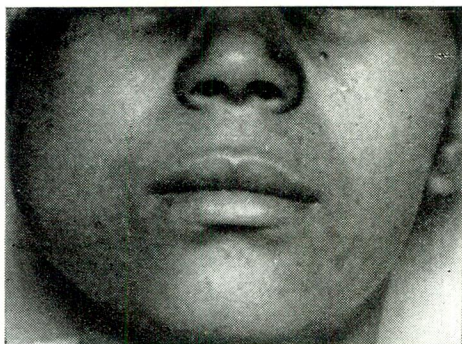
Histologia: — O exame da peça revelou: “cisto folicular não dentífero. Em sua cavidade encontram-se abundantes cristais de colesterina cercados por tecido de granulação”. F. Fialho.

Resultado: — Re-examinada doze meses após, encontrava-se completamente curada.

CISTO FOLICULAR DENTÍGERO

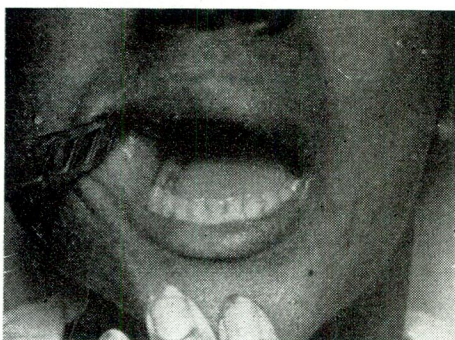
Registo n.º 1.357 — Mulher de 23 anos, parda, doméstica, foi enviada ao Serviço em 24-10-1944.

Doença atual: — Data sua doença de 6 meses. Notou casualmente pequeno tumor na região geniana direita que lhe causava dores em



Reg. 1.357. — Tumefação facial resultante de tumor da mandíbula.

forma de agulhadas, mórmente quando abria a boca. Seis meses antes de sua doença atual, teve uma fistula na raiz do primeiro molar inferior direito, em consequência de obturação mal praticada. Há dois meses, teve violenta dor de

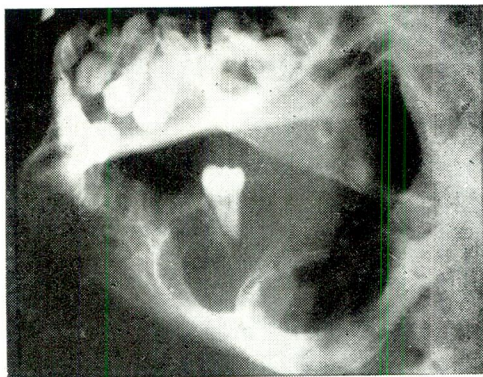


Reg. 1.357. — No rebordo alveolar inferior direito, nota-se a saliência de um tumor recoberto de mucosa de aspecto normal.

dente com inchação do rosto e escoamento de líquido esverdeado pela fistula. Feita radiografia dentária, ficou evidenciada pequena destruição óssea no local da fistula, razão por que procurou este Serviço.

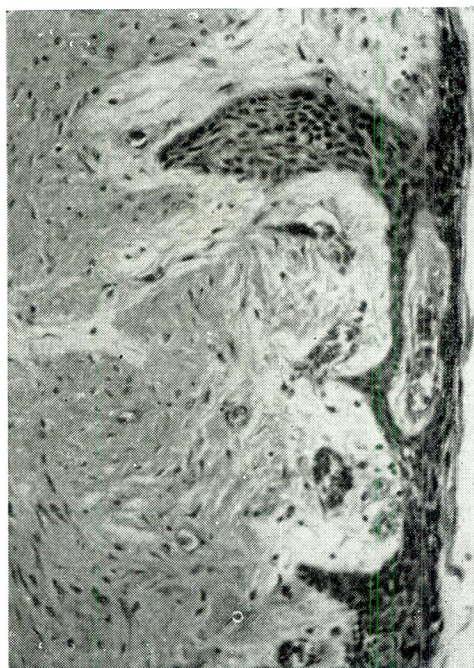
Exame local: — À inspeção, verifica-se acentuada assimetria facial, criada por volumosa tumefação que ocupa as regiões genianas direitas. A pele, que a reveste, apresenta aspecto normal. A doente abre e fecha a boca normalmente. Pela

palpação, o tumor é de consistência elástica, ligeiramente doloroso e faz corpo integrante com o plano ósseo da mandíbula. Mede no sentido

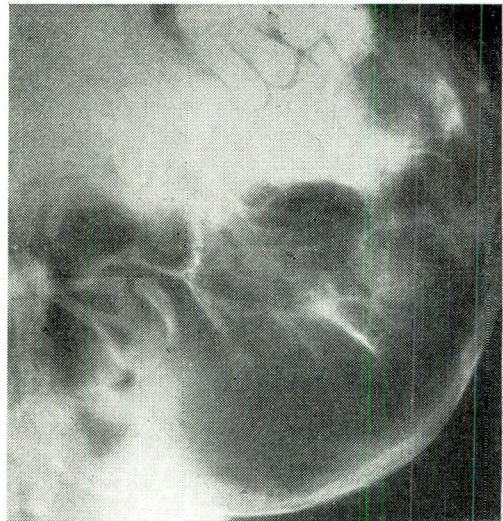
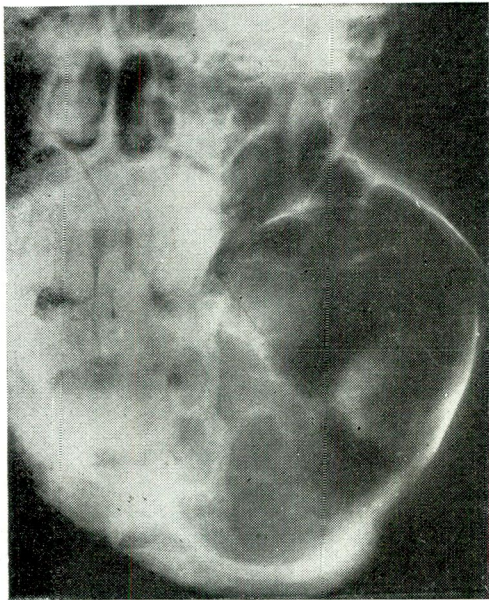


Reg. 1.357. — Imagem radio-transparente de aspecto policístico, contornos nítidos, tomando todo o ramo ascendente e a porção posterior do ramo horizontal. Na porção anterior dessa imagem verifica-se a existência de um grosso molar, provavelmente o do siso. Trata-se de um cisto folicular ou eventualmente um adamantinoma.

antero-posterior 8 cms. e 10 no vertical. Na inspeção endo-bucal, observa-se formação tumerosa recoberta de gengiva sã, ocupando todo o espaço vestibular desde a porção retro-molar até a im-



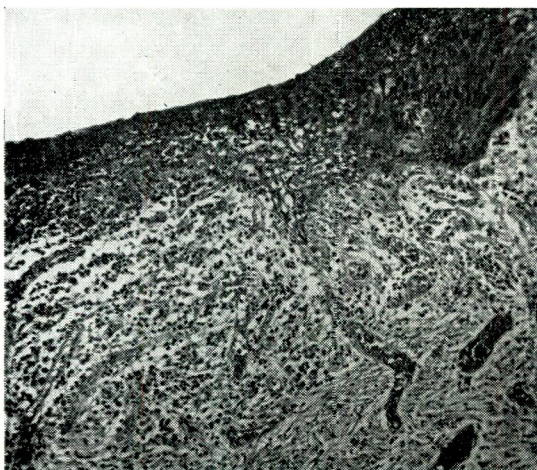
Reg. 1.357. — Cisto folicular dentígero. Parede cística revestida por epitélio do tipo estratificado e tecido conjuntivo fibroso.



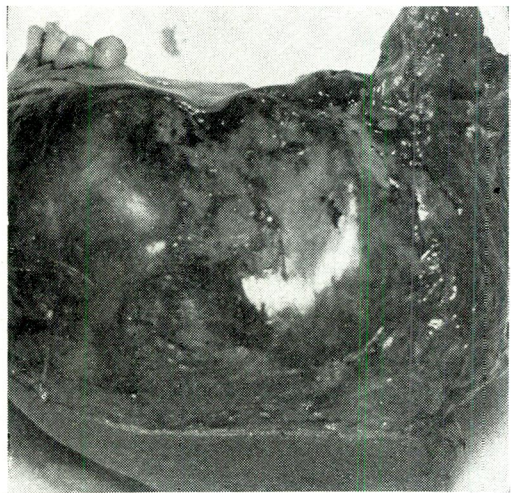
Reg. 1.088. — Tumor policístico, interessando toda a metade inferior da mandíbula e alargando consideravelmente os diâmetros do osso. Adamantinoma.

fieriores esquerdo. Quando a paciente muda bruscamente a posição da cabeça, ouve-se ruído de vasculejo.

Radiografia da mandíbula: — “Tumor policístico, interessando tôda a metade inferior da mandíbula e alargando consideravelmente os diâmetros do osso”. (a) *Evaristo Machado*.



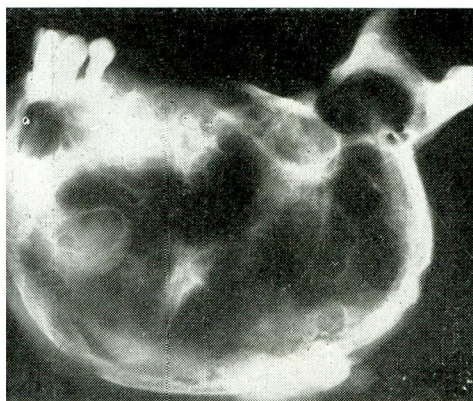
Reg. 1.088. — Parede da formação cística revestida parcialmente por epitélio estratificado (na extremidade superior e direita).



Reg. 1.088. — Peça operatória.

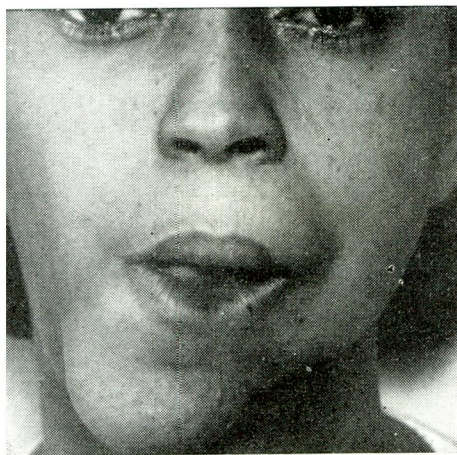
Biópsia: — *Cisto Folicular*.

Tratamento: — Em 19-10-1943 a doente foi operada sob anestesia troncular, tendo sido praticada hemi-secção esquerda da mandíbula. Operadores: A. Coutinho e Luiz Carlos. Sequência operatória normal. Alta em 25-11-43 sob condição de voltar ao Serviço para restauração facial. Não mais deu notícias.



Reg. 1.088. — Radiografia da peça operatória, mostrando por transparência as lojas císticas, sendo que uma junta ao condilo.

NOTA — No caso presente foi praticada a hemiseção com desarticulação temporo-maxilar que havia lesão do condilo, como se pode ver pela radiografia da peça operatória. Quando as lesões forem localizadas, deve-se resecar a mandíbula, deixando regular porção óssea junto da



Reg. 1.088. — A doente depois da hemiresecção mandibular.

iculação para uma possível recomposição do osso mandibular, seja por ossificação espontânea, seguida então a regeneração através de restos de osso (processo M. Kroeff), seja por enxertia óssea operatória, a ser praticada posteriormente.

CISTO FOLICULAR DENTÍGERO

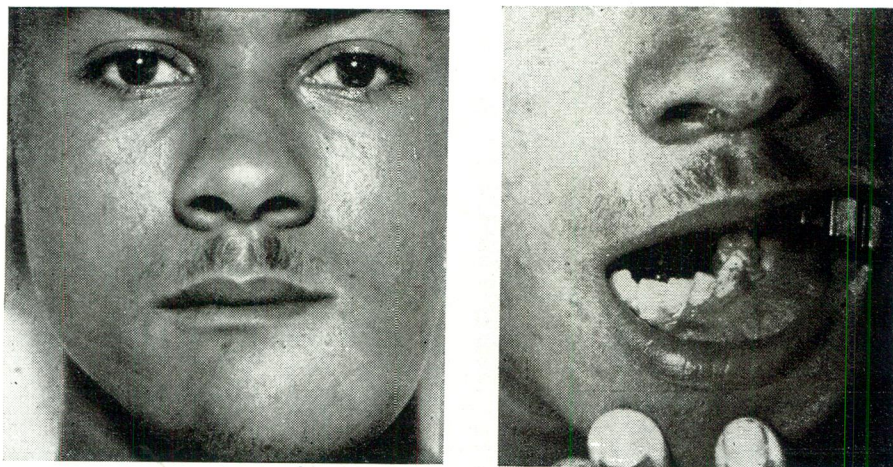
Reg. 9.899 — A. C. C., homem de 18 anos, procurou o Serviço em 10-9-47.

Molestia atual: — Há 2 anos e meio teve forte dor de dente, localizada ao nível do 2.^o molar inferior esquerdo e irradiada a toda a arcada dentária desse lado. Recorreu a dentista que fez evulsão do referido dente, não obtendo melhoras. Data dessa época o aparecimento de pequeno tumor mandibular, ao nível do canino inferior esquerdo que tem crescido lentamente sem trazer sintomas apreciáveis, a não ser o de aumento de volume local. Procurou o dentista que já o havia tratado, recebendo o conselho de procurar serviços médicos.

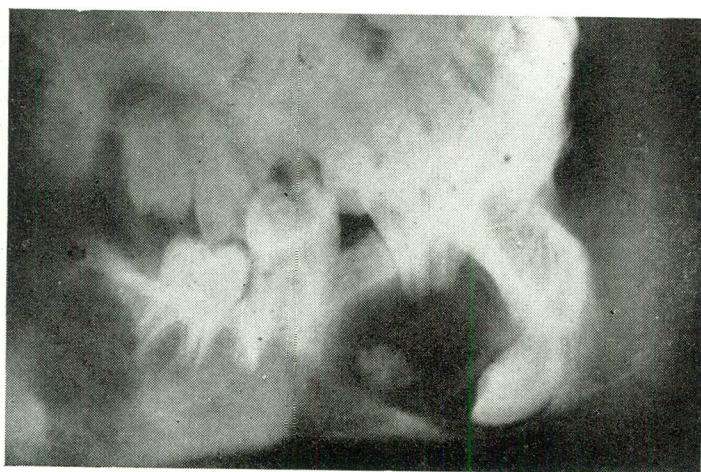
Exame local: — Apresenta tumor no hemiramo horizontal esquerdo da mandíbula. A pele, que o recobre, não mostra qualquer alteração. Pela palpação externa, verifica-se tumor globoso, de consistência mole, mórmente na parte central. Para adiante, limita-se com o mento, ultrapassando o *rafé* além de 2 cms.; para trás, atinge a metade do ramo horizontal da mandíbula; para fora levanta o sulco gengivo-labial, numa extensão de 2 dedos transversos; para baixo, excede o bordo inferior da mandíbula. Pelo exame endobucal, verifica-se que é recoberto de mucosa lisa, distendida e de consistência mole com conteúdo líquido, tenso. Apresenta cápsula formada de fina lâmina óssea, como casca de ovo, já rota em certos pontos. O volume, sede e limites, correspondem aos descritos externamente, sendo que o tumor desenvolve-se a custa de lâmina óssea externa da mandíbula, e é limitado para cima pela fileira dentária desse lado. No rebordo alveolar inferior desse mesmo lado, verifica-se a ausência do canino.

Radiografia: — “Lesão osteolítica, de aspecto cístico, ocupando a metade anterior do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, dando aspecto de vidro soprado e contendo um dente em fase avançada de desenvolvimento. Cisto folicular dentígero?”. (a) *Evaristo Machado*.

Tratamento: — Operado em 3-10-47 sob anestesia local pelos Drs. Mario Kroeff e Turibio Braz. Abertura do tumor por trepanação da tábua externa da mandíbula no sulco lábio-gengival. A cavidade cística cuja parede estava constituída de fina lâmina óssea como casca de ovo, foi curetada de modo a ser extirpada toda a cápsula que a revestia. Esta foi eliminada quase por inteiro. O canino incluso na parede óssea foi removido por osteotomia. Regularização com pinça goiva do rebordo ósseo resultante da trepanação. Sulfamida local. Drenagem com gaze.



Reg. 9.899. — Tumor cístico mole, flutuante, do rebordo alveolar inferior esquerdo com ausência do canino na arcada dentária. Cisto folicular dentígero.



Reg. 9.899. — A lesão osteolítica, de aspecto cístico, ocupando a metade anterior do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, dando aspecto de "vidro soprado", e contendo um dente em fase avançada de desenvolvimento. Cisto folicular dentígero ?

ADAMANTINOMAS

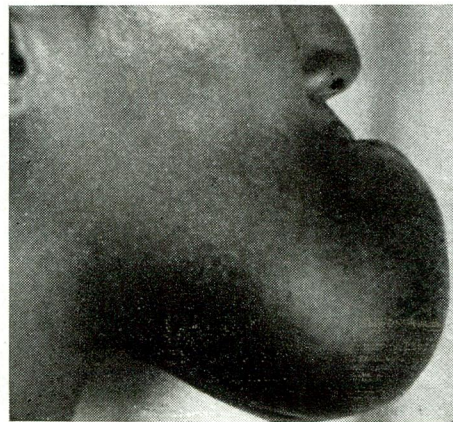
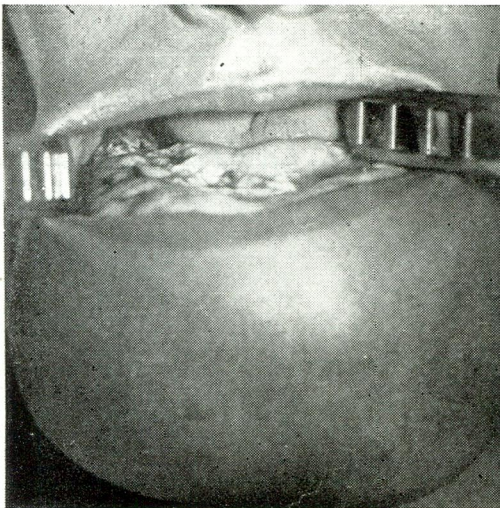
Os adamantinomas ou epitelomas adamantinos são formações epiteliais próprias dos maxilares, de origem ligada à odontogénia.

Clinica : — Tumores relativamente raros e encontrados de preferência nos indivíduos de raça preta. Constituem 12% de

tôdas as formações tumorosas que aparecem nos maxilares. Maior frequência encontra-se na mulher (dois terços) e o aparecimento verifica-se entre 8 e 25 anos. Há casos raros iniciados aos 60 (Coste) e 70 anos (Beohning). São mais comuns na mandíbula do que no maxilar superior, na proporção de um para seis, segundo Geschicter. Crescem lentamente, sem acarretar perturbações de ordem funcional.

Aparecem sob duas formas clínicas : a sólida, com predileção para o maxilar superior, menos frequente e mais grave ; a cística, de localização mandibular, de relativa benignidade. Essa última forma, tanto é composta de uma só cavidade (monocística), como de múltiplas (policística). O conteúdo constitui-se de líquido fluido ou xaroposo, amarelado, com partículas calcáreas que são remanescentes de esmalte imperfeito. Os adamantinomas profundos

mesmo 38 anos (Albarran). Quanto mais vagaroso fôr o crescimento, maior a benignidade. Das duas formas referidas, a cística é a que atinge maiores proporções, produzindo então monstruosas deformidades. Em contraposição, as formas sólidas crescem habitualmente de modo rápido e, como se localizam de preferência no maxilar superior, invadem logo o antro, o nasofaringe e a órbita, dando perturbações visuais, auditivas e até respiratórias.



Reg. 9.830. — Tumor da mandíbula tomando o mento e espessando largamente o rebordo alveolar, adamantinoma.

ou centrais localizam-se no interior dos maxilares, sempre em relação com o ligamento circum-dentário e ápice alveolar. Os adamantinomas superficiais, pouco frequentes, desenvolvem-se no rebordo alveolar, com aspecto de tumor césil ou de épu-lis adamantino.

De acôrdo com a localização, os adamantinomas podem ser tópicos ou ectópicos. Os primeiros desenvolvem-se nos maxilares e os segundos, também chamados aberrantes, são encontrados geralmente na tibia, no ovário e no conduto hipofisário.

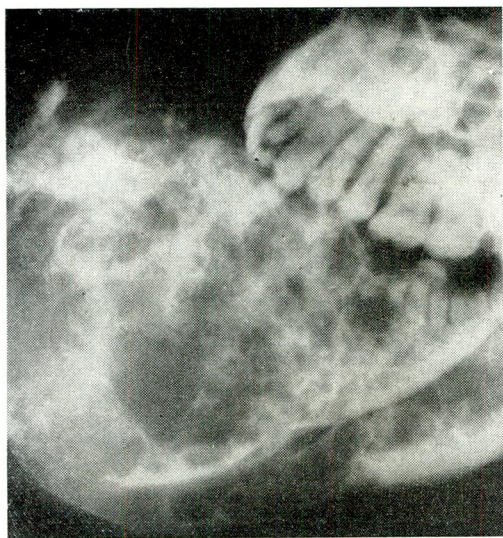
Crescem lentamente, o que constitui característico próprio. Há casos de 18, 25 e

O diagnóstico baseia-se na história clínica, onde usualmente se encontra passado dentário (odontologia). A sede e evolução têm valor como elemento diagnóstico. O tumor mostra-se duro nas formas sólidas e elástico, depressível nas císticas. Nestas, a punção exploradora fornece líquido claro e xaroposo.

Quadro histológico : Os adamantinomas têm origem nos restos peridentais ou resíduos dos elementos formadores dos dentes (Malassez). Histologicamente mostram aspecto diferentes : ou dispõem-se os elementos celulares em forma de coluna sôbre denso tecido conjuntivo (palissadas), ou

mais raramente tomam aspecto de estrutura glandular com aparência de adenocarcinoma. Às vezes a predominância do elemento conjuntivo, entremeado de células epiteliais, dá também a imagem dos sarcomas, o que leva não raro à confusão.

Quadro radiológico é de tumor que expande o osso e composto de formações císticas, umas maiores outras menores, conforme a constituição tumoral tende para estrutura mais sólida ou mais cística.



Reg. 9.830. — Adamantinoma. Considerável aumento dos ramos horizontais da mandíbula que apresentam aspecto radiológico policístico

O aspecto radiológico é semelhante ao dos mioleplaxomas e muitas vezes difícil o diagnóstico. Como nestes, a cortical é afinada, mas geralmente conservada, não havendo rutura. Sempre reforçada por proliferação que vai substituindo a antiga, ela é distendida pelas formações císticas. Fóra dos bordos da lesão, o osso mostra-se normal sem descalcificação, nem hiperostose. Enfim, é a nitidez dos limites, a expansão como osso soprado, as lojas císticas, a distensão da cortical que formam o característico dos adamantinomas.

O *prognóstico* é bom, nos tumores de longa e média evolução, nas formas císti-

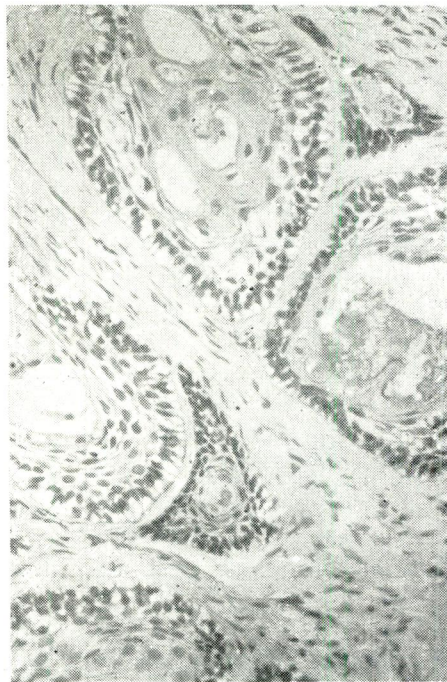
cas e na localização mandibular. Nos adamantinomas sólidos do maxilar superior, o prognóstico deve ser reservado, mórmente nos que se desenvolvem na profundidade, invadindo os órgãos vizinhos. Apesar de seu caráter de relativa benignidade, são tumores passíveis de degeneração maligna, principalmente nas formas sólidas.

O *tratamento* cirúrgico é o único indicado nessa classe de tumores e a cirurgia radical consegue 80% de curas. O tumor deve ser removido por inteiro, pois em caso contrário pode haver recidiva. Os fragmentos de tumor deixados no campo operatório provocam reprodução que se faz às vezes depois de vários anos. Estes, como na formação primitiva, em geral evoluem lentamente.

ADAMANTINOMA

Registo n.º 9.830 — F. C. J., mulher de 26 anos, parda, foi internada no Serviço em 27-8-1947.

Moléstia atual: — Há 14 anos, notou no rebordo alveolar dos incisivos inferiores, pequena



elevação que cresceu lentamente, invadindo a gengiva. O processo evoluiu espessando o mento e deformando a face, sem que sentisse qualquer incômodo. Há 3 meses, a tumefação fistulizou-se acompanhado de dores locais. Até hoje nenhum tratamento.

Exame local: — À inspecção da face, verifica-se volumoso tumor abrangendo a região mentoniana e estendendo-se lateralmente aos ramos mandibulares, com acentuada deformação facial. A pele, que o recobre, é de aspecto normal. Pela inspecção endo-bucal, verifica-se acentuado alargamento do rebordo alveolar inferior, — cerca de quatro dedos. Na altura da implantação dos incisivos medianos, um orifício fistuloso dá saída a líquido amarelo citrino e xaroposo. Ausência de dentes em toda a arcada inferior. Pela palpação, o tumor é de consistência dura, apresentando áreas amolecidas nas porções mais elevadas. Faz parte integrante do plano ósseo com prolongamento para o assoalho da boca. É indolor e a mucosa, que o reveste, apresenta-se espessada, dura, fibrosa. Ausência de adenopatias palpáveis nas regiões submaxilares e cervicais.

Exame radiológico da mandíbula: — “Considerável aumento dos ramos horizontais da mandíbula que apresentam aspecto radiológico policístico. Tumor de células gigantes”. (a) *Evaristo Machado.*

Biópsia: — Adamantinoma — B. 4.066.

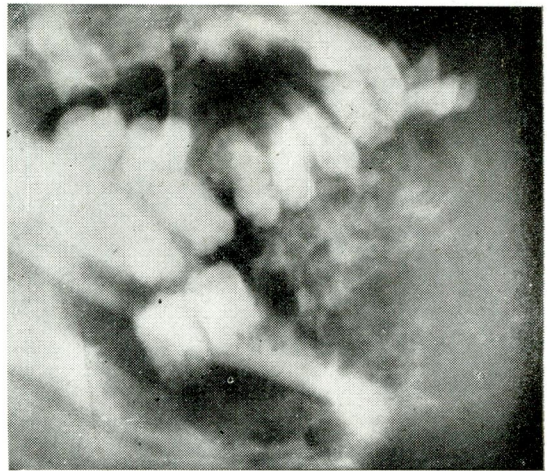
Tratamento: — A doente está em curso de tratamento, tendo sido feito o primeiro tempo operatório: ressecção parcial da mandíbula.

ADAMANTINOMA

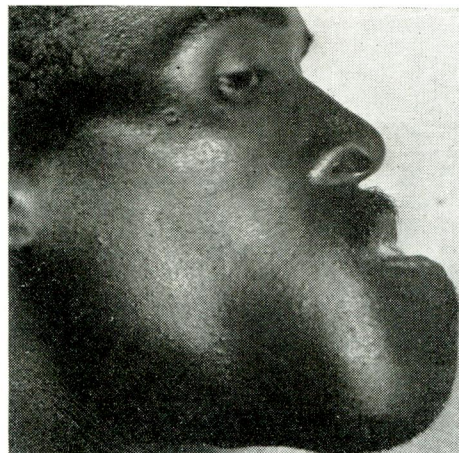
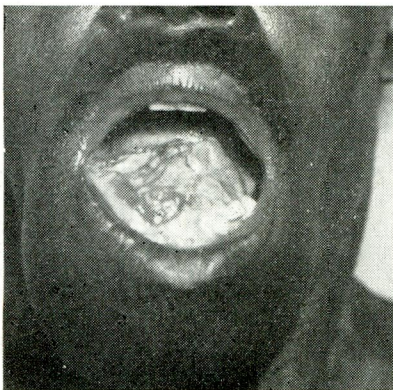
Registro 8.337 — A. C., homem, preto, 42 anos procurou o Serviço em 3-9-1946.

Moléstia atual: — Data sua doença de 10 anos. Começou com pequeno tumor do rebordo gengival inferior que cresceu paulatinamente. Tomou as dimensões atuais sem lhe causar qualquer incômodo.

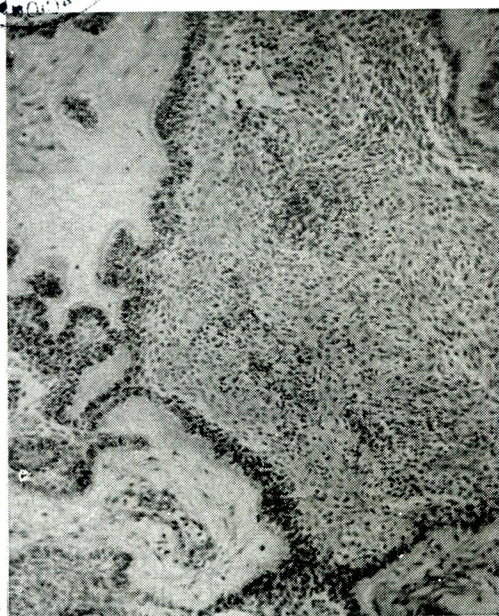
Exame local: — Pela inspecção, observa-se acentuada deformação facial caracterizada pela presença de um tumor do mento. À palpação, é duro, indolor e faz corpo com o plano ósseo.



Reg. 8.337. — Radiog. antes da operação



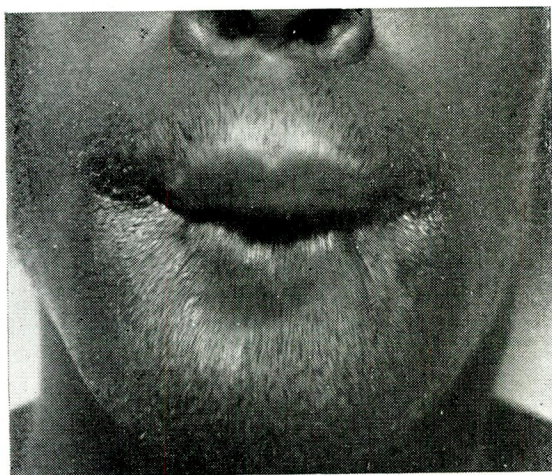
Reg. 8.337. — Grande tumor do mento, fazendo parte integrante do plano ósseo e triplicando a espessura do rebordo alveolar.



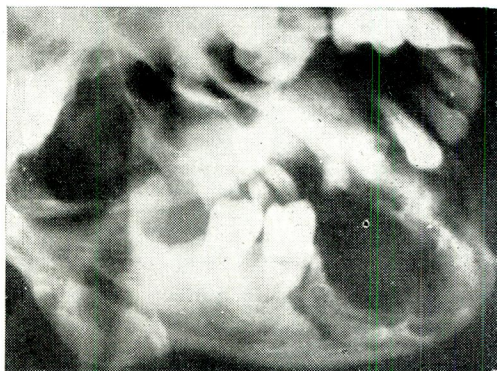
Reg. 8.337. — Adamantinoma.

A inspecção endo-bucal mostra que ocupa o rebordo alveolar inferior em grande extensão e parte do assoalho da boca. A mucosa, distendida e brilhante, não está ulcerada. Pelo toque, a tumefação é de consistência elástica em alguns pontos e dura em outros.

Exame radiológico da mandíbula: — “Formação tumerosa exuberante de aspecto grosseiramente policístico, ocupando a região mentoniana



Reg. 8.337. — Mesmo caso anterior, depois de operado. Ressecção segmentar da mandíbula praticada com a electrocoagulação. Ainda não houve eliminação do sequestro resultante da coagulação.



Reg. 8.337. — Radiog. depois da operação

e cerca dos 2/3 anteriores dos ramos horizontais, com conservação de bordo inferior. Adamantinoma?” (a) *Evaristo Machado*.

Biópsia: — Adamantinoma.

Tratamento: — Operado em 23-10-1946 sob anestesia troncular (dentários inferiores). Coagulação do tumor em toda sua extensão, deixando a descoberto largo segmento ósseo. Operadores: M. Kroeff e J. Marsillac. A sequência operatória procedeu-se sem acidentes. O doente teve alta em 28-10-1946, aguardando ainda a eliminação do sequestro mandibular. Revisto em 4-12-1946, o sequestro ainda se achava preso às partes vivas.

Não voltou mais ao Serviço.

ADAMANTINOMA

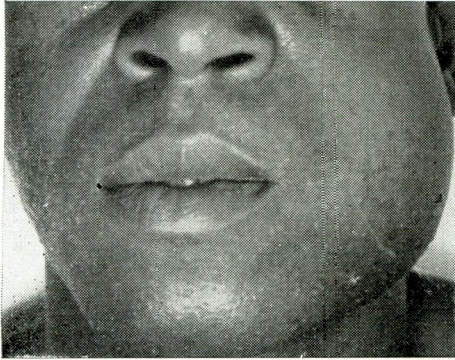
Reg. 275 — Homem, preto, de 35 anos, procurou nosso Serviço em 17-11-1939.

Doença atual: — Data de 14 anos. Início com dores nos molares e pré-molares inferiores esquerdos. Aparecimento de um tumor na região dolorosa, que veio a furo espontaneamente e deu evasão a líquido sero-purulento. Depois deste fato, passou bem durante 20 dias, quando se repetiram as dores dentárias e a inchação do rosto, formando-se novo tumor tal como acontecera na primeira vez. Passada essa segunda crise, notou a presença de nódulos indolores, presos à mandíbula, com as dimensões de um grão de azeitona. Cresceram gradativamente até alcançar no fim de 14 anos, as dimensões atuais. Não obstante seu tamanho, o tumor não o incomoda. Alarmado ultimamente com o volume da tumefação, procurou o Hospital Carlos Chagas, onde lhe extraíram 3 molares e o 2.º pré-molar esquerdo. Foi enviado ao nosso Serviço pelo diretor daquele Hospital, Dr. S. Brauner.

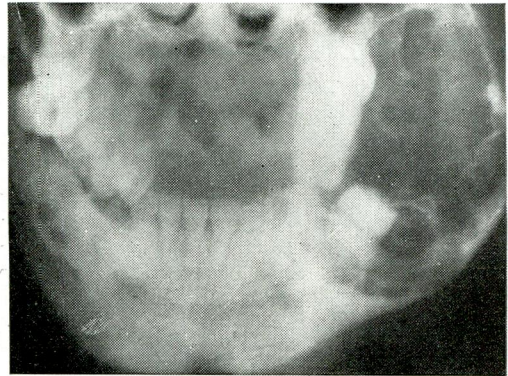


Exame local: — À inspecção, observa-se formação tumerosa na face, ocupando parte da região geniana esquerda. É arredondada, recoberta por pele íntegra, com discreta vascularização venosa superficial. A massa acompanha a man-

tência óssea, fazendo parte integrante da mandíbula. A pele que o recobre, conserva seus caracteres, sem aderências. Nota-se a presença de um nódulo ganglionar, móvel, das dimensões de uma azeitona e localizado por trás do sub-ângulo. À

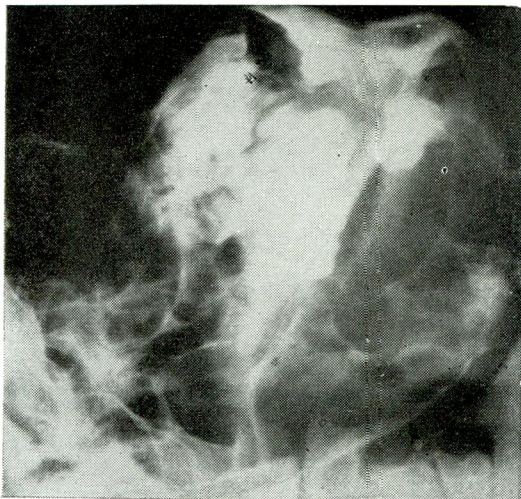


Reg. 275. — Tumor da face. Adamantinoma.



Reg. 275. — Tumor da face. Adamantinoma cístico da mandíbula.

díbula quando o doente abre e fecha a boca. Estende-se desde o sub ângulo e ramo montante da mandíbula, até a altura do canino inferior esquerdo. Na cavidade bucal nenhuma ulceração se verifica na mucosa alveolar que se mostra distendida. Aí sua coloração é de cor roxa-avermelhada, tendo nítidas e escavadas as impressões dos dentes superiores. À palpação externa, cutânea, sente-se que o tumor é indolor, duro, de consis-



Reg. 275. — Radiografia da mandíbula. Grande alteração na estrutura do ramo horizontal e parte do ramo ascendente. A estrutura reticulada foi substituída por grandes zonas rádio-transparentes de aspecto cístico.



Reg. 275. — Adamantinoma. Formação constituída por elementos epiteliaes, limitada por camada de células que se dispõem em palissada.

palpação interna, endo-bucal, através da região vestibular, sente-se o tumor como descrito acima. A taboa interna da mandíbula não foi comprometida.

Exame radiológico: — Grande alteração na estrutura do ramo horizontal e parte do ramo substituída por grandes zonas radio-transparentes de aspecto cístico, em seus delimites, processos de reação esclerótica. (as) *Evaristo Machado.*

A *biópsia* evidenciou — Adamantinoma (as) *A. Fialho.*

Tratamento: — Operado em 19-12-1939, sob anestesia troncular, pelos Drs. Mario Kroeff e Turibio Braz. Foi praticada a trepanação e coagulação do tumor, sendo para isso introduzido o eletródio entre as duas táboas da mandíbula.

Resultado: — Sequência operatória sem acidentes. Alta em estado de cura clínica. Sem notícias posteriores.

ADAMANTINOMA CÍSTICO DA MANDÍBULA

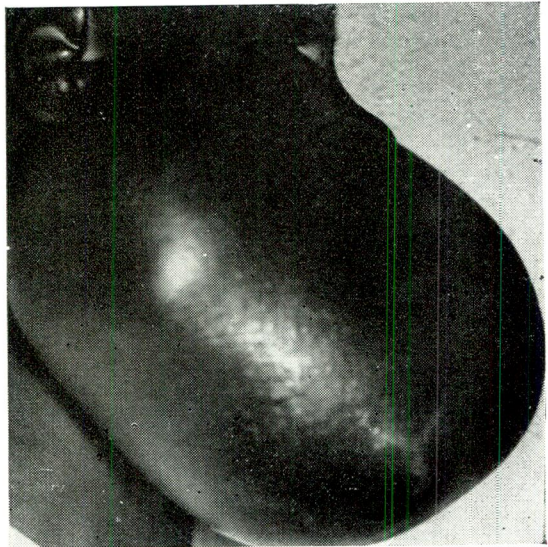
Registo 7782 — Mulher de 26 anos, preta, procurou o Serviço em 5-4-46.

Doença atual: Há 8 anos, notou na face externa do mento a presença de pequeno tumor, duro e indolor, que aumentou gradativamente de volume até tomar as dimensões atuais. De uma semana para cá, passou a ser doloroso.



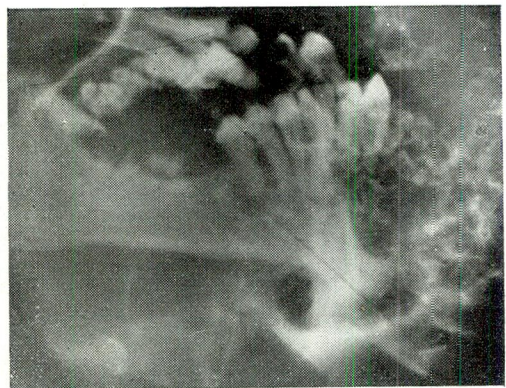
Reg. 7.782. — Volumoso tumor que toma a hemi-face direita e faz parte integrante da mandíbula. Note-se a irregularidade na implantação dentária. Adamantinoma.

Exame local: À simples inspeção, observa-se considerável deformação facial, causada por volumoso tumor como uma cabeça de feto a termo, ocupando tôda a hemi-face direita, desde a mas-



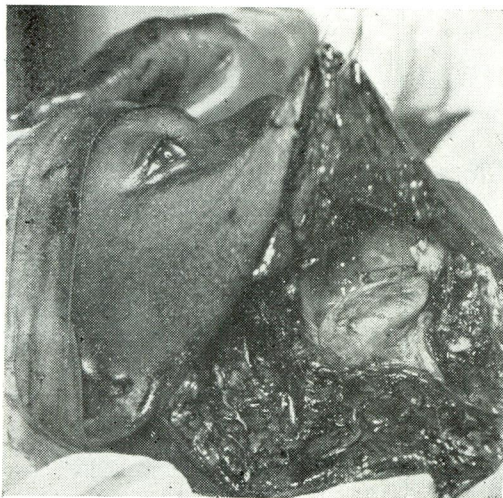
Reg. 7.782. — Mesmo caso, visto de perfil.

toide à região mentoniana. Mede 25x15 cms. A metade labial direita, acompanhando o relevo do tumor, está desviada para a esquerda, deformando completamente a bôca. À palpação, o tu-



Reg. 7.782. — A massa tumerosa interessa a hemi-mandíbula direita deslocada de seu eixo com seus diâmetros alargados. O tumor destruiu o osso, formando cistos de tamanhos variados, com os seus septos destruídos.

mor é indolor, intimamente preso à mandíbula, de consistência dura e elástica. A inspeção endo-bucal revela a presença de um prolongamento do tumor externo, tomando todo o assoalho e revestido por mucosa de aparência normal. Arcada

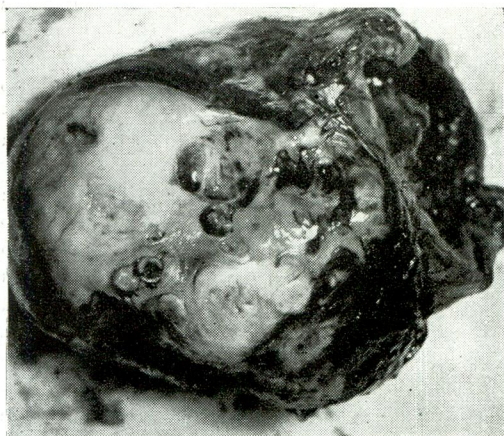


Reg. 7.782. — Foto durante o ato operatório. Vê-se a língua exposta em toda a sua extensão.

dentária inferior direita acha-se deformada, estando os dentes deslocados de suas sédes e implantados irregularmente. A língua apresenta-se recalcada para traz e para a esquerda, quasi por traz da saliência tumerosa. Ausência de adenopatias.

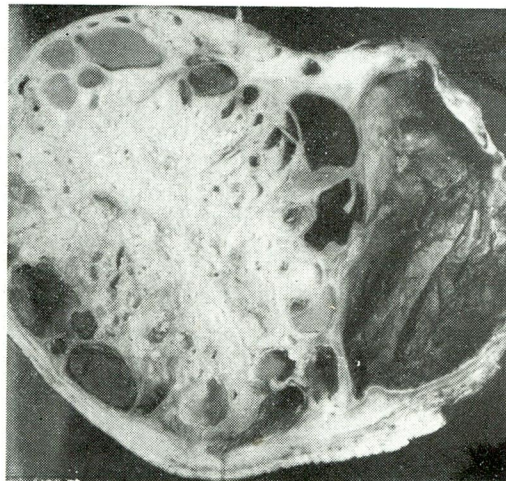
Radiografia da mandíbula: "A massa tumerosa interessa a hemi-mandíbula direita que tem todos os seus diâmetros consideradamente alargados. O tumor destruiu o osso, formando cistos de tamanhos variados, atualmente com seus séptos já destruídos. Tumor de células gigantes?" (E. Machado.)

Biópsia — Adamantinoma.



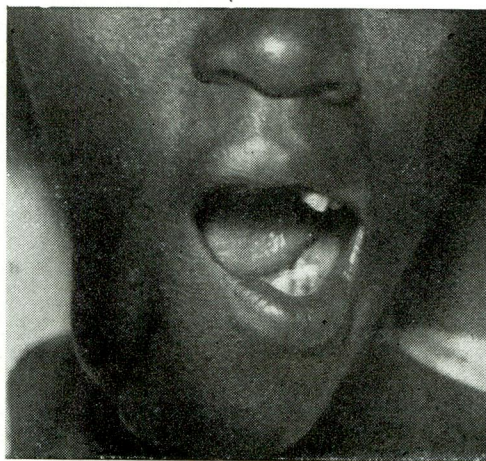
Reg. 7.782. — A peça operatória tal qual foi removida e vista por sua face endo-bucal.

Tratamento: Sob anestesia troncular, foi operada (hemi-seção da mandíbula) em 29-4-46 pelos Drs. Mário Kroeff e João Vianna. Seqüência operatória normal. Alta em 1-6-46 para o Asilo.



Reg. 7.782. — Córte da peça operatória. Observam-se as formações poli-císticas-evidenciadas no exame radiológico.

O exame histopatológico da peça revelou: Adamantinoma cístico (A. Fialho). Alta em 12-6-46. O doente em seguida desapareceu.



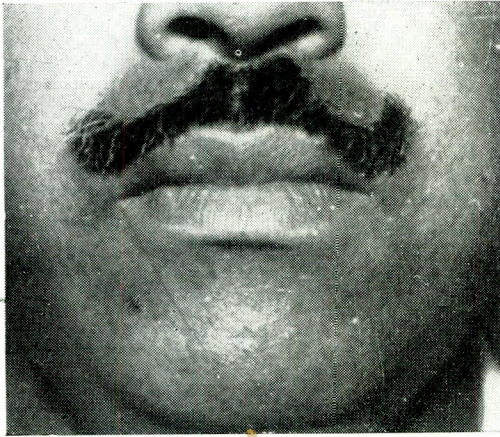
Reg. 7.782. — A doente vista no dia da alta do Serviço.

ADAMANTINOMA

Registro n.º 1.219 — Homem, preto, de 39 anos, procurou o Serviço em 17-4-944.

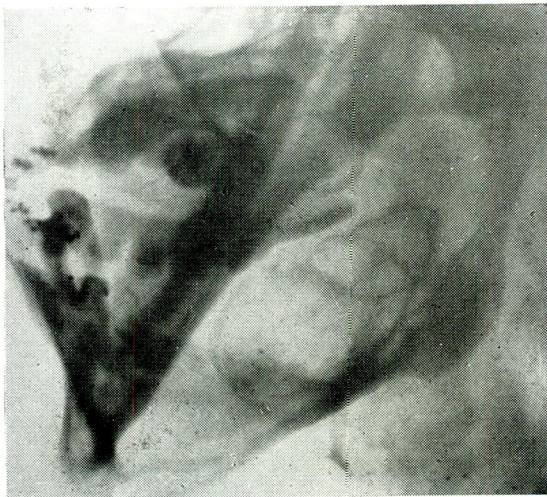
Doença autal: — Há 3 meses, dores em correspondência ao dente de siso inferior esquerdo. A princípio fracas, aumentaram de intensidade,

tornando-se insuportáveis. Procurou um dentista, que radiografou o referido dente, revelando a existência de um granuloma. Por esta razão foi praticada a evulsão do dente e as dores desapareceram.



Reg. 1.219. — Tumefação da região geniana esquerda, em conexão com o ramo mandibular.

ram. Três meses após, verificou inchação progressiva da bochecha, fato que se processou sem dor ou outra perturbação qualquer. Indo novamente ao dentista, a região doente foi radiografada e aí



Reg. 1.219. — Mesmo caso da figura anterior. Formação de aspecto poli-cístico, localizada no ângulo da mandíbula com invasão do rebordo alveolar.

verificada a presença de tumor. Este foi incisado, dando saída a sangue. Permaneceu curado durante 6 meses, findo os quais, novo aumento de volume começou a processar-se no mesmo local,

atingindo dimensões iguais às anteriores. Nova operação foi realizada, sendo que desta vez o tumor se refez em pouco tempo. Em vista desse fato, o dentista aconselhou o enfermo a procurar tratamento médico.

Exame local: — Pela inspecção, nota-se acentuada assimetria facial correspondente à região geniana esquerda por tumefação comparável a um limão e recoberta de pele de características normais. Pelo exame endo-bucal, verifica-se a ausência dos grandes molares e segundo pré-molar inferiores esquerdos e, no local da falha dentária, uma tumefação recoberta de mucosa de cor normal. Esta apresenta cicatriz conseqüente a operações anteriormente realizadas. Pela palpação, a parte interna do tumor é de consistência dura e indolor enquanto que a metade externa é de consistência mole, elástica e dolorosa à pressão. Ausência de adenopatias sub-maxilares e cervicais.

Radiografia da mandíbula: — “Revela tumefação de aspecto cístico, ocupando o rebordo alveolar e o ângulo da mandíbula esquerdos com aspecto levemente “soufflé”. A imagem radiológica é habitual dos adamantinomas e dos tumores de células gigantes”. (a) Evaristo Machado.

Biópsia: — Adamantinoma. B. 1.421.

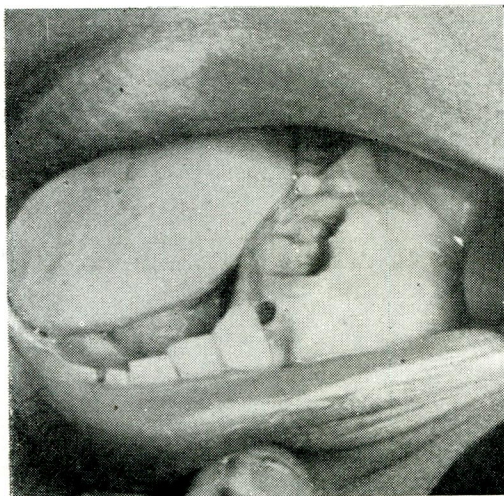
Tratamento: — O doente foi operado em 24-4-44 sob anestesia local tendo sido praticada trepanação, curetagem e coagulação do tumor mandibular. Seqüência operatória sem acidentes dignos de nota. Operadores: Alberto Coutinho e Turió Braz.

ADAMANTINOMA

Registro n.º 1.081 — Mulher preta, de 23 anos, procurou o Serviço em 24-9-1943.

Doença atual: — Há um ano., sentiu fortes dores, ao nível do primeiro molar inferior esquerdo. Extraíu o dente e ficou boa. Alguns dias depois, notou no local do dente retirado, pequeno nódulo que se desenvolveu lenta e progressivamente a ponto de fazer saliência na face externa do ramo horizontal esquerdo da mandíbula.

Exame local: — À inspecção, observa-se na hemiface esquerda tumor do tamanho de um ovo de galinha, estendendo-se da comissura labial ao bordo anterior da região masseterina. Por seu bordo inferior, confunde-se com o ramo horizontal da mandíbula. Na boca, verifica-se ao nível dos pré-molares inferiores esquerdos, uma superfície ulcerada, róxo-avermelhada, de bordos nítidos. Esta formação, ao mesmo tempo abaúla-se para fora; na dobra geniana, também desloca para a boca a táboa interna do osso, de um e meio centímetro. A palpação cutânea e mucosa revela que



Reg. 1.081. — Tumor do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, abaulando a mucosa gengival e das proporções de um ovo de galinha. Adamantinoma.

o tumor é duro, de superfície lisa, fazendo corpo com a mandíbula. Não é doloroso. Apalpando-se a mandíbula com os dedos em pinça, mede-se a espessura do tumor, avaliada em dois centímetros.

Radiografia: — “Tumor osteolítico, de estrutura areolar, estendendo-se do canino ao 3.^o molar esquerdo e tomando tódá a altura da mandíbula. Compromete a parte anterior do canal dentário e deixa livre apenas o rebordo inferior do osso. Adamantinoma cístico? (E. Machado.)



Reg. 1.081. — Tumor osteolítico do ramo horizontal da mandíbula, abaulando a mucosa gengival e das proporções e conservada.

Biópsia: — Adamantinoma (F. Fialho).

Tratamento: — Operada em 27-9-943 sob anestesia troncular, por Alberto Coutinho e Getúlio Silva; foi praticada a coagulação de tódá porção afetada do osso. Seqüência operatória normal. Alta em 29-10-943.

ODONTOMAS

Dos tumores da série dentária o odontoma representa o tipo mais diferenciado pois se origina do tecido dentário adulto ou em fase de adiantado desenvolvimento. São divididos em duas categorias, segundo a sua séde em relação ao dente: odontoma da coroa e odontoma da raiz. Quanto à consistência podem ser classificados em: *odontoma mole* e o *odontoma duro*, predominando no primeiro caso as partes conjuntivas formadoras dos dentes e no segundo, a dentina. Localizam-se preferentemente no maxilar inferior ao nível dos molares e particularmente próximo ao ângulo da mandíbula. Muitas vèzes é atribuído à má formação dentária ou deslocamento de um molar; todavia o fato pode estar ligado ao desenvolvimento de um odontoma da raiz que ocasiona o desvio e a expulsão do dente.

Os odontomas são constituídos preferentemente de mistura esmalte — marfim, podendo o quadro histológico surpreender êsses tecidos em várias fases de desenvolvimento.

Os odontomas evoluem lentamente, sem causar sintomas particulares. Provocam deformação, expulsão de dentes, dôres por compressão, aliás fenômenos, presentes em quase tódas as formações de origem dentárias. O exame radiológico evidencia tumor endostal de aspecto regular, grande densidade e sem extrutura.

O tratamento é exclusivamente cirúrgico e consiste na extirpação do tumor, quer por enucleação, quer por ressecção.

ODONTOMA CÍSTICO

Registo 9.996 — Mulher preta, de 34 anos, procurou o Serviço em 22-9-1947.

Doença atual: — Data de 30 dias. Dormência e tumefação do rebordo gengival inferior esquerdo. Procurou logo um dentista que desaconselhou o uso da chapa dentária, porque a mesma dava escoamento de secreção purulenta. Melhorou da inchação gengival, logo que retirou a cha-

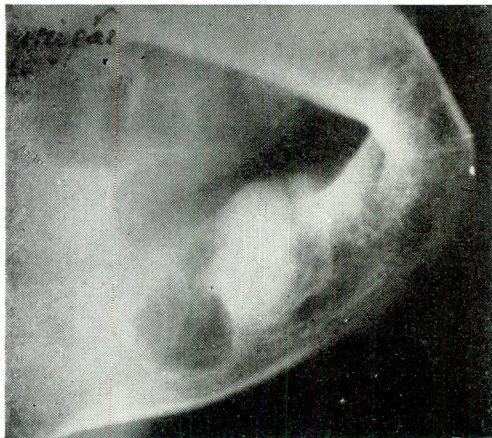
pa. Acompanhada de seu dentista, veio a nosso Serviço.

Exame local : — Observa-se pela inspeção bucal, o rebordo gengival inferior esquerdo aumen-



Reg. 9.966. — Tumor do rebordo alveolar esquerdo. Odontoma cístico.

tado de volume, espessado, formando tumefação difusa, lisa, regular em toda a extensão do ramo mandibular. À palpação, sente-se nódulo duro e



Reg. 9.966. — Área de condensação intensa, bem delimitada, na região dos pré-molares, cujo limite posterior corresponde ao contorno anterior de outra imagem radio-transparente de aspecto cístico. Odontoma cístico?

móvel, pouco doloroso, do tamanho de uma amêndoa, no bordo inferior da mandíbula esquerda.

Radiografia : — Área de condensação intensa, bem delimitada, na região dos pré-molares infe-

riores esquerdos, cujo limite posterior corresponde ao contorno anterior de outra imagem radiotransparente de aspecto cístico. Odontoma cístico? (as.) *Evaristo Machado*.

Biópsia — “Tecido ósseo, muito denso, com traves dispostas desordenadamente” Osteoma? Cimentoma? *F. Fialho*.

TRATAMENTO : — A doente foi operada em 29-10-1947 sob anestesia local pelos Drs. Alberto Coutinho e Amador C. Campos. Com o bisturi elétrico praticou-se incisão longitudinal sobre o



Reg. 9.966. — Tecido ósseo, muito denso, com traves expostas desordenadamente. Osteoma, cimentoma?

tumor do rebordo alveolar inferior esquerdo. Os retalhos mucosos foram descolados, sendo que o externo até o bordo inferior da mandíbula. Isto feito, com escopro e martelo foi trepanado o plano ósseo de modo a circunscrever-se a lesão que pode ser removida num só bloco. O tumor, de aparência óssea, apresentava em sua face profunda, tecido de aspecto epitelióide. Profundamente, no ângulo mandibular, havia formação fungosa. Removida com cureta, dava impressão de restos dentários. Tamponamento da loja resultante após pulverização com sulfamida.

Quando então a fibromatose difusa. Encontra-se fibroma em qualquer órgão da economia, especialmente na pele, mucosa, ossos, nervos. De origem ainda desconhecida, acham-se ligados a distúrbios neurogenicos, transtornos funcionais das glândulas de secreção interna (hipófise, supra-renal, tireóide), tal como se encontra no quadro típico e sistemático da neurofibromatose cutânea, denominada também doença de Recklinghausen.

Os fibromas são tumores benignos, bem delimitados, escapsulados, de consistência variável, evolução lenta e raramente recidivam após a extirpação total.

Os fibromas dos maxilares, tanto se originam na intimidade óssea, forma central, como no rebordo alveolar, forma periférica. Nestes casos, apresentam, muitas vezes, a forma pediculada, formando o chamado épulis fibroso.

Quadro radiológico: — A imagem assemelha-se à dos mieloplaxomas. Cortical conservada, nítida, delimitada, imagem de osso soprado, sem reação periostica. A estrutura interna é também policística, sendo que aqui as lojas são irregulares mal septadas, esfumaçadas ou granitadas. A rarefação óssea e a condensação são mais ou menos pronunciadas conforme a densidade do tecido fibromatoso, isto é, conforme o grau de ossificação e calcificação da massa tumerosa.

A confusão radiológica é muito frequente com os mieloplaxomas.

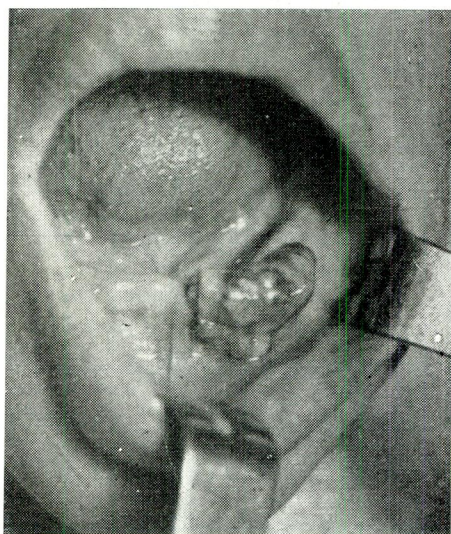
A *terapêutica* dos fibromas é cirúrgica. Na mandíbula a cirurgia pratica extirpação do tumor, ou ressecção parcial do osso com a lesão ou mesmo hemissecção mandibular, conforme o volume da tumefação. Quando incompletamente removidos, às vezes recidivam. Na maior parte dos casos, porem, com a ressecção parcial do tumor não aparece reprodução. A dissecação parcial dos fibromas ossificados rompendo a estrutura osteo-fibrosa e o equilíbrio evolutivo da formação que se acha sempre

presa e tensa numa cápsula ou cortical ainda resistente, corta o crescimento do tumor que passa a ficar estacionário na forma deixada pela osteotomia. Isso permite ressecção com finalidades plásticas imediatas, dando-se na exérese o molde que se quiser imprimir à fisionomia do paciente.

FIBROMA

Reg. 8.011 — M. C. M., mulher, branca, 45 anos, procurou o Serviço em 11-6-1946.

Moléstia atual — Há 15 anos, próximo à raiz do canino inferior esquerdo, surgiu pequeno tumor com aspécto de carne esponjosa. Procurou um dentista que extraiu o dente afetado e excisou



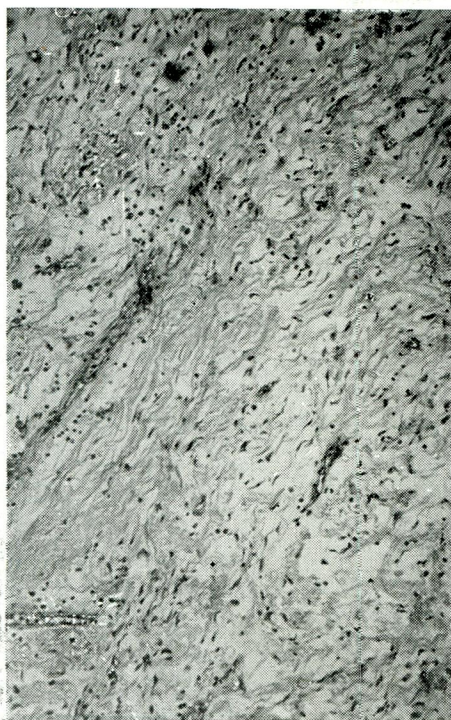
Reg. 8.011. — Pequeno tumor pediculado do rebordo alveolar inferior esquerdo. Épulis fibromatoso.

a formação tumerosa. Passado algum tempo, a vegetação recidivou e foi removida pela própria paciente. Meses após reapareceu, razão por que procurou o Serviço. Nunca teve dores locais, nem hemorragia.

Exame local — À inspecção, nota-se pequeno tumor das dimensões de uma azeitona, de coloração avermelhada, irregular, pediculado, localizado no rebordo alveolar na altura do canino inferior esquerdo. Pela palpação, o tumor é de consistência mole, indolor e móvel em torno de seu pedículo.

Biópsia — Fibroma (épulis fibromatoso).

Nota — A doente não voltou ao Serviço após a biópsia.

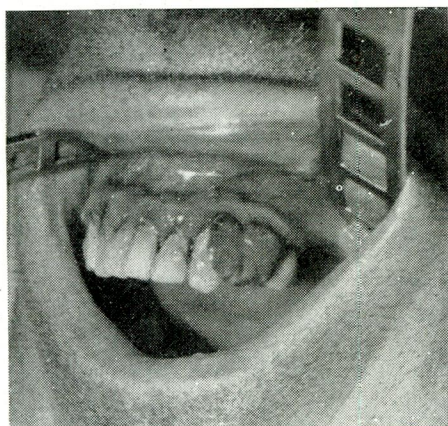


Reg. 8.011. — Fibroma.

FIBROMA

Reg.: 9.350 — A. M. E., homem, 34 anos, branco, procurou o Serviço em 12-5-1947.

Moléstia atual: — Há alguns meses, notou pequena carnosidade entre os dentes inferiores



Reg. 9.350. — Tumor pediculado do rebordo alveolar inferior direito. Épulis fibro-angiomatoso.

direitos. Foi extirpada a bisturi e coagulada sua base. A doença reproduziu-se no fim de pouco tempo.

Exame local: — À inspeção da cavidade bucal, observa-se pequeno tumor, arroxeado, de 2 cms. de espessura, vegetante, no rebordo alveolar inferior direito, entre o canino e o 2.º pré-molar. É pediculado, mas sua base continua-se na face lingual da gengiva, formando outra vegetação com as mesmas características. À palpação, o tumor é elástico e preso à mucosa gengival.

Biópsia: — Fibroma (Épulis fibro-angiomatoso).

Tratamento: — Eletro-coagulação do tumor e evulsão do canino e do pré-molar inferiores direitos. Cura.



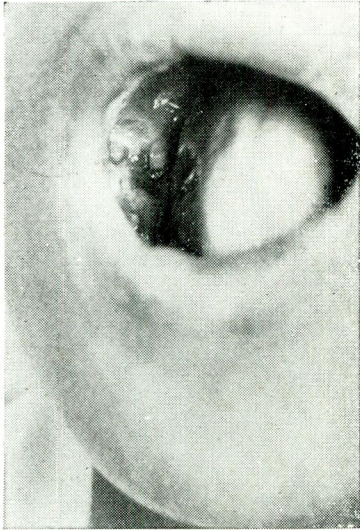
Reg. 187. — Grande tumor que compromete todo o ramo horizontal direito da mandíbula — Fibroma.

FIBROMA

Reg.: 187 — Mulher, 19 anos, preta, procurou o Serviço em 12-7-1939.

Moléstia atual: — Há 18 meses, teve dor de dente ao nível do 2.º molar inferior direito. Decorridos alguns meses, o referido dente foi expelido naturalmente e na cavidade resultante surgiu pequena formação carnosa que passou a crescer até tomar as dimensões atuais. Ocupa hoje o tumor grande parte da cavidade bucal e deforma-lhe a face.

Exame local: — À inspecção, nota-se acentuada assimetria facial, motivada por volumoso tumor, de formação óssea, superfície lisa, localiza-



Reg. 187. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado. O tumor coagulado e a mandíbula, sem deformação, guarda íntegro o eixo ósseo.

do no rebordo alveolar direito. O tumor é duro, consistência lenhosa, fazendo corpo com a mandíbula. Na boca, um sulco longitudinal, correspon-



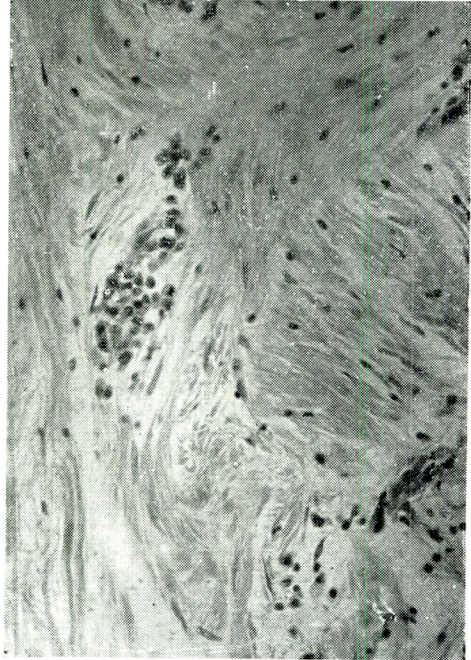
Reg. 187. — Mesmo caso da figura anterior, vendo-se conservado o arco mandibular e a simetria facial.

dente à marca que a arcada dentária superior imprime nêsse ponto.

Biópsia — Fibroma.

Tratamento: — Em 21-7-939, a doente foi operada sob narcose pelo Evipan tendo sido pra-

ticada a coagulação do tumor. A sequência operatória procedeu-se normalmente, tendo a doente obtido alta curada em 16-9-1939. Operadores Drs. Mário Kroeff e Luiz Carlos.



Reg. 187. — Fibroma.

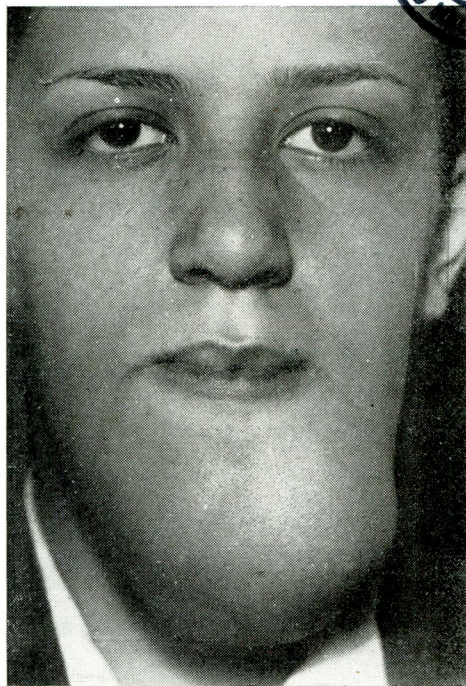
FIBROMA OSSIFICADO

Reg.: n.º 8.431 — Mulher, 16 anos, branca, procurou particularmente o Dr. Kroeff em 30-9-1946.

Moléstia atual: — Há 5 anos, notou aumento progressivo da mandíbula, mais do lado esquerdo, com certa dificuldade ao articular as palavras. A tumefação cresceu sem remissão e sem dores até o presente, deformando-lhe completamente a fisionomia.

Exame local: — À inspecção, nota-se acentuada assimetria facial, motivada por volumoso tumor da região mentoniana, liso, de contornos regulares, bosselado, do tamanho de uma laranja. Fazendo corpo com o eixo ósseo, é duro, indolor e recoberto de pele de aspecto normal.

Pela inspecção endo-bucal, verifica-se a existência de tumor ovóide, revestido de mucosa distendida e brilhante, tomando a porção anterior do arco mandibular e todo o assoalho da boca, de modo a recalcar inteiramente a língua para trás. Os dentes são mal implantados, dispostos em arcadas irregulares, sem articulação com a cadeia superior, impedindo a justa-posição dentária.



Reg. 8.431. — Considerável assimetria facial, motivada por volumoso tumor da região mentoniana. Fibroma.

A doente, sempre de boca aberta, usa continuamente um lenço à face para encobrir o defeito. Articula mal as palavras. Ausência de adenopatias sub maxilares e cervicais.



Reg. 8.431. — Radiografia em 10-4-46 — Imagem de tumor poli-cístico, irregular, esfumaçado, com cortical conservada e osso soprado, tomando todo o mento. Fibroma.

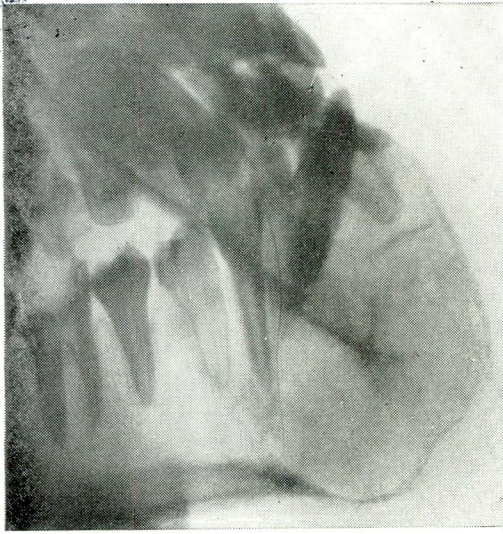
Radiografia da mandíbula: — Em 9-11-1945. “Volumosa néo-formação do mento e ramos da mandíbula na altura dos molares. Desenvolve-se principalmente no mento em sua porção esquerda. A delimitação do tumor é nítida, conservando íntegra a cortical, de direção sinuosa e conferindo à massa aspécto polilobado. A estrutura é de densidade inferior à óssea, com múltiplas áreas hipertransparentes e zonas de tonalidade cálcica. Não existe aspécto policístico dos tumores de células gigantes, ou dos adamantinomas. O aspécto é de tumor benigno da mandíbula — “Fibroma ossificante” (as.) Emílio Amorim.

Biópsia: — Procedida em 21-11-945 em São Paulo. — Fibroma ossificado. Ausência da malignidade.

Radiografia: — Feita em 1942, já revelára: — “Blastoma, ocupando o mento e estendendo-se igualmente para ambos os ramos da mandíbula até o primeiro grosso molar. Variedade osteolítica”. (as.) Duque Estrada.

Radiografia: — Em outubro de 1946 — Fibroma ossificante.

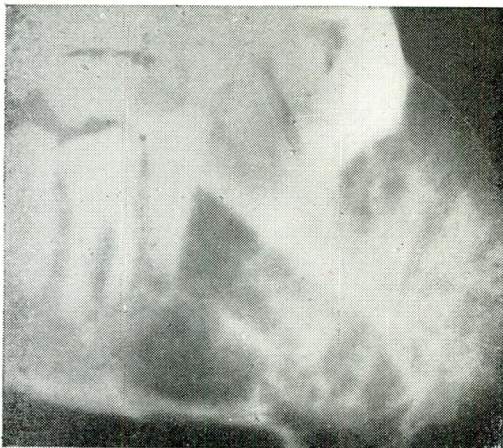
Tratamento: — Operada em 4 de outubro de 1946, sob nascose endovenosa pelo tionembutal. Procurando-se conservar intacta a mucosa genibial, isto é, o fundo de reflexão do lábio inferior,



Reg. 8.431. — Em 30-4-42. "Blastoma, ocupando o mento e estendendo-se igualmente para ambos os ramos da mandíbula até os primeiros grossos molares. Variedade osteolítica". (a) Duque Estrada.

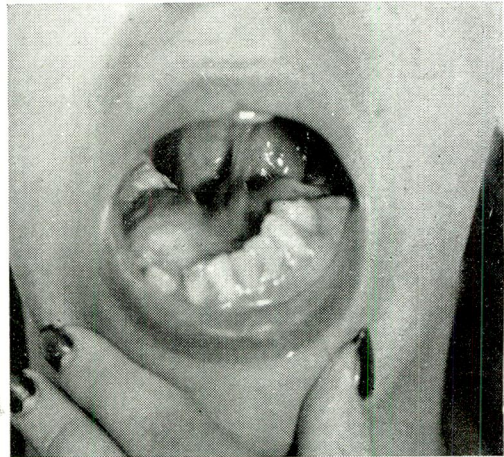
foi adotada via de acesso externa, a sub mentoniana. Incisão transversa de 6 centímetros por baixo do mento, de bordo a bordo, até os planos ósseos. Com escopro e martelo desbastou-se da saliência anterior uma porção óssea do tamanho de meia laranja, moldada na futura forma do mento, sem romper a mucosa lábio-geniana. Do mesmo modo, lateralmente foi removida toda a saliência óssea existente no bordo inferior dos ramos horizontais, tanto à esquerda como à direita.

Depois, na face posterior do osso, dentro do arco mandibular, sempre por via externa, sub

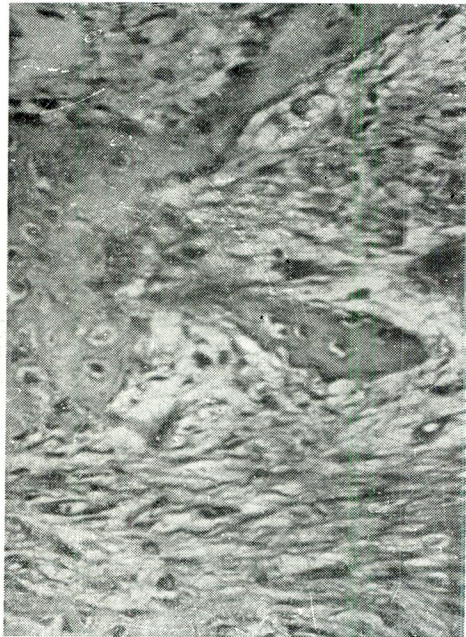


Reg. 8.431. — Procedida 4 meses depois, da anterior, em 19-8-42.

mentoniana e a escopro, foi ressecado o excesso do tumor que enchia o côncavo, tanto como um ovo de peruá. Ficou larga escavação ao nível da inserção dos músculos genianos, mais ou menos in-

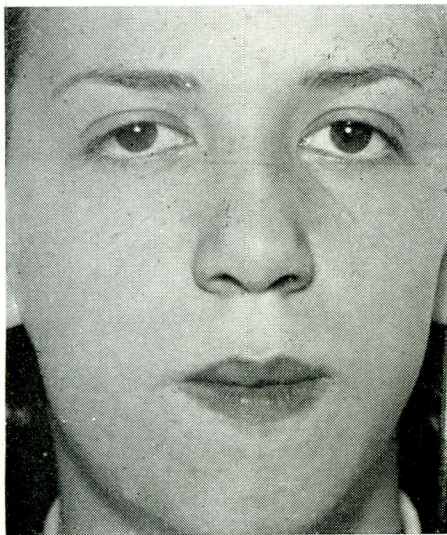


Reg. 8.431. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado. O prolongamento bucal do tumor mandibular, recalca a língua inteiramente para trás e deforma completamente toda a arcada dentária inferior.



Reg. 8.431.

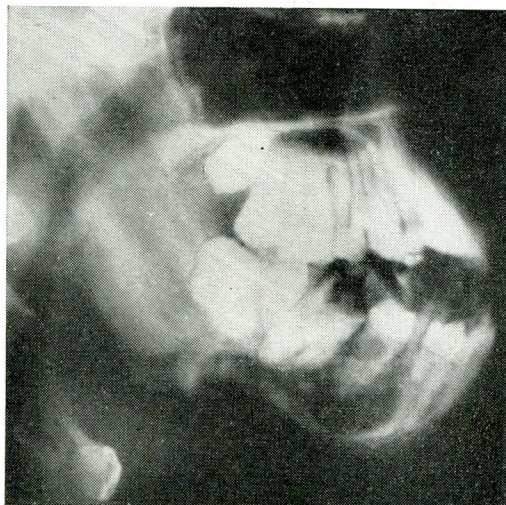
táctos. A espessura óssea deixada para recompôr a nova mandíbula equivalia à normal, isto é, espessura de pouco mais de um dedo. O ramo lateral direito, durante as manobras operatórias,



Reg. 8.431. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado.

fraturou-se. De tudo, resultou, afinal, extenso arco ósseo desprovido pela osteotomia de suas partes moles: uma face anterior mentoniana, convexa, com superfície de secção cruenta, até à inserção da mucosa labial; um rebordo inferior também

com superfície óssea desnudada; uma face posterior, côncava onde se percebe ainda a inserção de uma parte dos músculos genianos. Como esse segmento mandibular, assim descoberto, ficara sujeito à necrose depois de desnudado com a osteotomia, mórmente depois da fratura, resolvemos adiar a ressecção endo-bucal do prolongamento sub-lingual do tumor. Evitamos qualquer extração dentária na ocasião, para não abrir portas à infecção bucal, como também para não diminuir a resistência do eixo ósseo, já bastante abalado. A perda sanguínea foi relativamente pequena.



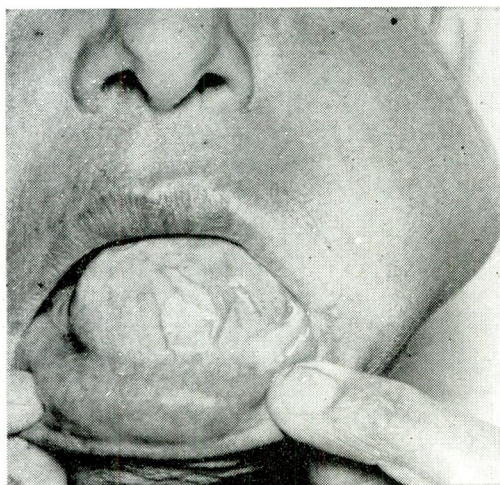
Reg. 8431 — Post-operatórias. Ainda não há articulação perfeita das fileiras dentárias esquerdas, o que foi conseguido com a extração de alguns dentes inferiores mal implantados.

Terminada a operação um dreno sub-mentoniano. Operadores: Mário Kroeff e Luis Carlos de Oliveira Jr.

Seqüência operatória: — Bôa. Tomou 500.000 unidade de Penicilina. Alta em 14 de outubro. Alguns dias mais tarde, havia retenção de púz no descolamento sub mentoniano. Em 25-10-946, o osso apresentava-se recoberto de tecido de granulação. Não há sinal de fratura. O aspecto facial da doente após a operação é normal, sem vestígios da operação sofrida, nem da doença anterior.

Projetamos ressecar a porção sub-lingual dentro de 1 mês.

Reoperada em abril de 1947, a doente sofreu a 2.^a operação sob anestesia geral, com o objetivo de ser removido o prolongamento endo-bucal ou sub-lingual. Osteotomia por meio de escopro e martelo. Remoção de alguns dentes inferiores esquerdos mal implantados e cariados que impediam o fechamento regular da boca.

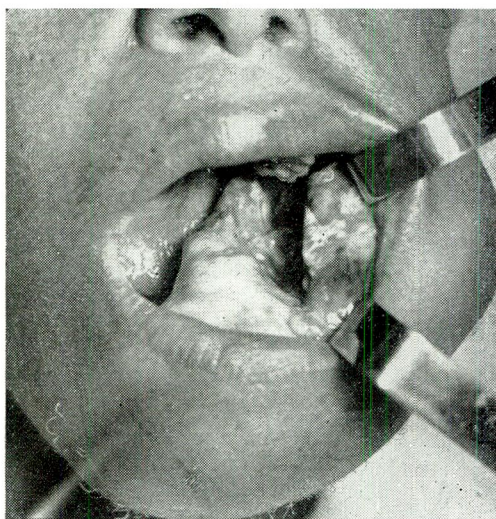


Reg. 7.144. — Volumoso tumor facial que toma todo o ramo horizontal da mandíbula, desde a ângulo até o mento. Fibroma edemaciado.

FIBROMA EDEMACIADO

Registo 7.144 — M. G. J., mulher, de 46 anos, branca, procurou o Serviço em 21-9-45.

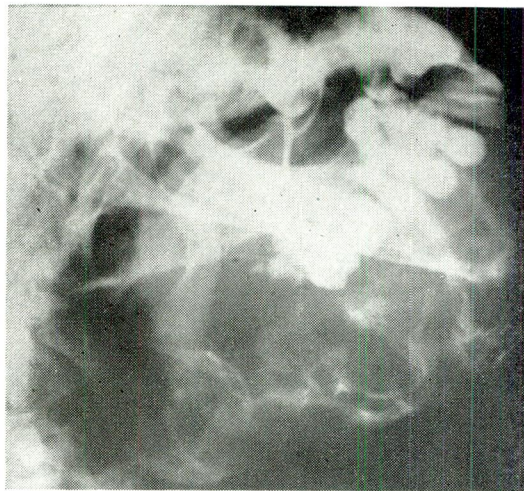
Doença atual: — Data de 15 anos. Começou com dôr de dente na arcada inferior esquerda e logo formação de tumor visível na face externa da mandíbula. Um ano após, êsse tumor abriu-se espontaneamente para a cavidade bucal, dando saída a sangue e púz. Passado mais 1 ano, reapareceu o tumor da face e desde então vem crescendo progressivamente, até que atingiu as dimen-



Reg. 7.144. — Mesmo caso da figura anterior, visto pela inspeção endo-bucal. A superfície do tumor está bipartida pela escavação formada com a impressão da arcada dentária superior.

sões atuais. Não tem dores, nem transtorno na mastigação, apesar do tumor ter invadido a boca. Fala sem dificuldade.

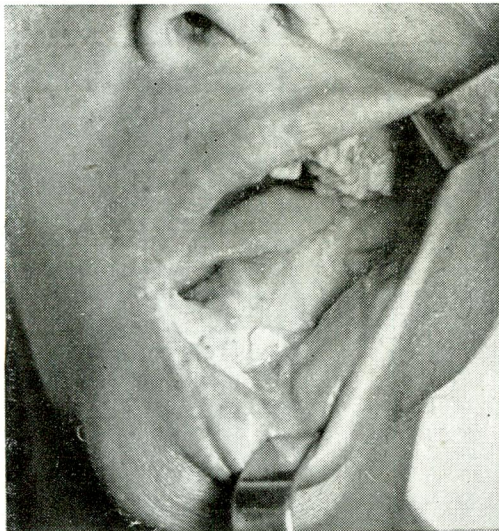
Exame local: — Pela inspeção, observa-se acentuada assimetria facial, criada pela presença de volumoso tumor, que ocupa parte da região geniana esquerda, masseterina e mentoniana do mesmo lado. De forma ovoide e superfície regular,



Reg. 7.144. — Todo o ramo horizontal da mandíbula acha-se tomado por um tumor osteolítico, de aspecto policístico. A cortical inferior está adelgada e rôtá, a superior, alveolar. A imagem radiológica faz lembrar ou o mieloplaxoma ou o adamantinoma. A histologia mostrou tratar-se de fibroma.

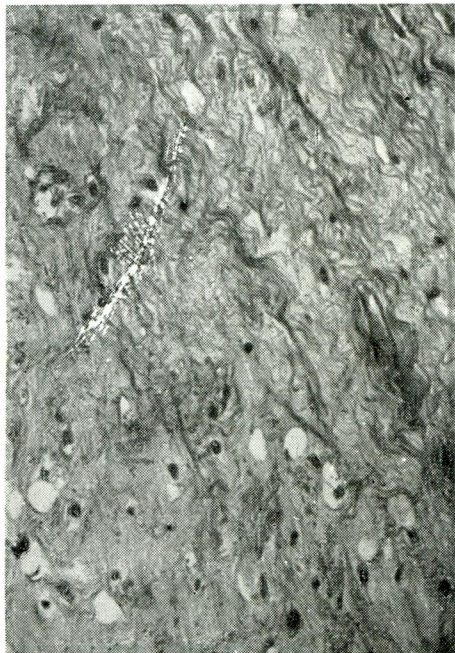


é revestido de pele com caracteres normais. Pela palpação, o tumor é de consistência dura, nodular, medindo 13 cms. de comprimento, 7,5 cms. de



Reg. 7.144. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado. Não tem deformação facial.

largura e 4 cms. de altura. Está formado a custa do ramo horizontal da mandíbula, fazendo corpo com o plano ósseo. Os movimentos de mastiga-



Reg. 7.144. — Fibroma.

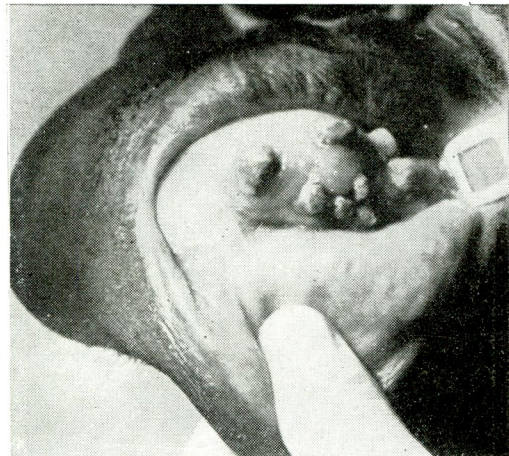
ção estão conservados. Pela inspeção endo-bucal nota-se que a massa engloba todo o rebordo alveolar inferior esquerdo, que se apresenta espessado, irregular, com goteira mediana profunda, corresponde à depressão provocada pela arcada dentária superior. A mucosa, que o recobre, tem aspecto brilhante e é distendida. A palpação mostra neste ponto consistência dura e elástica.

Radiografia da mandíbula: — “Do ângulo à região dos incisivos à esquerda, a mandíbula acha-se consideravelmente aumentada de volume e de aspecto radiológico grosseiramente policístico. As formações císticas adelgaçam a cortical do bordo inferior e destroem o rebordo alveolar. A imagem radiológica lembra o mieloplaxoma.”

(a) E. Machado.

A biópsia revelou: — Fibroma edemaciado.
(a) A. Fialho.

Tratamento: — Operada em 3-12-45, sob anestesia troncular; foi praticada ressecção parcial do ramo horizontal esquerdo da mandíbula. Operadores: M. Kroeff e A. Coutinho. Se quência operatória sem acidentes. Alta em 14-12-45. Revista em 29-1-46, acha-se em bom estado.



Reg. 1.299. — Tumor mandibular, deformando completamente a boca, o arco maxilar, a arcada dentária. Fibroma ossificado.

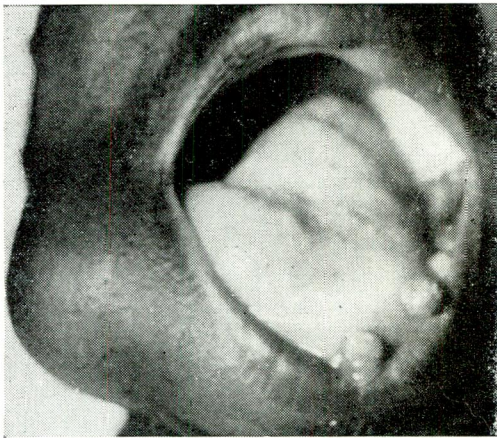
FIBROMA DA MANDÍBULA

Reg. 1.299 — M. M. F., homem de 70 anos, preto, procurou o Serviço em 11-8-44.

Moléstia atual: — Data sua doença de 39 anos, quando notou pequeno tumor na região mentoniana. Daí cresceu lentamente até hoje, tomando as proporções atuais, sem dores e sem incômodo a despeito da grande deformidade facial que pro-

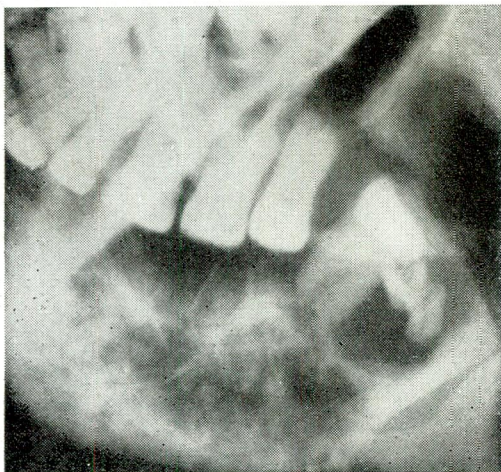
duziu. Foi operado na Santa Casa em 1920 e 1922, sem alcançar qualquer melhora.

Exame local: — À inspecção verifica-se acentuada deformação facial, formada a custa de considerável tumefação existente na região mentoniana direita, com as dimensões aproximadas de um punho.



Reg. 1.299. — O mesmo caso anterior, mostrando a irregularidade da implantação dentária.

Pela palpação, o tumor é de consistência dura e faz corpo com o plano ósseo mandibular. Os movimentos da articulação tempo-mandibular estão conservados. O tegumento apresenta-se com aspecto normal. À inspecção endo-bucal, obser-

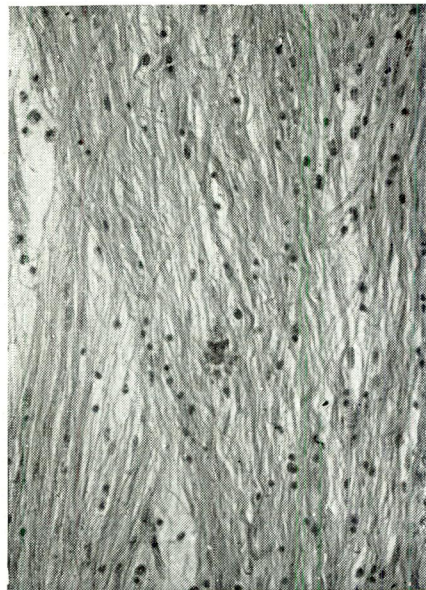


Reg. 1.299. — Formação óssea exuberante, de aspecto grosseiramente policístico constituída na sua porção anterior por traves ósseas às vezes paralelas e dirigidas em vários sentidos. Essa formação óssea tem origem principalmente na metade correspondente do rebordo alveolar. O aspecto radiológico é de fibroma calcificado.



Reg. 1.299. — O doente depois de operado no dia da alta.

va-se grande tumor que ocupa toda cavidade bucal, assoalho e metade direita de mandíbula. E' constituído por duas porções distintas: uma mediana que se estende no arco mandibular desde o mento até o oro-faringe, com superfície regular, lisa, tensa, de aspecto normal, deslocando a língua para trás e para a esquerda. A outra porção corresponde ao ramo horizontal direito da mandíbula, largamente espessado como um pepino e guardando, escavada a impressão de toda arcada superior direita. Sobre essa porção observam-se vários dentes de tal modo deslocados, que não se os pode identificar. A voz apresenta-se modificada, pela retração sofrida pela língua.



Reg. 1.299. — Fibroma. Observam-se numerosas fibras colagenas.



Não obstante o estado avançado da afecção, o doente mastiga e deglute sem dificuldade.

Radiografia da mandíbula: "Interessando todo o ramo horizontal direito da mandíbula, observa-se formação óssea exuberante, de aspecto grosseiramente cístico na porção próximal do ângulo, onde os dois grandes molares existentes se apresentam completamente deslocados e envoltos em substância rádio-transparente. Para diante, esta formação é constituída por traves ósseas, às vèzes paralelas e dirigidas em vários sentidos. Na porção mais anterior, essas traves contornam uma área rádio-transparente, onde também se observam alguns dentes deslocados. Essa formação óssea tem origem principalmente na metade correspondente do rebordo alveolar, pois que o bordo inferior se encontra conservado. O aspècto radiológico lembra o de fibroma calcificado." (a) E. Machado.

Exame histopatológico. — Fibroma.

Operado pelos Drs. Mario Kroeff e Luiz Carlos Oliveira em 2-10-44, sob anestesia loco-troncular, tendo sido praticada a extirpação do tumor, isto é, da massa óssea que tomava a porção

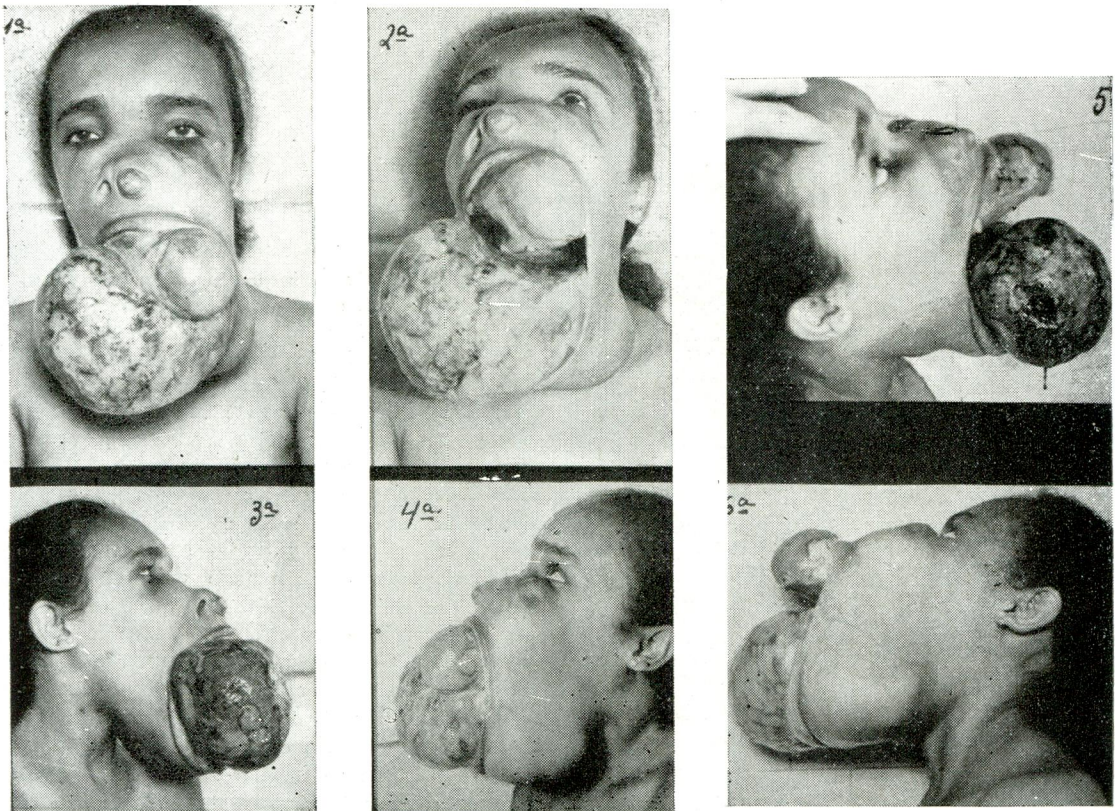
alveolar da mandíbula e se projetava para o assoalho da bôca. Deixou-se íntegro um eixo ósseo, formado pelo rebordo inferior da maxilar.

Alta em 9-10-44, não tendo mais dado notícias.

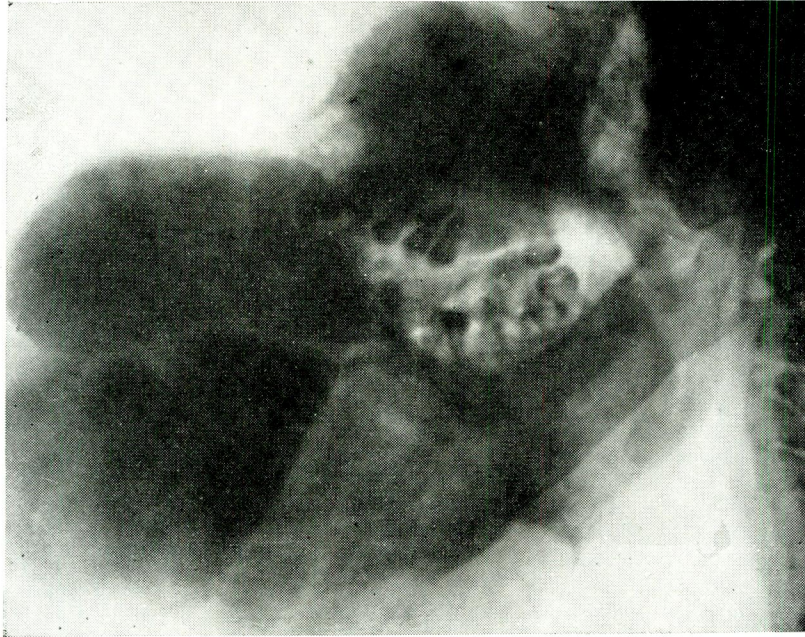
FIBROMA

Registro n.º 797: — Mulher, parda de 24 anos, internada no Serviço em 2-2-1942.

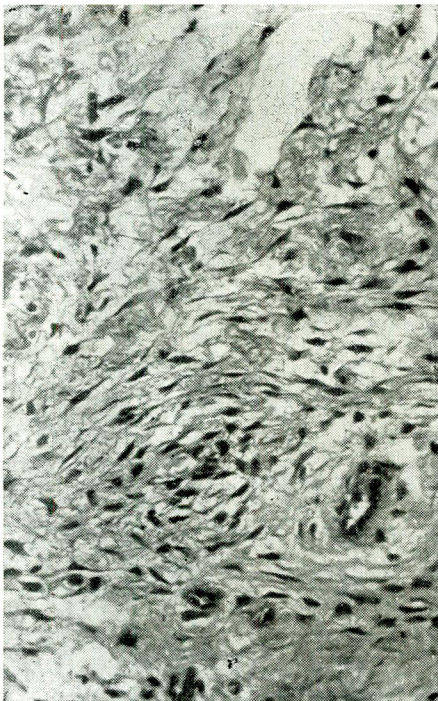
Doença atual: — Data de 18 anos. Aos 6 anos de idade, notaram a presença de um tumor na face, em correspondência com o maxilar superior. Cresceu lentamente, chegando às dimensões de uma laranja, quando a paciente contava 11 anos. Procurou o Hospital Sta. Isabel — Bahia — onde, sob anestesia geral, foi operada pelo Prof. Eduardo Moraes, tendo logrado ficar bôa pelo prazo de 2 anos. O tumor reapareceu e foi novamente operada. Aos 14 anos, surgiu um outro tumor na mandíbula, na altura do canino inferior esquerdo, tendo sido por êste motivo operada pela terceira vèz. Um ano após, o tumor mandibular reproduziu-se e a enferma pela quarta vèz foi operada. Passado um ano, tanto o tumor do



Reg. 797. -- Grande monstruosidade facial causada por tumor dos planos ósseos dos maxilares superiores e inferior, datando de 18 anos. Fibroma.



Reg. 797 — Deformação da mandíbula constituída de formação tumoral, com intensa opacidade, não homogênea, sem delimitação precisa. Aspecto idêntico no maxilar superior. Fibroma ossificado.



Reg. 797. — Fibroma.

maxilar superior como o da mandíbula recidivaram passando a crescer de modo gradativo e constante. De oito anos a esta parte, a deformação é enorme, criando dificuldades à fonação, à mastigação e à respiração.

Exame local: À inspecção, observa-se monstruosidade facial, causada por enorme tumor, que se projeta para fora da boca, com aspecto de verdadeiro focinho. Lobulado, com superfície ulcerada, tem focos hemorrágicos em alguns pontos e zonas revestidas de mucosa sã. A formação tumoral acompanha a projeção mandibular e, sob a forma de uma tromba, triplica seu diâmetro no eixo antero-posterior e outro tanto na largura. Mandando a doente abrir a boca, verifica-se a existência de grande tumor em relação com o maxilar inferior, que abrange a totalidade do arco anterior, invade a cavidade oral, ocupando quase a totalidade da mesma e desviando a língua para trás a ponto de não se visualizar o órgão. O tumor distende a boca de tal modo que a abertura labial tem mais de um palmo de diâmetro. Observa-se também, a existência de outra formação, incorporada ao maxilar superior. De forma arredondada multiplicando-se desvia a arcada dentária superior, deforma o nariz, a região nasogêniana esquerda e projeta-se, em parte, pela na-



rina esquerda. Pela palpação, verifica-se que as formações tumorosas mencionadas são de consistência dura, indolores e fazem corpo com o plano ósseo.

Radiografia da mandíbula: — “Considerável deformação da mandíbula e do maxilar superior esquerdo, constituída de grandes massas tumorosas, de intensa opacidade, arredondadas e de contornos lisos. As radiografias com raios penetrantes revelam ausência de arquitetura óssea; a opacidade não é homogênea, mostrando-se concreções calcareas amorfas.



Reg. 797. — Vê-se o acentuado espessamento da calôta fazendo pensar em processo de origem geral, tal como a leontiasis, semelhante ao da figura 1.875

O crânio, na metade anterior apresenta acentuado espessamento ósseo, com estrutura semelhante.” (a) Evaristo Machado.

Diagnóstico: Tendo-se em vista o espessamento ósseo difuso tanto dos maxilares superior e inferior bem como do crânio, fomos levado a pensar em localização crânio-facial da osteíte deformante de Paget.

Biópsia: — Fibroma. (Amadeu Fialho.)

Tratamento: — Em 25-2-1942, a doente foi operada sob anestesia local, tendo sido procedida a remoção do tumor mandibular à escopro e martelo. Operadores: Mario Kroeff e Jorge de Marsillac. A doente faleceu.

OSTEOMAS

Os osteomas são tumores formados por tecido ósseo adulto. É preciso não os confundir com as hiperplasias ósseas secundárias, de caráter inflamatório, traumático ou específico.

Do ponto de vista anatomo-patológico, devem-se os osteomas em dois tipos: eburnios e esponjosos. Os primeiros são constituídos por tecido ósseo compacto análogo ao das diáfises, havendo desaparecimento quase total da medula óssea e da vascularização. São massivos como marfim e formados por justaposição de lamina ósseas paralelas, de origem periostica.

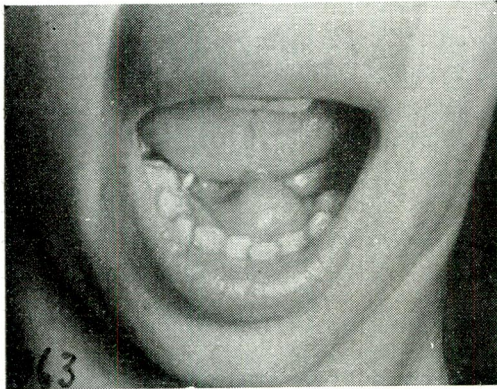
Os osteomas esponjosos, mais frequentes, são de natureza inflamatória e resultantes de osteoperiostite produtiva, traumática e inflamatória. A irritação do perioste ativa a osteogênese, formando camadas ósseas que dão origem ao processo osteomatoso. A estrutura microscópica é idêntica a do tecido ósseo esponjoso epifizário. A formação dos osteomas em geral faz-se por ossificação endondral, ou perióstica, ou por metaplasia direta do tecido conjuntivo.

Os osteomas aparecem no adulto jovem entre 20 e 30 anos.

De evolução lenta, são facilmente descobertos quando superficiais. Quando formados à custa dos ossos profundos, sua presença passa a ser evidenciada antes por perturbações funcionais (compressões nervosas) do que por seu volume, que só tardiamente pôde ser verificado. São duros, uniformes, indolores e fazem corpo com o plano ósseo. A mandíbula é sede comum dos osteomas.

Radiologicamente é interessante o diagnóstico diferencial entre o osteoma que guarda a estrutura óssea normal com sua trabeculação, o condroma com sombra homogênea e sarcoma osteogênico com imagens irregulares ou características dessas neoplasias.

O tratamento é cirúrgico. A extirpação com osteotomia é o método de escolha. Não sendo possível operação parcial recorre-se à resseção segmentária, ou total.



Reg. 1.363. — Tumor sub-lingual preso aos planos ósseos da face posterior do arco mandibular.

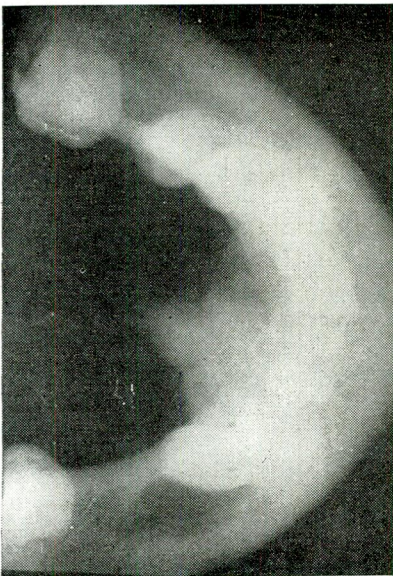
OSTEOMA EBÚRNEO

Registro 1.363. Mulher, branca, 30 anos, enviada ao Serviço em 30-10-44.

Doença atual; — Há 5 anos foi acometida de súbita inflamação de ambos os maxilares, com dôres, secreção purulenta e amolecimento de todos os dentes. Com bochechos, conseguiu curar-se



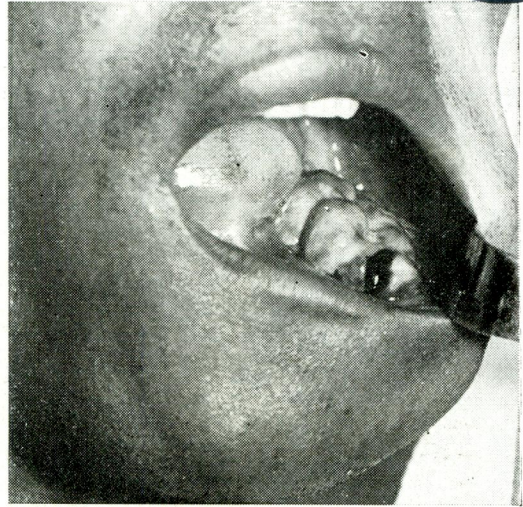
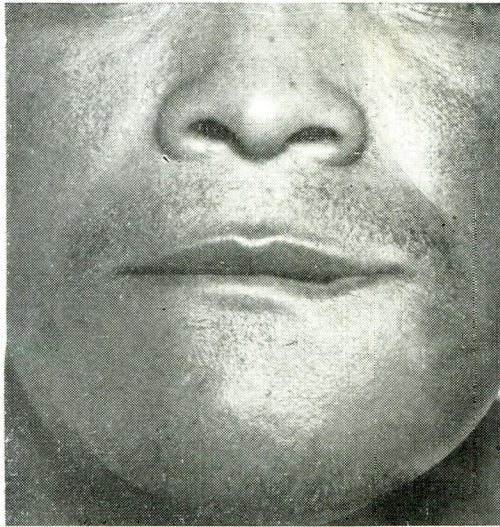
Reg. 1.363. — Traves ósseas irregularmente dispostas. Entre elas observa-se tecido conjuntivo do tipo jovem.



Reg. 1.363. — Formação óssea, bem delimitada, de grande opacidade, apresentando áreas pequenas de maior radio-transparência, na face interna da região mentoniana. Osteoma.

depois de 4 meses. Restabelecida da infecção, notou na face interna do arco mandibular, junto à mucosa gengival, um nódulo arredondado, de volume de um grão de milho, fixo, indolor e duro. Daí para cá, o pequeno tumor passou a doer de tempo em tempo, correspondendo a fases de crescimento, estas sempre ligadas à gravidez. Atualmente, por se encontrar grávida, está sentindo as exacerbações acima referidas. De 2 anos para cá o nódulo conserva-se do mesmo tamanho. Há um mês, levada pelas dôres, procurou um dentista que a encaminhou ao nosso Serviço.

Exame local: — À inspeção extra bucal, nenhuma anormalidade. No exame endo-bucal, nota-se pequeno tumor na face interna do arco mandibular ao nível dos incisivos, caninos e pré molares inferiores esquerdos. Mede 2 cms. de largura. Vai até o freio da língua, chegando a dificultar a mastigação, que provoca dores locais. A superfície do tumor é recoberta de mucosa íntegra, distendida e de coloração esbranquiçada. À palpação, o tumor é de consistência óssea, preso fortemente à mandíbula e doloroso na porção posterior. Ausência de reações ganglionares sub-mentonianas ou sub-maxilares.



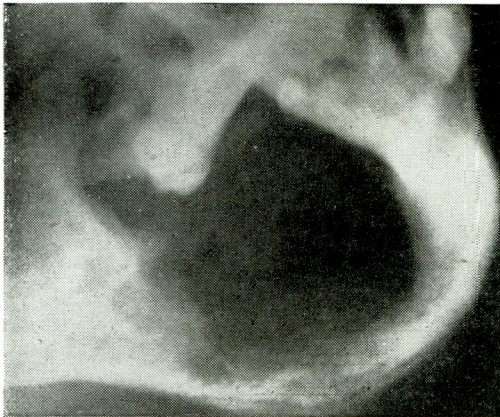
Reg. 6.836. — Grande tumor do ramo horizontal da mandíbula. Mixosarcoma.

Radiografia: — “Formação óssea, bem delimitada, de grande opacidade, apresentando áreas pequenas de maior radio-transparência, na face interna da região mentoniana. Osteoma? Osteocondroma?” (as.) Dr. Evaristo Machado.

Tratamento: — Operada em 8-11-44 sob anestesia local, pelos Drs. Mário Kroeff e Turibio Braz, tendo sido praticada a extirpação do tumor por osteotomia. O exame da peça revelou: — Osteoma eburneo. Sequência operatória normal. Alta curada. — A. Fialho.

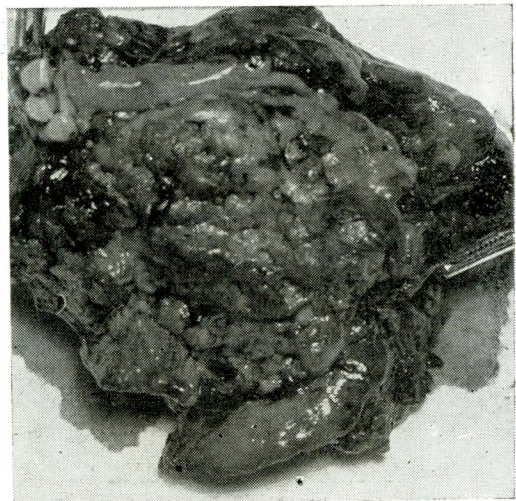
MIXO-SARCOMA

Registro 6.836 — Homem, pardo de 32 anos, procurou o Serviço em 20-7-1945.



Reg. 6.836. — Imagem de ostelise do ramo horizontal da mandíbula desde a linha mediana até à região dos últimos molares.

Doença atual: — Data de 8 anos. Apareceu-lhe pequeno tumor duro e avermelhado no rebordo alveolar inferior esquerdo. Sòmente 4 anos depois, procurou médico que o operou com bisturi elétrico (sic). Houve recidiva local no fim



Reg. 6.836. — Peça operatória, mostrando a face mucosa do tumor, aí compreendido um segmento ósseo mandibular.

de alguns meses. Há 3 meses, submeteu-se a nova intervenção, a qual, segundo seu próprio médico, foi incompleta devido à insuficiência de aparelhagem. Nestas condições, o paciente foi aconselhado a vir para o Rio e procurar nosso Serviço.

Exame local: — Tumor vegetante, ocupando quase tôda a metade esquerda do rebordo alveo-

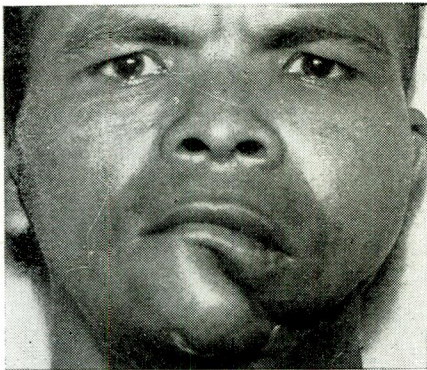
lar inferior. A superfície tumoral é bosselada, de consistência óssea e coloração avermelhada em alguns pontos, amarelo pardacento em outros, parecendo fixa ao ramo horizontal esquerdo da mandíbula. A palpação mostra na região mentoniana



Reg. 6.836. — Doente, logo depois da ressecção mandibular.

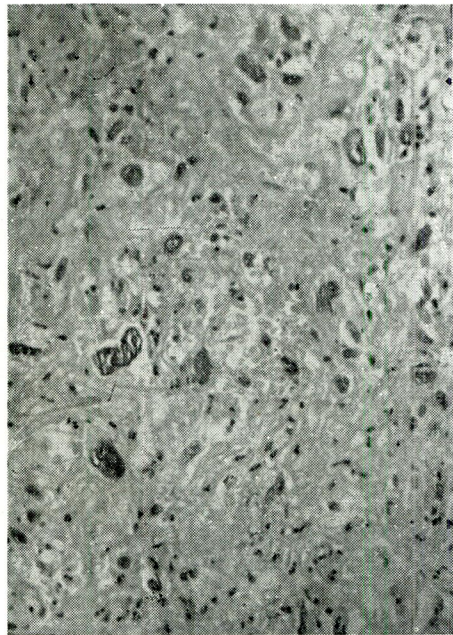
esquerda, tumor endurecido, fixo à pele e à mandíbula, indolor à pressão, parecendo tratar-se de adenopatia sub-mentoniana.

Radiografia: — Em 3-7-945. “Área de osteólise da mandíbula, estendendo-se desde a linha mediana até a região dos últimos grossos molares



Reg. 6.836. — Doente, por ocasião da alta do Serviço.

esquerdos. O processo destruiu o rebordo alveolar em tôda essa extensão, assim como quase tôda a cortical do bordo inferior no terço mediano. A imagem, em aprêço, embora não tendo contornos absolutamente nítidos, de aspecto linear, apresenta-se no entanto bem demarcada. A imagem radiológica é de uma neoplasia maligna. Fibrosarcoma?” (a) Evaristo Machado.



Reg. 6.836. — Mixosarcoma.

Em 9-8-945 — Ausência de modificação digna de menção, com relação ao exame anterior. (a) Evaristo Machado.

Em 27-8-945 — Aspecto praticamente o mesmo do exame anterior. (a) E. Machado.

Biópsia: — Mixo-sarcoma (B. 2.199).

Tratamento: — O doente foi operado em 29-8-45 sob anestesia troncular pelos Drs. Mário Kroeff e João B. Vianna, tendo sido praticada a ressecção do ramo horizontal da mandíbula, deixando-se um segmento condiliano para futura recomposição mandibular.

TUMORES DE CÉLULAS GIGANTES MIELOPLAXOMAS

Os tumores benignos de células gigantes caracterizam-se histo-lógicamente pela presença de elementos gigantocitários, de origem ainda discutida.

Até os trabalhos fundamentais de Ne-laton (1860), os mieloplaxomas, também chamados tumores de células gigantes eram incluídos na categoria dos tumores malignos (sarcoma de mieloplaxas). Isso justificava-se pela grande semelhança existente entre os tumores de células gigantes e os

sarcomas, o que trazia, como trás ainda hoje, dificuldades histológicas para individualizar uns e outros. Um fato clínico também aproxima êsses dois tumores: a frequente degeneração maligna dos mieloplaxomas, espontâneamente ou quando sujeitos a tratamento inadequado.

A etiologia dos tumores benignos de células gigantes é incerta. O traumatismo tem sido imputado por muitos, como elemento causador, mormente quando incide nas epífises. Traz estados hemorrágicos de difícil reparação, dadas as condições de vascularização existentes nêsses segmentos ósseos.

Exames radiológicos imediatos ao trauma e repetidos posteriormente em série regular, puderam em alguns casos acompanhar a formação das imagens peculiares aos mieloplaxomas. Ainda como fator etiológico, responsabilisam-se certas perturbações hormonais ligadas a distúrbios paratireoidianos.

O quadro histológico do mieloplaxoma é caracterizado pela presença de células gigantes que guardam seus caracteres morfológicos. O protoplasma é basófilo e em seu interior pode-se individualizar elementos estranhos (hematias e leucocitos), fato que leva a admitir poder fagocitário aos mieloplaxas. Os núcleos, sempre em grande número, ocupam a região central da célula. O tecido de sustentação é formado de células conjuntivas fusiformes e arredondadas, e de elementos vasculares.

Da maior ou menor percentagem destes elementos, surgem os quadros tipos propostos por Ewing: mixomatoso, chantomatoso, telangectásico e cartilaginoso. A benignidade histológica dêsses tumores é baseada na ausência de elementos atípicos (mitoses anormais, monstruosidades nucleares).

Clinicamente, os tumores benignos de células gigantes apresentam-se de forma arredondada no interior da mandíbula. Possuem consistência mucóide, localizados,

quer na superfície, quer no interior da mandíbula. Possuem consistência mole ou firme, variações dependentes da espessura da camada óssea que os reveste e da forma que tomam. Às vêzes constituem múltiplas cavidades separadas por lâminas ósseas delgadas, o que se pode perceber em certos casos pela palpação. O conteúdo dêsses tumores é característico e formado de tecido de consistência mole, embebido de líquido hemático, semelhante aos restos placentários. Esvaziadas as cavidades, verifica-se que estas não são uniformes e que muitas delas se propagam em direção às porções ósseas normais. Seguindo suas fases evolutivas, distende ou destrói a cortical, rompe o periósteo e invade as partes moles. Uma vez chegando o tumor a êste ponto, deve pensar-se em degeneração maligna.

Os elementos principais da história clínica dos portadores de mieloplaxomas são: dor, tumor e fratura espontânea. Deve-se ainda levar em conta a idade do paciente: é afecção da adolescência.

Os sintomas referidos decorrem do estado de desenvolvimento em que se encontra a afecção. A dor é habitual, mas nem sempre intensa. A tumefação não é precoce, ficando sempre ligada ao tipo histológico, forma clínica e região do esqueleto. As fraturas verificam-se em 10 a 14% dos casos.

O quadro radiológico é indispensável, podendo muitas vêzes, por si só, firmar o diagnóstico. E' mister no entanto para diagnóstico definitivo o comprovante histopatológico, sem o qual não se pode indicar a terapêutica adequada. A afecção presta-se a êrro de diagnóstico, se êste fôr baseado somente nos fatos clínicos e mesmo radiológicos. A própria histologia assemelha-se às vêzes a outras neoplasias ósseas. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as distrofias ósseas, os cistos, as osteites fibro-císticas, as exostoses paratireoidianas, os mielomas, os adamantinomas, as lesões epiteliais metastáticas (tireóide, rim) e a sífilis óssea.

Os mieloplaxomas dos maxilares, ora se apresentam no rebordo alveolar, formando o chamado épulis de células gigantes, ora na intimidade do osso, distendendo-o, como tumores endostais. Uma e outra forma são encontradas na criança e no adulto jovem (dos 10 aos 25 anos). Os épulis de mieloplaxa do rebordo alveolar localizam-se de preferência ao nível dos caninos e pré-molares. A evolução é lenta, chegando às dimensões de uma avelã ao cabo de 18 a 24 meses. São tumefações pediculadas, arredondadas ou ovóides, de coloração rósea ou vinhosa, de consistência firme ou mole e indolores às manobras de exploração. Incomodam pela deformidade produzida e pelas perturbações que trazem à mastigação. O diagnóstico deve ser feito com as outras variedades anatômicas de épulis: vascular, fibroso, sarcomatoso e adamantino. Só o exame histo-patológico pode determinar a exata natureza da lesão em aprêço.

Os tumores de células gigantes, que se desenvolvem no interior do eixo mandibular, têm aspecto clínico diferente. São menos frequentes, de evolução mais rápida e localizados comumente na sínfise mentoniana ou no ângulo da mandíbula. Adquirindo grandes dimensões, determinam assimetria facial, dores, edema, fratura espontânea e perturbações funcionais. Quando chegam a romper a cápsula, invadindo as partes moles, tomam caráter e evolução de processo maligno.

O exame radiológico fornece imagens que a par da história mórbida do doente permitem estabelecer o diagnóstico clínico em muitos casos.

Não há destruição óssea. O osso é alargado. A cortical distendida em certos pontos e reduzida a uma lâmina delgada como casca de ovo. Na ausência de intervenção cirúrgica ou fratura, não há reação perióstica com formação de osso como acontece nos sarcomas osteogênicos. As lâ-

minas corticais dão a impressão de divergi-rem do tumor, como sopradas, mas nunca envolvidas pela massa tumorosa como nos casos malignos. Isso nas formas centrais. Nas formas periféricas, não há levantamento da cortical, o tumor confunde-se imperceptivelmente na sombra das partes moles. O interior do tumor é atravessado por septos, formando lacunas mais ou menos regulares. É o típico aspecto de bolhas de sabão. Área rarefeita, septada em lojas pequenas e limitada por cortical afinada num ou noutro polo e distendida sem rutura, mesmo quando as dimensões do tumor tomam grandes proporções. O limite entre o tecido doente e o normal é francamente marcado. É difícil às vezes diferenciar as imagens do mieloplaxoma das outras da osteíte fibrosa e de certos cistos ósseos ou odontogênicos.

O diagnóstico radiológico dos tumores benignos de células gigantes é feito pela séde do tumor, pela imagem característica de expansão óssea, pelo septamento, pela cortical afinada em casca de ovo, com ou sem rutura, limites demarcados, sem destruição óssea.

O tratamento dos mieloplaxomas pode ser realizado pela cirurgia e pelas irradiações. Os dois métodos terapêuticos são capazes de curar. A cirurgia é indicada de preferência para os tumores do rebordo ou endostais de pequeno tamanho.

Nêstes casos, procede-se a extirpação, curetagem ou coagulação, devendo o esvaziamento da loja ser completo para evitar a recidiva. Com êsse fim, a coagulação oferece vantagens sobre a cureta sangrenta.

A cavidade resultante da curetagem deve ficar aberta para provocar a cicatrização por segunda e facilitar a destruição de algum núcleo acaso remanescente. Os processos cirúrgicos são simples, rápidos e econômicos, quando realizados dentro de estritas indicações.

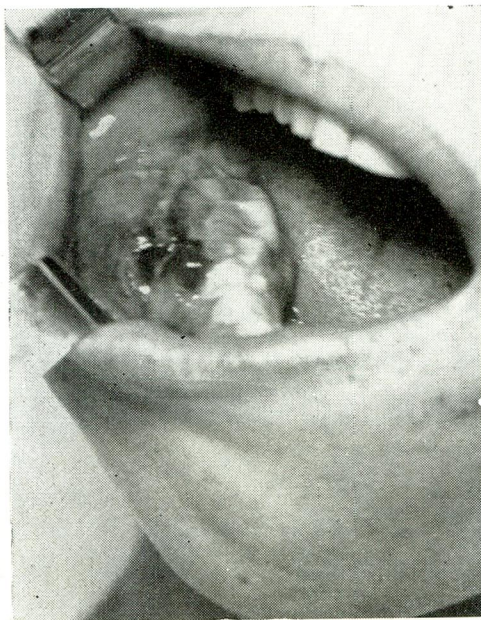
As irradiações têm formal indicação nos volumosos tumores, não só pela radio-

-sensibilidade neles sempre maior, como também pelo fato de evitar a deformação, o que nem sempre consegue a cirurgia. Nos casos de insucesso da cirurgia, a radiação terapêutica posterior pode ainda conseguir resultado, se bem que a eficiência desta diminua com a infecção da loja, provocada pela abertura operatória.

— EPULIS MANDIBULAR DO TIPO
MIELOPLAXA —

Registro 16 — Mulher de 26 anos, branca, casada, procurou nosso Serviço em 19-10-1938.

Doença atual: — Há 3 anos e meio, ao nível do 3.º grosso molar inferior direito, começou a ter dor de dente. Notou logo que esse molar estava



Reg. 16. — Tumor gengival ulcerado, anexo à parede externa da mandíbula, tomando parte do rebordo alveolar. Mieloplaxoma.

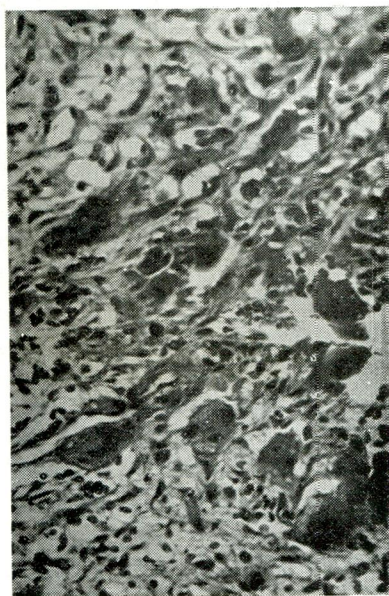
cariado. Junto dele apareceu pequena carne esponjosa que doía e sangrava. Procurou remédios caseiros com bochechos de pedra hume, obtendo melhoras a ponto de se julgar curada, não obstante persistia a referida carne esponjosa. Há cerca de 5 meses, a excrecência passou a aumentar com rapidez, invadindo o rebordo alveolar no espaço deixado pela extração anterior, de dois grossos molares inferiores e formando pequeno tumor na face externa da mandíbula. Apresentando dores



Reg. 16. — Mesmo caso da figura anterior depois de operado. Cura. Mais de 6 anos sem recidiva.

e hemorragia durante a mastigação ou quando escovava os dentes, procurou o nosso Serviço.

Exame local: — À inspeção da cavidade bucal, nota-se no ramo horizontal direito da mandíbula, tumor de forma ovóide, do tamanho de um limão. Estende-se do 1.º pré-molar ao ramo montante e apresenta duas ulcerações, de fundo exuberante, recoberto por enduto sero-purulento. Parte de sua superfície mostra-se lisa, vermelho-arroxeada. À palpação digital, o referido tumor



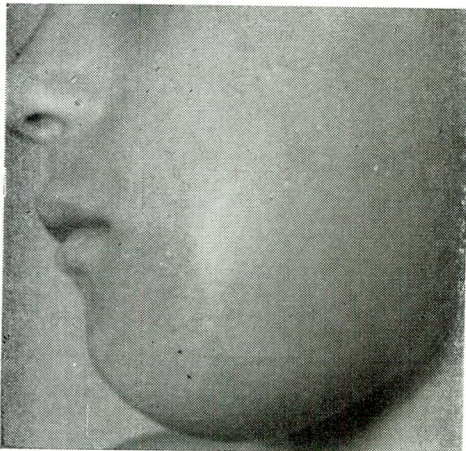
Reg. 16. — Tumor de células gigantes. (Mieloplaxoma).

apresenta consistência dura em toda sua extensão e adere ao corpo da mandíbula. O assoalho bucal do lado do tumor acha-se infiltrado, notando-se pela palpação, combinada a existência, na região sub-maxilar, de um gânglio aumentado de volume, duro e doloroso à pressão. À inspeção externa da hemi-face direita, verifica-se a projeção externa da tumefação mandibular.

Radiografia: — “Não mostra alterações patológicas da estrutura óssea na região examinada. O maxilar conserva sua morfologia e estrutura normais, salvo em correspondência com a região dos grossos molares, onde se nota maior transparência correspondente aos alvéolos vasios, assim como pequena rugosidade do bordo alveolar. Na chapa intra-bucal, feita para as partes moles, nota-se em correspondência com o tumor provavelmente dentro dele, uma sombra não homogênea levemente calcificada. O tumor, propriamente, no caso, não dá imagem aos Raios X”. (a) E. Machado.

A biópsia revelou: — Épulis do tipo mieloplaxa. A. Fialho.

Tratamento: — Operada sob anestesia troncular em 26-10-1938, tendo sido praticada a extirpação elétrico-térmica do tumor e curetada a loja resultante. Boa sequência operatória. Operadores: Mario Kroeff e Luiz Carlos. Vista em Julho de 1945, 6 anos após a intervenção, apresentava-se em estado de cura.

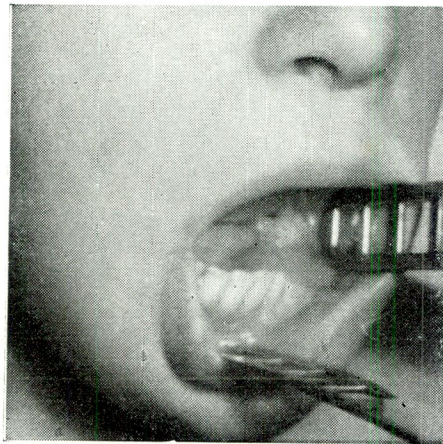


Reg. 1.216. — Tumefação da hemiface esquerda causada por tumor do ramo horizontal da mandíbula. Mieloplaxoma.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

Registo 1.216 — F.S.M. 8 anos, masculino, branco. Internado em 17-4-44.

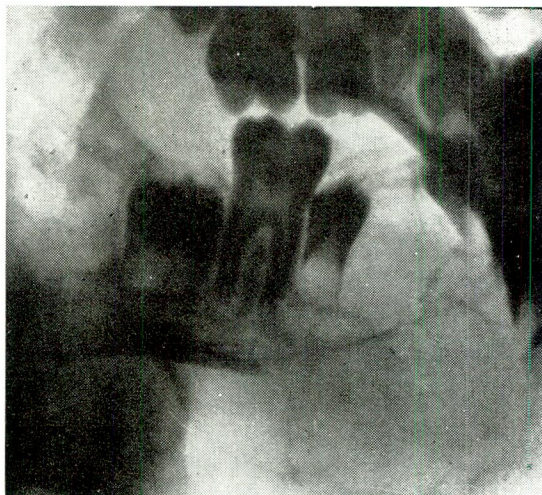
Moléstia atual: — Começou sua doença com dor de dente. Um mês após, notaram a presença



Reg. 1.216. — No rebordo alveolar inferior esquerdo, ao nível do canino, tumor que espessa o ramo mandibular..

de tumefação no rebordo inferior da mandíbula, que cresceu progressivamente até chegar às dimensões atuais. Esteve em tratamento com dentistas e médicos que lhe prescreveram bochechos e aplicações locais. Encaminhado ao Hospital da Marinha, dali nos foi enviado após exame radiológico da mandíbula.

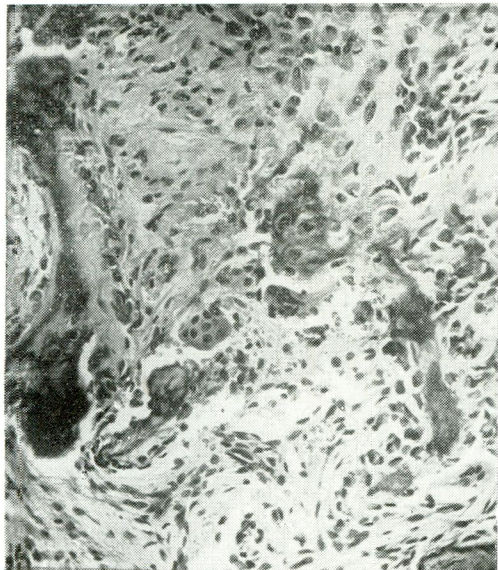
Exame local: — À inspeção, observa-se grande tumor facial, localizado no ramo lateral esquerdo da mandíbula, extendendo-se à região geniana e supra-oidéa do mesmo lado. A pele que o reveste, apresenta-se distendida, com discreta vascu-



Reg. 1.216. — Imagem de processo osteolítico, policístico da região do canino inferior esquerdo. O osso apresenta aspecto insuflado, com a cortical adelgada.

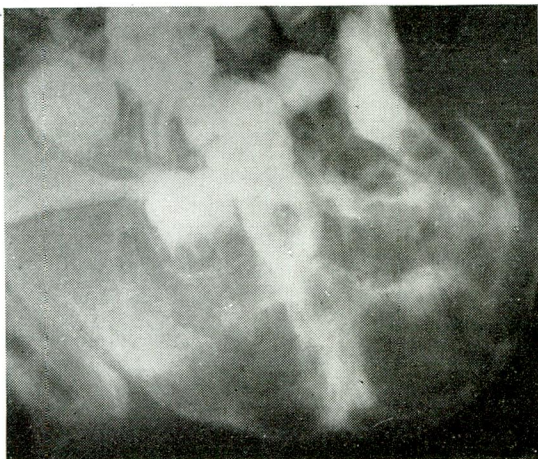


larização superficial. O tumor é indolor, duro em seus contornos e deprecível em sua parte mais elevada, fazendo parte integrante da mandíbula. Seu limite anterior corresponde à sínfese mentoniana e



Reg. 1.216. — Tumor de células gigantes. Notam-se os dois tipos de elementos que constituem o blastoma: fusiformes e gigantocitários.

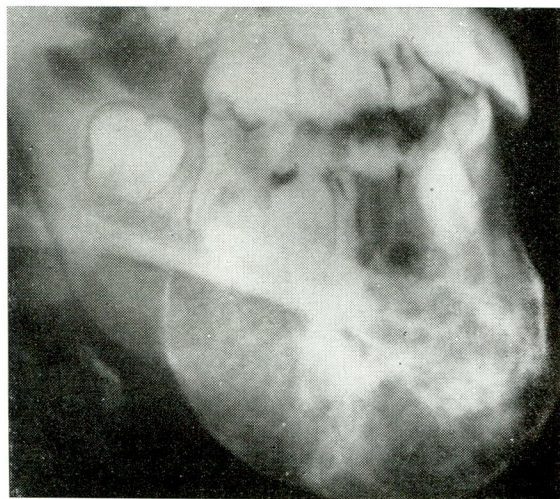
o posterior ao bordo anterior do músculo masseter. Pelo exame endo-bucal, a saliência, com superfície lisa, é sentida através da mucosa do assoalho da boca e estende-se do canino ao segundo pré-molar. Discreta adenopatia sub-maxilar esquerda.



Reg. 1.216. — Cinco meses depois de operado, o aspecto atual policístico leva à conclusão de que o processo se acha em atividade, passando logo o doente à radioterapia. (25-10-44).

Radiografia da mandíbula: — “Mostra processo osteolítico, policístico, na região do canino esquerdo. A lesão tem o tamanho aproximado de uma cereja. Essa parte da mandíbula apresenta-se como que insuflada, havendo redução da cortical (bordo inferior). Trata-se provavelmente de tumor de células gigantes; no pode ser afastada a possibilidade de se tratar de adamantinoma cístico”. E. Machado.

Biópsia, em 24-4-44 revelou: — Tumor de células gigantes com evolução fibrosa. A. Fialho.



Reg. 1.216. — Dez meses depois da chapa anterior e após irradiação, a imagem radiológica mostra redução dos limites gerais do tumor e acentuação dos septos ósseos que circunscrevem os cistos já menores. 2.6.45).

Tratamento: — Operado em 6-5-44, sob anestesia geral pelo éter. Destruição eletrotérmica de toda a massa tumoral, tendo sido introduzido o eletródio profundamente na porção medular do osso, respeitando o periosteio. Operadores: M. Kroeff e E. Burnier. A sequência operatória transcorreu sem acidentes.

Alta em 26-5-44, tendo já havido eliminação de todo tecido coagulado. Resultou apreciável cavidade constituída de paredes ósseas parcialmente recobertas por tecido de granulação que acabara se formando pouco a pouco.

Visto o doente em 22-7-44, o tumor apresentava-se menor e reduzida a cavidade resultante da coagulação. Mais tarde, em 25-10-44, verificou-se que a tumefação havia aumentado de volume. O exame radiológico, procedido nessa época, mostrou: “A imagem atual revela grande aumento em todos os sentidos do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, com aspecto policístico grossei-

ro, devendo haver reprodução do tumor" (a) E. Machado.

Em face do resultado, o doente foi encaminhado à Seção de Roentgenterapia do Hospital da Marinha, onde lhe fizeram 2000 r. sobre o tumor. Não sendo suficiente a dose, tomou outra



Reg. 1.216. — Foto um ano depois da roentgenterapia. Leve deformação mandibular. Hoje sem deformação aparente. (Nov. 47).

série de irradiações com o Dr. OSOLANDO JUDICE MACHADO, num total de 3.000 r. O tumor regrediu consideravelmente e o doente está em condições de cura clínica até hoje, novembro de 1947. Apresenta apenas pequena deformação facial.

— MIELOMAS —

Os mielomas são tumores de grande malignidade e originários da medula óssea. Histologicamente, admitem-se quatro variedades: Mieloma plasmocitário, mielocitoma, linfocitoma e eritroblastoma.

Clinica — A doença foi descrita pela primeira vez por Mac Intoye em 1850. Rusticky reconheceu-a como afecção própria da medula óssea. Manifesta-se habitualmente com a forma de focos múltiplos e daí vem a denominação que tem recebido: mieloma múltiplo e mieloma agúdo. Na literatura médica, vários casos de supostos mielomas solitários têm sido assinalados, chegando mesmo alguns deles a grandes

dimensões, antes do aparecimento de outras lesões similares. Ocorrem em indivíduos de mais de 40 anos de idade e predomina no sexo masculino. A multiplicidade das lesões é o fato mais característico da doença. Inicia-se, geralmente, com lesões localizadas no esterno, costelas, vértebras, crâneo, femur, ilíaco, mandíbula etc., constituindo nódulos múltiplos de tamanho e consistência variáveis. Só raramente se encontra o verdadeiro mieloma único. O osso sofre processo de osteoclasia com delgada cortical e desmineralização que leva a fraturas patológicas, perfurações e a invasão das estruturas vizinhas ao tumor. São duros ou moles à apalpação, de acordo com o estado evolutivo dos mesmos e o grau de vascularização. Estas permitem até oscilações volumétricas com batimento, expansão e sopro.

O início da doença é insidioso, sem quadro clínico peculiar. A dor é o sintoma mais frequente e resulta da erosão do periosteio e compressão de seus elementos nervosos. Pelo fato dos mielomas serem geralmente múltiplos, as compressões nervosas produzidas aparecem em vários pontos, atingindo verdadeiros paroxismos dolorosos, na sede das lesões ou em zonas de irradiação. Há sempre certo grau de toxemia e de progressiva anemia.

As lesões ósseas são destrutivas e as fraturas espontâneas ocorrem com frequência, constituindo em certos casos o sintoma revelador da doença. Nenhuma outra espécie de tumor primitivo do esqueleto ou mesmo secundário, dá tão alta percentagem de fraturas patológicas (62%). Sintomas renais com quadro de nefrite ou de nefrose sempre aparecem. A presença de corpos de Bence-Jones na urina é fator de grande importância no diagnóstico destas lesões. A proteinúria de Bence-Jones é sinal importante da mieloma. Não é patognomônico porque tem sido encontrado em tumores metastáticos dos ossos, na osteomalacia senil, leucemia linfóide, poli-

citemia, etc. Sua presença nos mielomas múltiplos cai a 80%. O aspecto radiológico dos mielomas caracteriza-se pela formação de áreas arredondadas de rarefação óssea, como metástases, localizadas no mesmo osso ou em peças diferentes do esqueleto. No crânio, são os frontais e parietais os mais atacados; na coluna, as regiões dorsais inferiores e lombares; nos arcos costais, as últimas costelas, da quinta para baixo, e no externo, as proximidades das articulações condro-externais.

O diagnóstico de mieloma, em seu início, não é fácil, pois a doença pode ser confundida com muitas outras. Os elementos básicos são: dores do tipo nevrálgico, dorso lombares, persistentes, agravadas com o movimento; presença de tumores múltiplos de localização predominantemente torácica, deformações, fraturas e luxações espontâneas; presença de corpos de Bence-Jones na urina; exame de material colhido por punção esternal e finalmente exame histopatológico de fragmento da lesão.

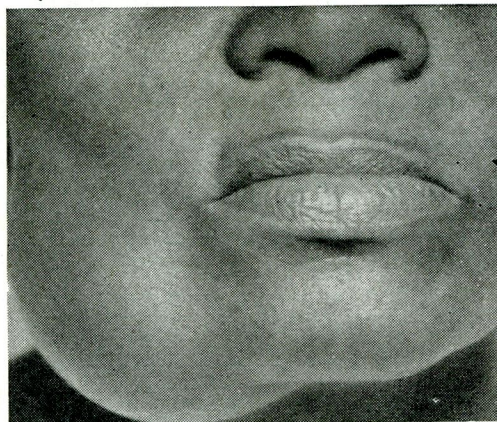
O prognóstico dos mielomas é sempre mau. A doença evolue progressivamente, às vezes com períodos de remissão, levando os doentes à morte em extrema caquexia. A duração da enfermidade não vai além de 6 meses no geral. Há casos de 4 meses e outros de mais de 9 anos.

O tratamento dos mielomas é ainda problema aberto. A doença, não tendo caráter local, parece ser afecção própria do sistema hemato-poiético, originando-se a um só tempo em múltiplos focos medulares dos ossos longos. Todos os recursos terapêuticos até hoje utilizados como a roentgenerapia, as ressecções, amputações e medicações de ordem geral, não têm passado de mera ação paliativa. A radioterapia dá apenas melhoras temporárias locais e gerais, principalmente contra o fenômeno doloroso.

MIELOMA PLASMOCITARIO

Registro 845. — Mulher preta, 54 anos, procurou o Serviço em 10-4-1942.

Doença atual: — Há 6 meses, sentiu dormência na metade direita do lábio inferior e uma semana após, notou no ramo horizontal da mandíbula, pequeno nódulo, como grão de milho, duro e fixo ao osso. Passado um mês, já havia atingido as dimensões de uma azeitona. Fez evulsão de dois grandes molares no local doente, os quais, segundo informa, estavam infetados. Não melhorou e por isso veio a este Serviço.

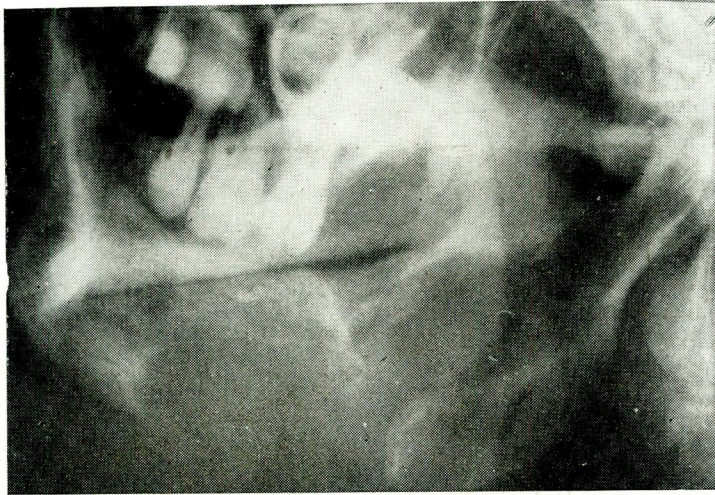


Reg. 845. — Tumor arredondado do tamanho de ovo de galinha, fazendo conexão com o ramo horizontal da mandíbula direita. Mieloma.

Exame local: — À inspeção, observa-se tumor arredondado na hemiface direita, ocupando a região masseterina. A pele, que o reveste, é distendida, sem circulação venosa superficial, nem perturbações tróficas. Pela palpação, verifica-se que o tumor é de superfície lisa, de consistência elástica, indolor e faz corpo com o plano ósseo. A pele não está infiltrada, nem apresenta aumento de calor local. O exame endo-bucal nenhuma anormalidade revelou. Ausência dos grandes molares inferiores direitos e de adenopatias sub-maxilares e cervicais. A pesquisa das sensibilidades tátil, térmica e dolorosa na metade direita do lábio inferior demonstrou acentuada redução.

Radiografia da mandíbula. "Processo osteolítico, destruindo parte da porção posterior do ramo horizontal direito da mandíbula e estendendo-se por cerca de 3 cms. para o ramo ascendente". Evaristo Machado.

Biópsia por aspiração: "No líquido hemorrágico, o exame citológico demonstrou tratar-se de blastoma constituído por células redondas. Mieloma? (a) Amadeu Fialho.



Reg. 845 — Processo osteolítico, destruindo a porção posterior do ramo horizontal da mandíbula e ramo ascendente. O aspéto radiológico é de tumor ósseo, provávelmente maligno.

A esses resultados juntou-se a biópsia a céu aberto. E o resultado do exame histopatológico do fragmento do tumor: "Mieloma com células predominantes do tipo plasmocitário". Amadeu Fialho.

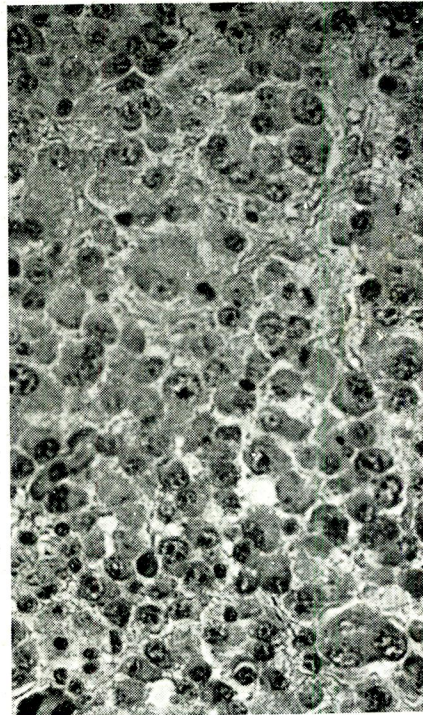
Tratamento e seqüência: Em face do resultado, a doente submeteu-se a roentgenerapia em 10-4-41. Recebeu 5.376 rs. em 5 meses. As melhoras foram pequenas. A consistência do tumor que era elástica, passou a ser fibrosa e o tumor deixou de crescer. Dois meses depois, em 25-11-42 a doente foi re-examinada. Na região frontal, uma tumefação de contornos pouco nítidos e consistência fibro-elástica.

A radiografia do crâneo revelou: "No crâneo, observamos áreas de rarefação óssea de limites imprecisos, situadas na bossa frontal e num dos parietais. A imagem radiológica lembra metastases osteolíticas". Evaristo Machado.

Em 5-2-43, foi registrado o seguinte: Bom estado geral. O tumor mandibular que havia regredido parcialmente com a radioterapia, passou a aumentar, estando nas mesmas condições da época da admissão. A consistência atual é dura, óssea. Há na região frontal um tumor das dimensões de um limão e outro na região fronto-parietal esquerda, pouco maior. Ambos são de consistência mole, depressíveis, sem batimento e indolores. A exploração radiológica do crâneo evidenciou: "Extensas áreas arredondadas de rarefação óssea, situada duas no frontal e uma no parietal direito. Metástases craneanas. No ramo mandibular direito observamos as imagens de rarefação já percebidas em exames anteriores". Evaristo Machado.

A pesquisa de albumose de Bence-Jones foi negativa.

"Praticada a punção esternal foram encontrados abundantes elementos celulares, semelhantes

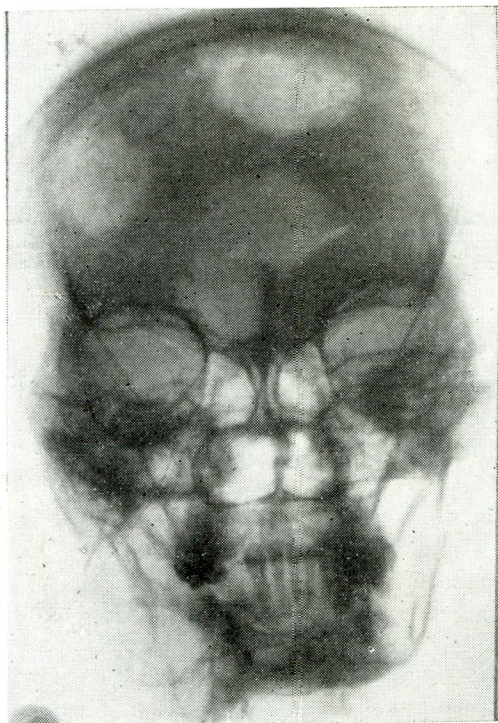


Reg. 845. — Grandes células redondas com volumosos nucleos. Mieloma plasmocitário.



Reg. 845. — Radiografia feita no nono mês de doença estando a paciente submetida a tratamento pelos Raios X. Existe aumento da lesão em confronto com a radiografia anterior (três meses) e acentuada demarcação dos contornos.

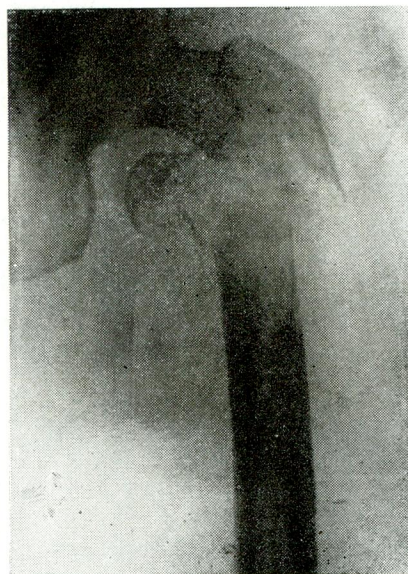
a células plasmáticas, porém com modificações morfológicas assinaladas por diversos autores e que, por si só, impõem a denominação de elemen-



Reg. 845. — Metatases craneanas aos 9 meses de enfermidade.

tos pseudo-plasmáticos. O mielograma revelou o seguinte :

Mieloblastos	1
Promielocitos	3
Mielocitos : {	
Neutrófilos	8
Eosinófilos	2
Basófilos	0
Metamielócitos	5
Eosinófilos	1
Basófilos	1
Neutrófilos segmentados	2
Linfócitos	2
Células pseudo-plasmáticas	70
Megacariócitos	0.5
Proeritroblastos	1
Eritroblastos	2.5



Reg. 845. — Metastases na extremidade superior do fêmur esquerdo aos 14 meses de doença. Fratura espontânea.

Os elementos pseudo-plasmáticos apresentavam-se grandes, com protoplasma muito abundante, núcleo redondo ou ligeiramente ovoide, com fina rede de cromatina, disposto de maneira excêntrica. Elementos em fase final de divisão foram comumente encontrados. O protoplasma corava-se em azul ou, mais comum, mostrava-se basófilo. A zona mais clara, justa-nuclear, tão comum nas células plasmáticas, não foi encontrada". (Roberto Luiz Pimenta de Mello.)

Embora o estado geral tenha se conservado satisfatório, as lesões assinaladas no crânio continuaram a crescer, principalmente, a da região frontal, que atingiu o dobro do volume consignado no dia 5-2-43, com batimentos e expansão. Em 29 de Março formação nodular dura ao nível da articulação esterno-clavicular direita e outra na parte mediana do corpo do esterno. Em Junho, novos tumores foram percebidos na coxa e região glútea esquerda. Dores intensas, reumatoides nas pernas, no tronco e cabeça. A marcha tornou-se difícil pela fraqueza dos membros inferiores. Em 10 de Julho, fratura espontânea do colo do fêmur esquerdo. Em 1 de Janeiro de 1944, a doente deformada por múltiplos tumores disseminados pelo crânio, tórax e abdômem, cheia de escaras e em extrema caquexia, entrou em coma, vindo a falecer no dia 4 do mesmo mês, com 26 meses de doença.

Os tumores metastáticos da mandíbula são pouco frequentes. O elemento neoplásico é transportado por via hematogêna. A lesão primitiva localiza-se em geral na próstata, mama, tireóide, etc. As figs. 1.341 mostram um caso de metástase mandibular de tumor do colo uterino (carcinoma epidermóide espino-celular).

Tratamento — Os tumores propagados são passíveis de tratamento cirúrgico e o resultado terapêutico pode ser permanente. No Serviço Nacional do Câncer empregamos a hemi-ressecção nos casos muito extensos de invasão total do osso, quando não se pode mais contar com uma faixa

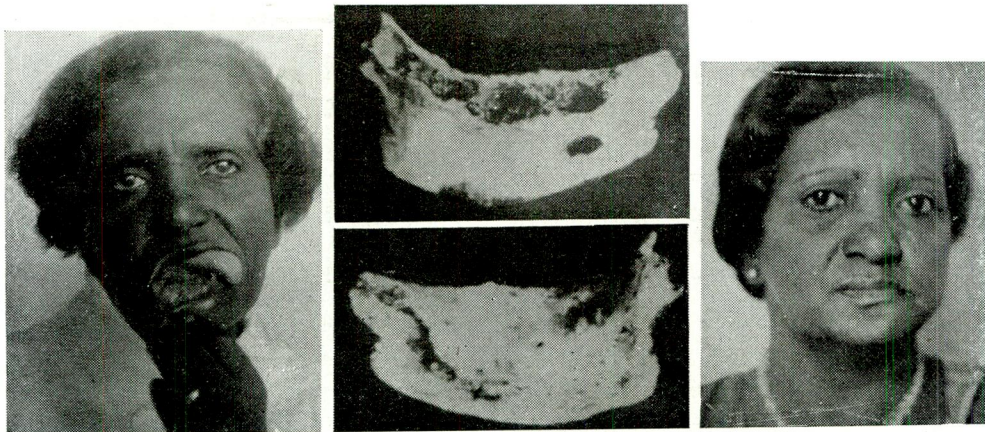


Fig. — Primeiro caso tratado pelo processo da coagulação óssea sem ressecção imediata. (M. Kroeff). Condrosarcoma da mandíbula com 16 anos de cura. Vêm-se o sequestro que abrange um segmento mandibular e a doente depois de processada a osteogênese

TUMORES SECUNDÁRIOS

Os tumores secundários da mandíbula são ou propagados ou metastáticos. Os propagados resultam da invasão do osso por processo maligno localizado na vizinhança. Assim, as lesões dos lábios, do assoalho da boca, do rebordo alveolar, da língua, em avançado período de evolução estendem-se à mandíbula. Esta categoria constitui o tipo mais comum dos tumores secundários, ou propagados.

perióstica para futura regeneração óssea. Nos casos localizados, com invasão parcial do osso, damos preferência à técnica de Mário Kroeff que coagula a porção afetada no plano ósseo, respeitando uma faixa da estrutura óssea ou do perióstio, conforme a localização do tumor. Em vez de praticar-se a ressecção segmentária da mandíbula, há apenas destruição local eletro térmica das partes moles afetadas e da porção óssea invadida pela neoplasia. Permanece intacta uma faixa óssea ou um bordo com seu perióstio para guardar a continuidade

do eixo ósseo e servir de guia na regeneração, evitando assim a deformação.

A regeneração processa-se normalmente e o sequestro, resultante da coagulação ou necrosação da porção óssea afetada,

tar o processo da ossificação. Noutros, houve destruição total de uma porção do eixo mandibular, com eliminação completa de um segmento, abrangendo tôda a circunferência do mesmo, sem haver no



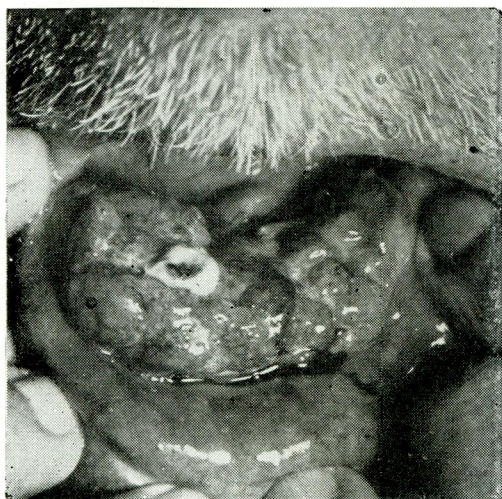
Figura. Sequestros resultantes de coagulação segmentar da mandíbula, eliminados espontaneamente sem desfazer o eixo mandibular. Alguns deles compreendem todo um segmento circunferencial da mandíbula. Processo Mário Kroeff.

elimina-se no fim de algum tempo (50 a 60 dias). Figura desta página e da anterior.

As observações anexas com suas ilustrações mostram os resultados obtidos. Nêles, em alguns casos praticamos a destruição parcial do osso invadido, ficando a faixa restante, como uma ponte para orien-

entanto interrupção da continuidade óssea.

Nos tumores metastáticos, o tratamento é paliativo, pois que em geral a metástase não é única. A terapia pelas irradiações melhora as dores e detem, de certo modo, a evolução do processo.



Reg. 432. — Grande tumor úlcero-vegetante do rebordo alveolar anterior da mandíbula com invasão óssea. Carcinoma espino-celular.

CARCINOMA DO REBORDO ALVEOLAR

Reg. 432 — Z.C.R., homem, 68 anos, branco, procurou o Serviço em 15 de Julho de 1940.

História atual — Data a doença de 4 meses. Sentindo inflamada a gengiva dos incisivos inferiores, procurou um dentista que lhe fez extrações dentárias. Depois, cauterizou a gengiva com nitrato de prata. Sôbre o rebordo originou-se pequeno tumor que tem crescido.

Exame local — A inspecção da cavidade bucal mostra existência de grande tumor, de superfície irregular, de coloração rósea, localizado no rebordo alveolar da porção mentoniana. Fig. 432 Pela palpação, o tumor é de consistência firme e está prêso ao plano ósseo.

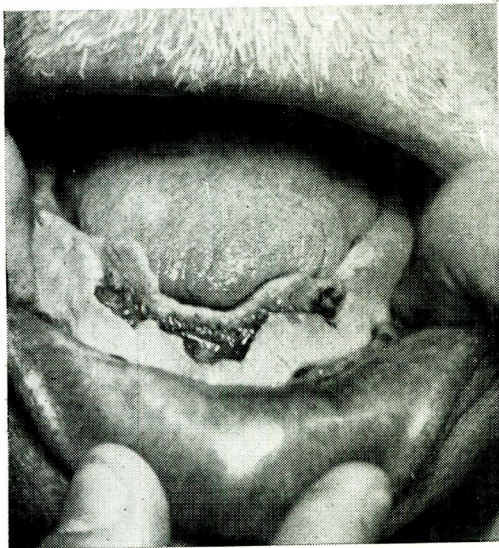
Linfo-adenopatias sub maxilares e cervicais.

Radiografia da mandíbula — Nota-se irregularidade no rebordo alveolar correspondente ao terço do ramo horizontal.

Biópsia — Carcinoma espino-celular ceratinizado (B. 435).

Tratamento — Operado em 3-8-1940 sob anestesia troncular. Foi praticada a eletro-coagulação do tumor, incluindo-se as partes moles e a porção mandibular correspondente que se apresentava afetada pelo processo Mário Kroeff. Operadores: Luiz Carlos de Oliveira e Jorge de Marsillac.

Resultado — A sequência operatória decorreu sem acidente. O sequestro de coagulação foi eliminado no fim de 113 dias, sem deixar deformação do eixo mandibular, nem da face do doente. A fig. 432 mostra o sequestro no momento de ser retirado, ainda preso ao plano ósseo subjacente. Faleceu em 21-5-941.

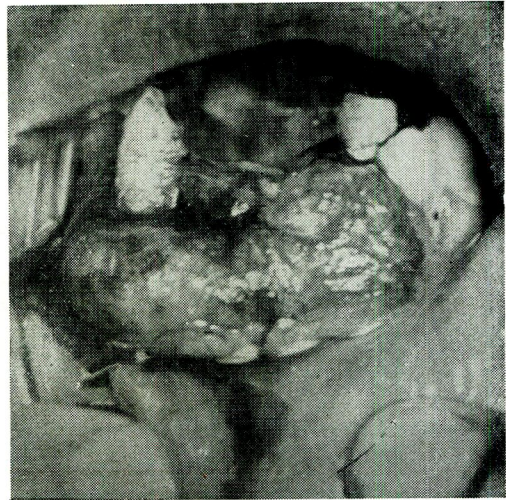


Reg. 432. — O tumor úlcero-vegetante do rebordo alveolar foi largamente coagulado. O sequestro resultante, ainda preso à porção viva da mandíbula.

CARCINOMA DO REBORDO ALVEOLAR DA MANDÍBULA

Registro n.º 698 — M. M. C., homem, 37 anos, preto, procurou o Serviço em 22 de Março de 1941.

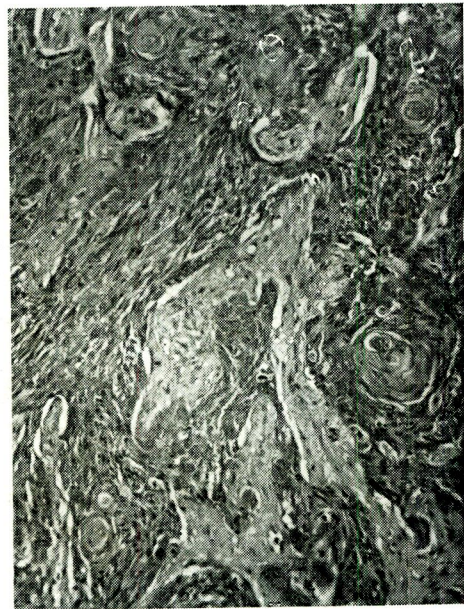
História da doença — Há um mês e 15 dias, procurou um dentista porque os incisivos inferiores estavam abalados. Foram extraídos. Alguns dias depois, apareceu-lhe pequeno nódulo no rebordo alveolar correspondente, o qual passou logo a crescer rapidamente. Por esta razão foi encaminhado a nosso Serviço, pelo próprio dentista. Sente dores fortes no local da lesão, principalmente quando se alimenta. Há duas semanas, teve hemorragia.



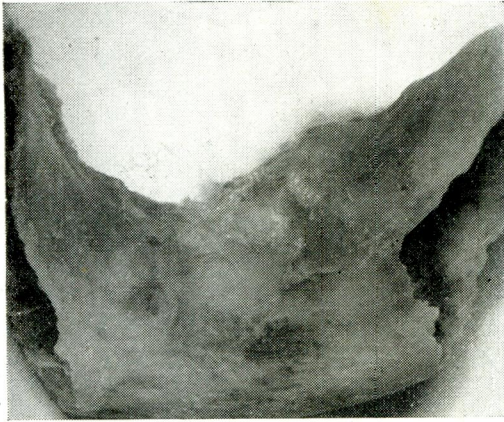
Reg. 698. — Tumor úlcero-vegetante do rebordo alveolar anterior com invasão óssea. Carcinoma espino-celular.

Exame local — Nota-se a presença de tumor vegetante localizado no rebordo alveolar inferior da região mentoniana. Fig. 698. A superfície é de cor avermelhada, apresentando pontos hemorrágicos e esbranquiçados. Sangra com facilidade. O tumor invade a face posterior do rebordo alveolar, o assoalho da boca e a face inferior da língua. Discreta adenopatia sub-maxilar direita.

Radiografia da mandíbula — “Zona de destruição óssea em correspondência com o canino infe-



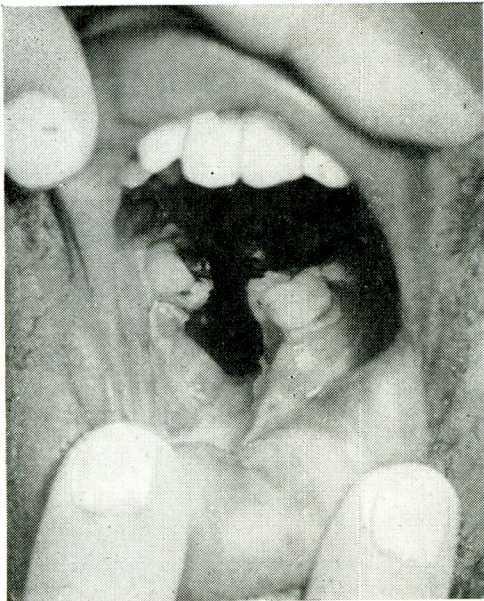
Reg. 432. — Carcinoma espino celular.



Reg. 698. — Sequestro resultante da coagulação larga da lesão úlcero-vegetante do rebordo alveolar com invasão óssea. A eliminação abrange um segmento inteiro, circunferencial do eixo ósseo, como se pode ver pelo bordo inferior nítido do sequestro.

rior direito, reduzindo a espessura da mandíbula a custa do rebordo alveolar". (E. Machado).

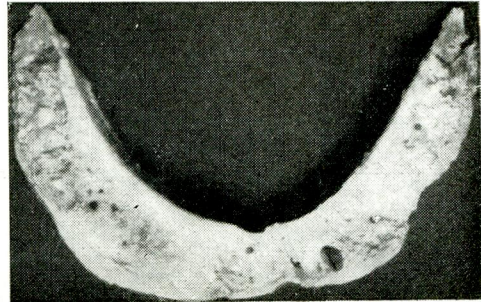
Tratamento — Operado em 10.10.1941, sob anestesia local, tendo sido praticada a eletro-coagulação de todas as partes moles do tumor; o osso afetado, isto é, o rebordo alveolar; a face interna e externa da mandíbula, até o bordo inferior, completando-se assim toda a circunferência óssea Es-



Reg. 698. — Neste caso houve solução de continuidade no eixo ósseo. Os dois segmentos vivos, depois da eliminação do sequestro, aproximaram-se formando neo-artrose. Pelo afrontamento houve consolidação fibrosa e depois óssea.

vasiamento ganglionar sub-maxilar bi-lateral e ligadura das artérias linguais. Operadores: Drs. Mário Kroeff e Jorge de Marsillac.

Resultado — A seqüência operatória decorreu sem acidente. O sequestro mandibular resultante da coagulação foi eliminado no fim de 81 dias, sem deixar deformação facial apreciável. O sequestro compreende um segmento circunferencial do eixo mandibular, vendo-se perfeitamente o bordo inferior do mento. O exame da peça revelou: — Carcinoma espino-celular, P.C. n.º 549.

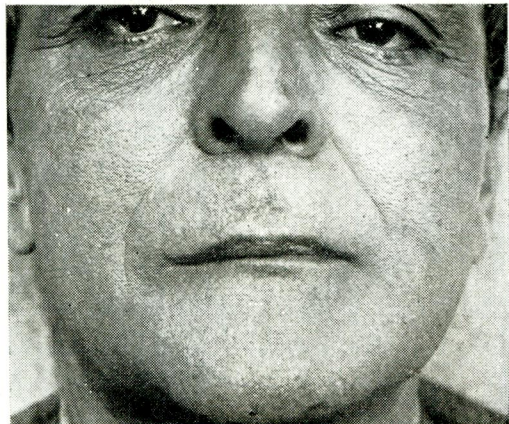


Reg. 305. — Sequestro resultante da coagulação da porção mandibular afetada.

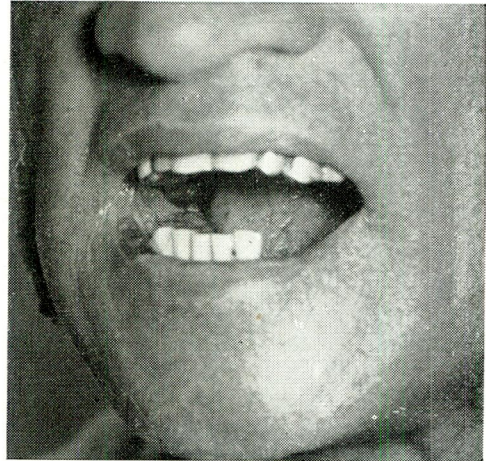
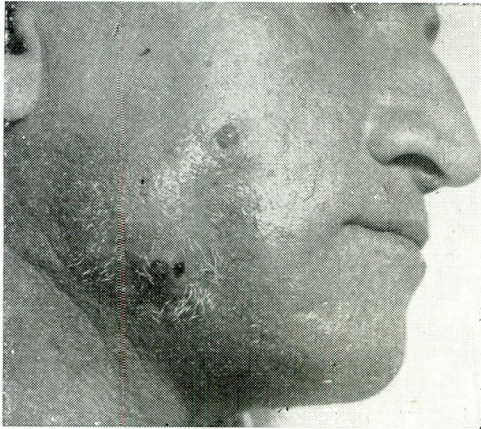
CARCINOMA DO ASSOALHO DA BOCA COM INVASÃO MANDIBULAR

Reg. 305 — J.S., homem, 55 anos, branco, procurou o Serviço em 27 de Dezembro de 1939.

Moléstia atual — Há um mês e meio, senti pequena irritação no rebordo alveolar inferior esquerdo. Logo cresceu aí um tumor, tomando aspecto vegetante e propagando-se ao assoalho da boca.



Reg. 305. — Depois de eliminado o sequestro resultante da coagulação da porção óssea afetada, a fisionomia do paciente mostra-se sem deformação.



Reg. 9123. Grande tumor do rebordo alveolar inf. com invasão dos tecidos moles da face até a superfície cutânea. Carcinoma espino-celular.

Exame local — À inspeção endobucal, nota-se extensa lesão úlcero-vegetante que abrange todo rebordo gengival inferior esquerdo, assoalho da boca e quase toda a face inferior da língua. O aspecto da lesão é, em alguns pontos, de couve-flor e, em outros, ulceroso, com bordos irregulares e fundo necrosado. Há infiltração da base de toda zona do tumor, a qual se estende para fóra dos limites da lesão. Adenopatias sub-maxilares esquerdas pequenas, livres e indolores.

Radiografia da mandíbula — “Não se encontram sinais de alteração óssea”.

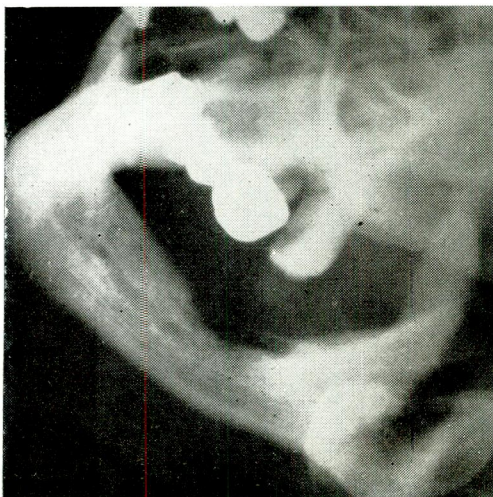
A biópsia revelou — Carcinoma espino-celular ceratinizado.

Tratamento — Operado em 23-1-1940, tendo sido praticada a coagulação das partes moles, rebordo alveolar, face interna da mandíbula e assoalho da boca. Operadores: Drs. Penido Burnier e Jorge de Marsillac.

Resultado — A sequência operatória procedeu-se regularmente, dando-se logo a exposição da porção óssea atingida pela coagulação. O sequestro eliminou-se espontaneamente ao cabo de 55 dias, deixando por baixo um segmento são.

A foto mostra o doente sem deformação facial.

O doente faleceu repentinamente em 15 de Setembro de 1940.



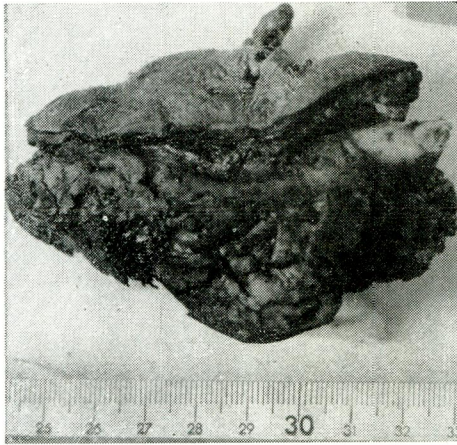
Reg. 9.123. — Lesão osteolítica do rebordo alveolar direito da mandíbula.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA BOCHECHA

Registo n.º 9.123 — Homem branco, de 47 anos, procurou o Serviço em 19-3-947.

Doença atual: — Data de 3 anos uma placa branca na face interior da bochecha direita. Há 1 ano e meio, esse ponto foi tomado por carne esponjosa. Procurou um dentista que lhe extraiu vários dentes, recomendando uma consulta médica. Após as extrações, outras formações vegetantes surgiram na gengiva inferior à direita.

Exame local: — Na mucosa geniana direita, junto da comissura labial, extensa formação papilomatosa de superfície irregular, com 4 cm. de diâmetro. A consistência é mais ou menos firme. A gengiva do rebordo alveolar inferior apresenta um tumor ulcerado de 7 cm. x 2 cm.; a infiltração invade o rebordo alveolar, o sulco gengival ex-

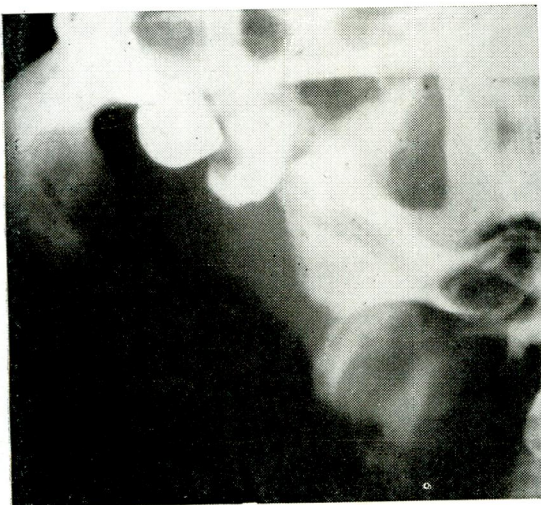


Reg. 9.123. — A peça operatória compreende partes moles, mucosa, pele e um segmento ósseo da mandíbula.

terno, toda a parede da bochecha, aparecendo externamente na pele da face, com área espessada e ulcerada. Na região sub-maxilar, gânglios palpáveis. Trismus.

Radiografia da mandíbula: — Em 20-3-47 — “Rebordo alveolar esquerdo rarefeito na sua porção correspondente à zona de implantação dos últimos molares. Imagem de limites imprecisos”. (a) Cabral).

Em 22-4-47 — “Processo osteolítico do bordo alveolar do ramo horizontal direito da mandíbula, parecendo tratar-se de invasão de tumor maligno de partes moles. A chapa atual revela maior des-



Reg. 9.123. — Vê-se a perda de substância óssea resultante da ressecção segmentar da mandíbula.

truição óssea do que por ocasião do exame anterior”. (a) Evaristo Machado.

Biópsia: — Carcinoma espinocelular grau 2.

Tratamento: — Operado sob anestesia troncular e local em 29-4-47. Hemi-ressecção do ramo horizontal da mandíbula, abrangendo toda a porção geniana invadida pelo tumor, cutânea e mucosa, num só bloco, com o bisturi elétrico. A mu-



Reg. 9.123. — A ferida operatória em via de cicatrização.

cosa da base da língua foi suturada à restante mucosa geniana. Idem os bordos cutâneos da ferida. (fig.).

Operadores: Drs. Mário Kroeff e João Bancroft Vianna.

Radiografia: — Em 22-5-47 — “Ausência de sinais de recidiva. Ausência de imagem de sequestro”.

FIBRO-SARCOMA DA MANDÍBULA

Registo 191: — Homem de 26 anos, pardo, encaminhado ao Serviço pelo Dr. Sylvio Brunner, em 24-7-1939.

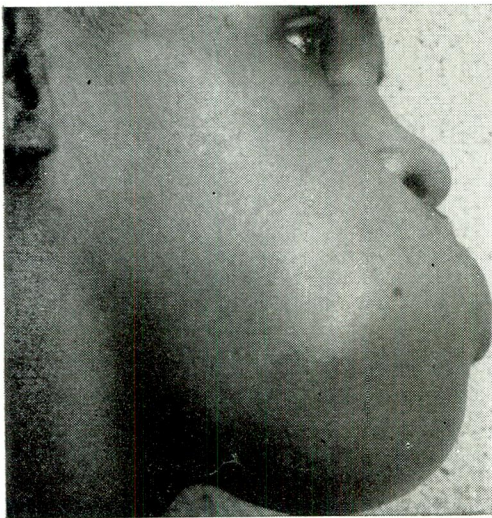
Moléstia atual: — Data sua doença de 3 meses. O sintoma inicial foi dor de dente. Procurou logo um dentista que fez avulsão do canino e pré-molar inferiores esquerdos. Três a quatro dias depois das extrações, apareceu no local pequeno tumor, como se fora carne esponjosa. Esta cresceu rapidamente, trazendo dores e perturbando-lhe a palavra e mastigação.

Exame local: — À inspeção, observa-se considerável assimetria facial com volumosa tumefação localizada na região geniana e sub-maxilar direita. A palpação revela grande tumor, formado a



Reg. 191. — Grande tumor que abrange o arco mandibular e deforma consideravelmente a face do doente. Na boca perda espontânea de alguns dentes e implantação irregular de outros já abalados. Fibro-sarcoma.

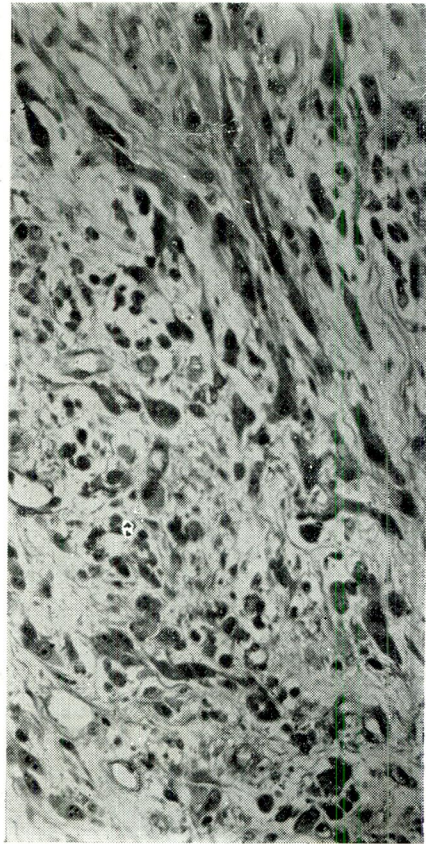
custa do ramo horizontal direito da mandíbula e do tamanho de uma grande laranja. A mucosa que o reveste, distendida e luzidia, apresenta em



Reg. 191. — O mesmo caso da figura anterior.

alguns pontos aspectos vegetantes. Sialorréia abundante e hálito fétido. Os movimentos mandibulares estão conservados. O tegumento cutâneo não apresenta alterações. O tumor é de consistência dura, faz corpo com os ramos horizontal e ascendente direitos da mandíbula e estende-se para o interior da boca. O assoalho da boca e a mucosa geniana desse lado, acham-se grandemente infiltrados e ulcerados em alguns pontos. Discreta adenopatia sub-maxilar direita.

Exame histopatológico: — Fibro-sarcoma.



Reg. 191. — Fibro sarcoma.

Tratamento: — Operado em 5-8-939, sob anestesia troncular, tendo sido praticada eletro-coagulação do tumor em toda sua extensão. Operadores: Mário Kroeff e Nelson Costa. A sequência foi acidentada, tendo o doente falecido 6 meses após a intervenção.

Radiografia: — “A radiografia revela aspecto grosseiro de estrutura óssea, nos 2/3 anteriores do ramo horizontal direito da mandíbula. Invasão óssea, de tumor de partes moles?” (a) Evaristo Machado.



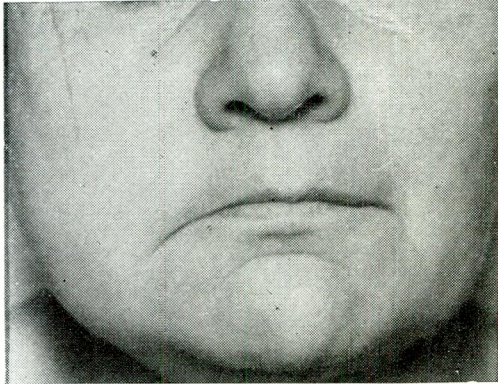
Reg. 191 — A-p'cto grosseiro de estrutura óssea nos 2/3 anteriores do ramo horizontal direito da mandíbula. Invasão óssea, de tumor de partes moles.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA MANDÍBULA — METASTÁTICO

Registro n.º 1.341 — Mulher, branca, 48 anos, encaminhada ao Serviço em

Doença atual — Há 1 mês, dór de dente no último grosso molar inferior direito, com inchaço do rosto. Procurou a Policlínica Geral, onde esteve internada durante 8 dias. Aí foram praticadas várias radiografias da mandíbula que mostraram grande destruição óssea. Nessas condições, foi enviada ao nosso Serviço.

Exame local — Pela inspeção, discreta assimetria facial direita, caracterizada por queda da comissura labial e aumento de volume da região geniana desse lado. A doente abre incompletamente a boca e, quando o faz, acusa dór ao nível do ângulo mandibular direito e da articulação temporal do mesmo lado. Ausência de modificações cutâneas apreciáveis. Pela inspeção endobucal, verifica-se a falta dos 3 grandes molares inferiores direitos e a existência de formação tumerosa localizada no rebordo alveolar, de forma arredondada e revestida de mucosa de aspecto normal. Pela palpação ex-



Reg. 1.341. — Deformação facial causada por tumor do ramo horizontal direito da mandíbula. Carcinoma epidermóide. Metástase de blastoma do cólo do útero.

terna, percebe-se tumefação dura, dolorosa, situada na região geniana direita, onde o toque bi-digital da bochecha mostra que a mesma faz parte integrante do segmento ósseo. É de consistência firme e dolorosa à pressão. A punção exploradora revelou ser tumor sólido. A exploração do território do nervo mentoniano direito revelou acentuada diminuição das sensibilidades tactis, térmicas e dolorosas.

Exame radiológico — “Processo osteolítico tomando os 2/3 inferiores da metade anterior do ra-

mo ascendente e a parte contígua do ramo horizontal (ângulo). Desaparecimento da cortical em tôda essa extensão. A imagem radio transparente tem forma oval, contornos irregulares, pouco nítidos. O aspecto radiológico é de neoplasia provavelmente maligna”. (a) Evaristo Machado.

Biópsia — Praticada sôbre o tumor alveolar revelou: carcinoma epidermóide.

Exame ginecológico — Ao exame especular, cólo ulcerado, vegetante, hemorrágico.

Biópsia da lesão do cólo uterino — Carcinoma epidermóide, grau 3.

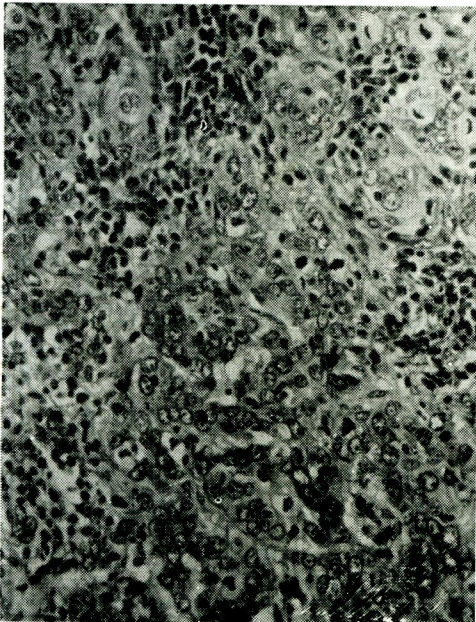
Tratamento — Roentgenterapia paliativa. A doente faleceu.

LEONTÍASE ÓSSEA

Doença descrita pela primeira vez por Malpighi, em 1697, a leontiasse óssea caracteriza-se por acentuada hiperostose dos ossos da face e do crâneo, podendo atingir parte ou a totalidade dos ossos da face e do crâneo. Nos casos adiantados, há deformação facial ou crâneo-facial, chegando os ossos a atingir mais de uma polegada de espessura e o peso do crâneo



Reg. 1.341 — Lesão osteolítica do ramo horizontal da mandíbula com invasão até o rebordo inferior, de aspecto metastático.



Reg. 1.341. — Carcinoma epidermoide gráo 3.

alcançar de 3 a 4 quilos. A etiologia da enfermidade é desconhecida. Talvez o traumatismo, as infecções, as perturbações metabólicas e endocrinas possam ter influência em sua origem. A osteíte deformante, ou doença de Paget tem sido observada também no maxilar superior e, como há casos de leontíase com comprometimento de ossos longos, as duas enfermidades assemelham-se, chegando alguns a sustentar que a leontíase nada mais é que a localização crâneo-facial da osteíte deformante de Paget.

A doença pode tomar aspecto localizado ou generalizado, sendo que o ponto de partida mais comum é o ramo montante dos maxilares superiores, invadindo daí progressivamente o macisso facial, o maxilar inferior e o crâneo. Histològicamente, nota-se desaparecimento precoce da estrutura ossea normal, com formação de lacuna e proliferação excessiva do tecido connectivo fibroso e vascular, tudo como na osteíte fibro-cística.

A sintomatologia é variada e depende da extensão do processo. A deformação facial progressiva forma o sintoma característico, aquele, que mais impressiona os doentes. A cefalea precoce é mais sinal de gravidade. Não raro, nos casos avançados, observam-se exoftalmos, defeitos visuais e auditivos, nevralgias, paralisias e dilatações venosas faciais, obstrução nasal e lacrimal; insônia, *déficit* mental. O exame radiológico revela notável aumento da densidade dos ossos.

Como complemento, deve praticar-se a radiografia dos ossos longos para eliminar a possibilidade da doença de Paget.

A evolução da leontíase é longa, variando entre 30 e 40 anos. O tratamento atual da enfermidade é paliativo e destina-se apenas a melhorar a estética facial e prevenir certas complicações (obstruções).

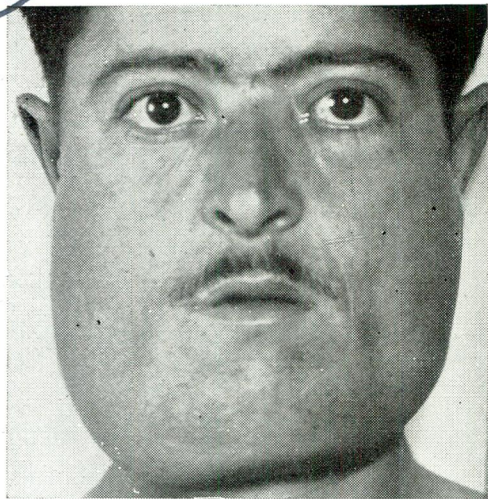
Lecenne e Leriche contra-indicam qualquer operação nos enfermos que apresentem hiperostose tipo leontíase. A intervenção nesses casos agrava a situação, trazendo em geral, surtos evolutivos mais agudos.

LEONTÍASIS

Registro 1.875 — C. J. F. F., homem, 26 anos, branco, procurou o Serviço em 3-12-1943.

Doença atual: — Aos 8 anos de idade, notaram-lhe a face inchada do lado direito, próximo ao mento. A hipertrofia fez-se lentamente e de tal modo que êle próprio nada percebera. Só os que o viam espessadamente, sentiam sua anormalidade. Com o tempo, a deformação atingiu as dimensões atuais, sem lhe causar qualquer incômodo. Em 1934, percebeu que a face do lado oposto passou também a crescer. Procurou vários hospitais, onde lhe fizeram múltiplos exames, ignorando sempre o resultado a que chegaram. Como medicação, só tomou injeções de cálcio. Fez com facilidade o curso primário e nunca apresentou perturbação de idéias. Há dois anos, notou um tumor duro, indolor, logo abaixo do cotovelo esquerdo, que desde então permanece, guardando o mesmo volume.

Antecedentes: — Mãe falecida de afecção cardíaca aos 29 anos, tendo tido 2 abortos, sendo um de 6 e outro de 2 meses e meio. Não há



Reg. 1.875. — Em 3-12-1943 — Facies leonino resultante da hipertrofia óssea da mandíbula. Leontiasis óssea.

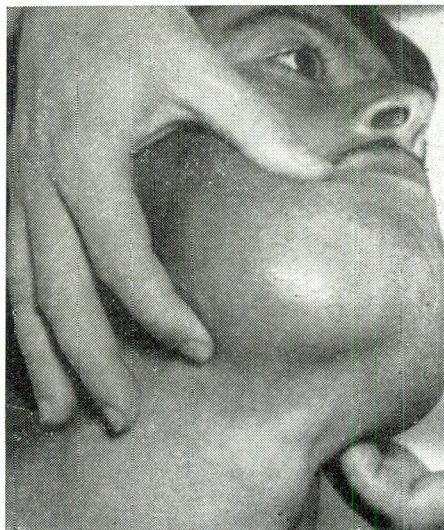
outros antecedentes hereditários de origem sífilítica. O paciente nasceu a termo, em parto normal. Nega qualquer passado venéreo. Primeira relação sexual aos 20 anos. Desconhece caso idêntico em sua família.

Exame local: — À inspeção da face, verifica-se acentuada deformação, caracterizada por duas formações tumorosas nas regiões genianas, com projeção aos ramos mandibulares. A direita, é maior do que a esquerda. Ambas sofrem pequena depressão, marcando um sulco na região mentoniana. A pele da face é normal. Mímica facial normal. Discreta exoftalmia.

Radiografia: — “Acentuada hiperostose causando grande deformação da mandíbula. A sínfise mentoniana parece respeitada. A opacidade é intensa e homogênea, não se observando imagens císticas, nem estrutura pagetóide. Hiperos-

tose menos intensa do maxilar superior, malar, frontal e occipital. Ausência de alterações estruturais nos demais ossos do esqueleto. O quadro radiológico é da “leontiasis óssea”. (a) *Evaristo Machado.*

B. 16.024 — “Osteo esclerose com fibrose dos espaços medulares. O exame radiológico e o his-



Reg. 1.875. — Em 3-12-1943 — Mesmo caso, mostrando a saliência sub mentoniana.

tológico estabelecem o diagnóstico de leontiasis óssea”. (a) *Amadeu Fialho.*

Punção lombar: — Líquor levemente opalescente, não contendo coágulos de fibrina. Ausência de sangue.

Pressão inicial, 15.

Pressão final, 11 (após a retirada do 10 c.c. de líquido).



1934

1936

1937

Reg. 1.875. — Essas três fazes mostram que a deformação vem se processando gradativamente.



Reg. 1875 — Abobada palatina, em ogiva, própria da heredo-sifilis.

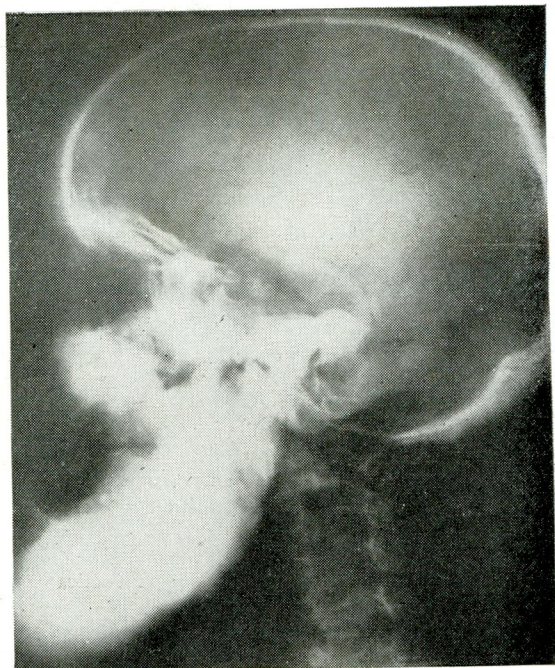
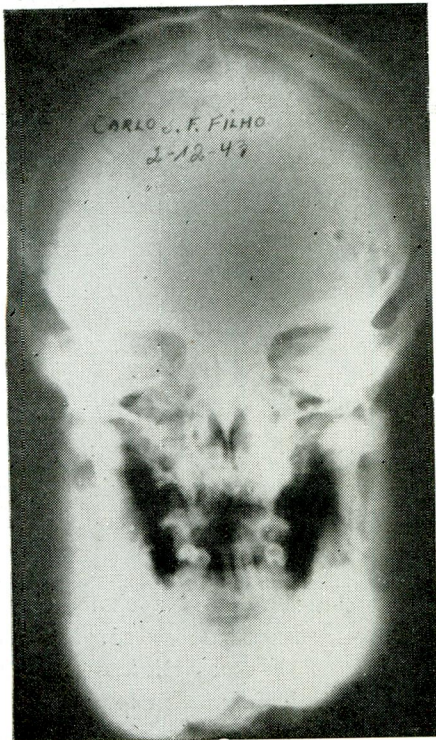
Prova de Stookey, 47-20.
 Citologia, 330 elementos por m.c.
 Contagem diferencial: — linfocitose absoluta.

Reação de Pandy: — fortemente positiva.
 Reação de Nonne-Apelt: (primeira fase): — fortemente positiva.
 Reação de Kahn: — positiva.
 Reação de Weichbrodt: — fortemente positiva.
 Reação de Kahn no sangue: — fortemente positiva.
 Fosfatase, 10,6 Us, Bodansky.
 Fósforo, 3 mgrs. 85%.
 Cálcio, 8 mgrs. (a) *Moacyr Santos Silva*.

Exame oftalmológico: — Revelou de anormal apenas: Anisocoria (pupila esquerda em mi-driase discreta).

Sistema nervoso: — O exame geral sob este aspecto nada revelou de anormal, a não ser: — Reflexos aquileos abolidos. Patelares presentes, sendo o direito mais forte, quando o paciente se acha sentado e aperta fortemente as mãos. Reflexos tendinosos dos membros superiores não estão perturbados.

O reflexo mandibular acha-se quase desaparecido (percussão do mento). A pesquisa do masseterino é impossível (foram feitas tentativas nesse sentido), por não podermos localizar pela palpação o músculo e suas inserções.



Reg. 1875 — Acentuada hiperostose, causando deformação da mandíbula. A opacidade é intensa e homogênea, não se observando imagens císticas, nem estrutura pagetoide. O quadro radiológico é da leontíase óssea.

As pupilas são desiguais, sendo a esquerda maior do que a direita.

A contração pupilar à luz não é perfeita nos dois lados.

A contração pupilar à acomodação está conservada, bem como o fenômeno da convergência.



Reg. 1.875. — Leontíasis óssea. Corte em celoidina. Fibrose dos espaços medulares. Traves ósseas espessas, bem constituídas.

Psiquismo : — O paciente mostra-se atento, de humor tranquilo, reagindo bem às emoções. Memória para fatos antigos e recentes conservada, associação de idéias normal. Nível mental com ausência de distúrbios psico-sensoriais.

Diagnóstico : — Leontíasis de origem luética — Tabes.

Tratamento : — Em vista dos exames de laboratório terem revelado processo luético, confirmando os dados clínicos, o doente fez tratamento específico.

OSTEOMIELEITE

A osteomielite mandibular é afecção relativamente comum e encontrada na infância e adolescência. Sua etiologia liga-se a processos sépticos de origem dentária, ou mais raramente, a infecções propagadas por via hematógena.

O agente, via de regra, é o estafilococo dourado.

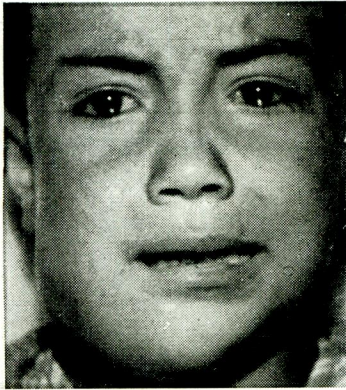
A osteomielite da mandíbula não passa de processo secundário, fato de importância no diagnóstico, devendo sempre ser procurado na história pregressa dos portadores de tumor mandibular, mormente na idade de 8 a 15 anos. Nesta época, os processos dentários em franca evolução, tornam a mandíbula vulnerável aos agentes microbianos. O foco infeccioso instala-se de preferência na região dos molares, onde é sempre maior a atividade funcional. Forma-se rapidamente uma tumefação das partes moles e óssea em torno do foco dentário e os fenômenos inflamatórios tendem para a supuração, necrose mandibular e formação de sequestro. Uma vez constituído o abscesso, fistulisa-se para dentro da boca, ou para fora, no rebordo sub-maxilar. Há sempre febre e dor espontânea e à palpação.

O exame radiológico evidencia alterações do plano ósseo, com espessamento do periósteo e quando mais adiantadas as lesões, denuncia também a presença de sequestro.

Em certas formas clínicas de osteomielite da mandíbula, a história clínica, os sintomas e o exame radiológico, não bastam para o diagnóstico.

A esta classe pertence a chamada osteomielite condensante de Parré. Não ha sequestração, os sintomas clínicos não são típicos e a radiologia mostra aspecto condensante da estrutura óssea, de fácil confusão com os tumores malignos. Nêstes casos, o exame histopatológico, torna-se in-

dispensável. O tratamento da osteomielite da mandíbula é medicamentoso (sulfa, penicilina), ou cirúrgico (trepanação, curetagem e sequestrectomia em vez das ressecções).



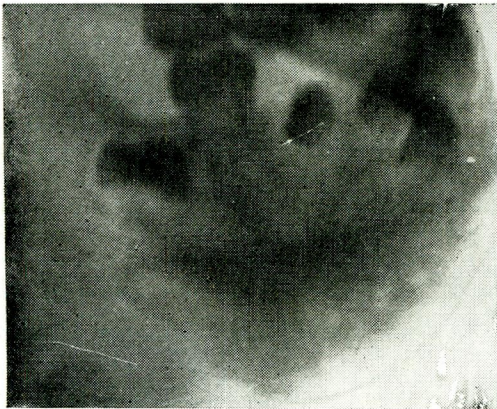
Reg. 1.744. — Tumor difuso, duro, da região mandibular direita e doloroso. Osteomielite.

OSTEOMIELITE

Registo 1.744: — D. M. S., de 6 anos, pardo, encaminhado ao Serviço em 25-10-1943.

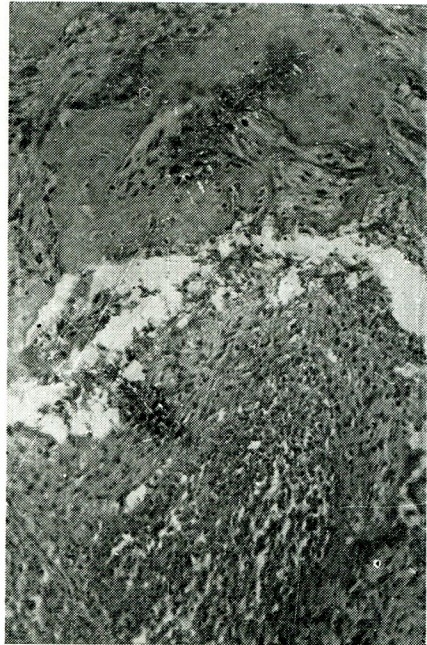
História atual: — Há 5 meses, dôr de dente, acompanhada de tumefação da face. Examinado por um dentista, foi-lhe praticada a abertura de tumor de púz e extraídos os dois pré-molares inferiores direitos. Apesar d'êste tratamento, o tumor facial manteve-se estacionário.

Exame local: — À inspeção, nota-se deformação da hemi-face direita, causada por tumefação



Reg. 1.744. — Tumefação, ocupando o ramo horizontal da mandíbula, om aspécto e opacidade óssea, de limitação precisa, como se fosse hiperostose ou processo inflamatório crônico esclerosante. Osteomielite

localizada no ramo horizontal direito da mandíbula. A pele a êste nível é tensa e avermelhada. À palpação, o tumor é de superfície lisa, consistência dura e faz corpo com o plano ósseo. Em alguns pontos dá superfície tumerosa, percebem-se



Reg. 1.744. — Osteomielite.

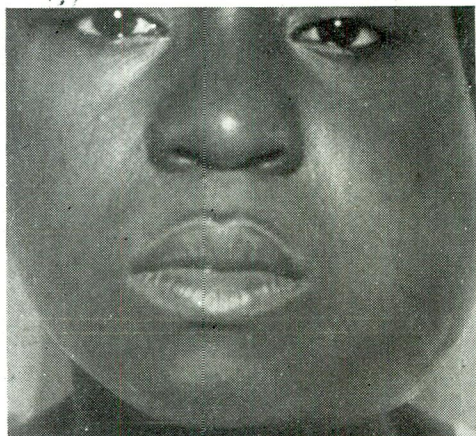
pequenos pontos de flutuação. Reações gangliares sub maxilares e sub-mentonianas. O exame endooral não fornece dados clínicos apreciáveis.

Radiografia da mandíbula: — “A tumefação ocupa a metade anterior do ramo horizontal direito da mandíbula. Tem opacidade óssea de limitação precisa, como se fosse hiperostose. Observam-se algumas áreas pequenas de fusão óssea. A imagem radiológica não nos permite a diferenciação entre processo inflamatório crônico esclerosante e uma verdadeira neoplasia. Inclina-mos para a primeira hipótese, sem que se possa afastar a possibilidade de ser um odontoma duro”. (Evaristo Machado).

Tratamento: — Com o diagnóstico de osteomielite da mandíbula, o doente foi operado em 5-11-1943. Trepanação e curetagem. Operador: Luiz Carlos e Turibio Braz.

A sequência operatória procedeu-se regularmente. Alta em ótimas condições 8 dias depois de operado.

O exame histopatológico da peça revelou: — Osteomielite não específica. (A. Fialho).

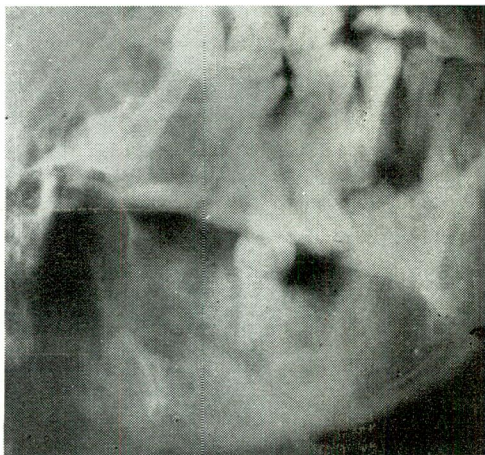


Reg. 9.988. — Grande tumor facial, oriundo do ramo horizontal da mandíbula. Osteomielite.

OSTEOMIELE

Reg. 9.988 — Mulher, preta de 20 anos, procurou o Serviço em 26-9-1947.

Doença atual: — Data de 7 meses. Dôr num queixal inferior esquerdo. Por êsse tempo estava nos últimos meses de gravidez. Aumento de volume da hemi-face esquerda, que veio à supuração. Após o parto, a tumefação facial tomou vulto rapidamente com intensa reação febril, aos 8 dias de puerpério. Tomou penicilina. Daí para cá, isto é, há um mês e meio, o processo estacionou como um tumor. Com injeção de vacina aplicada por dentista, reapareceram as dô-



Reg. 9.988. — O cliché mostra a extensa área de condensação não homogênea, na altura dos grossos molares, ultrapassando o bordo inferior.

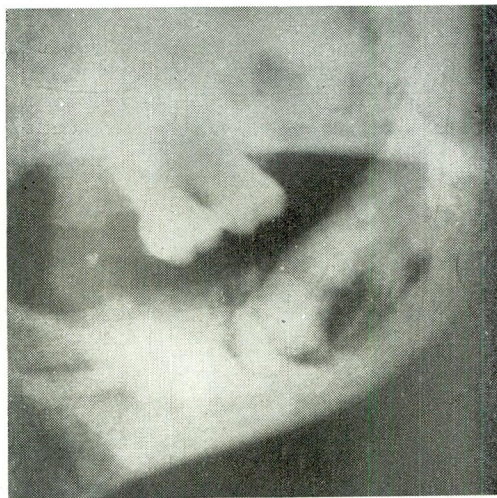
res locais. A conselho dêsse profissional, veio procurar-nos.

Exame local: — Abertura da bôca, dificultada. Abaulamento intenso da região geniana.



Reg. 9.574. — Tumefação facial relacionada à processo mandibular. Osteomielite.

Na face à esquerda, verifica-se a presença de globo tumor, de volume de meia laranja, cujos maiores diâmetros são aproximadamente 13 x 10, estendendo-se da arcada zigomática ao bordo in-



Reg. 9.574. — Ramo esquerdo. Imagem de condensação, não homogênea, na região dos pré e grossos molares contornada por área de rarefação óssea. Osteomielite com volumoso sequestro.

ferior da mandíbula e da mastoide à comissura labial esquerda. O tumor faz corpo com o arco

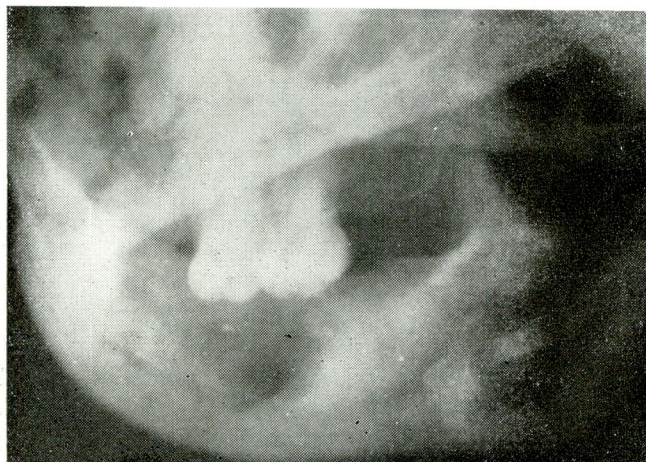


Ramo direito — Imagem de condensação não homogênea (pequenas áreas arredondadas de maior rádio-transparência) na região dos grossos molares. Osteomielite?

mandibular e é duro, fixo à pele, que o recobre e nesta, múltiplos nódulos cicatriciais, reliquat de fistulas cutâneas.

Exame radiológico: — As radiografias efetuadas (Bellot e P. A.) revelam néo-formação óssea

Tratamento: — A doente foi operada sob narcose pelo Thio-nembital em 29-10-47. A operação consistiu em trapanção, seqüestrotomia e curetagem. Operadores: Alberto Coutinho e Amador Campos.



Ramo esquerdo — Desaparecimento de imagem de condensação descrita no exame anterior e que parecia corresponder a um sequestro.

com opacidade não homogênea (presença de pequenas áreas de rarefação) ocupando a metade posterior do ramo horizontal esquerdo proveniente da face externa e ultrapassando o bordo inferior do osso. Essa imagem apresenta contorno regular, nitido. Osteomielite condensante com intensa osteoperiostite?

Biópsia: — Osteomielite.

RESUMO

Os A. A. apresentam detalhado estudo sobre tumores da mandíbula, valendo-se do grande e variado material observado e seguido durante muitos anos no Serviço Nacional de Câncer. O assunto é tra-

tado com especial interesse à luz de dados clínicos e mediante confirmação anátomo-patológica.

Após considerações relativas à etiologia geral dos tumores da mandíbula, à interpretação dos quadros clínicos e dos meios usuais de diagnóstico e tratamento, os A. A. dão uma classificação que abranje a totalidade das formações tumorosas observadas na mandíbula emprestando assim orientação sistematizada ao estudo desses tumores. Partindo das formações que se originam nos restos dentários passam aos tumores secundários ou metastáticos para tratarem por fim das osteites fibrosas, das osteomielites, sífilis, leontíasis, as quais na mandíbula, assumem, muita vez, o aspecto clínico de verdadeiros tumores.

Após se referirem à embriologia dos dentes como elemento indispensável na compreensão das afecções de origens dentárias, passam a estudar de per si, cada variedade de tumor mandibular, apresentando documentação valiosa do ponto de vista clínico, radiológico e anátomo-patológico.

Um dos pontos mais interessantes do artigo, considerado sumariamente, é o tratamento dos tumores da mandíbula pela eletro-coagulação, técnica chamada de *Mário Kroeff*. O segmento ósseo, coagulado e deixado *in loco*, quando se elimina ao término de oito semanas em média, já deu estímulo à formação de uma ponte de tecido primeiramente fibroso, que se ossifica depois, regenerando a perda de substância, deixada com a eliminação do segmento coagulado. Páginas 50 e 51. Este método foi considerado por diversos autores como aquisição nova, só alcançada pela eletro-cirurgia, arma de que se valem os A. A. para tratamento da maioria dos tumores primitivos ou secundários da mandíbula.

SUMMARY

Making use of the great number of cases seen and followed for several years at the "Serviço Nacional de Câncer", the authors study with great detail the tumors of the jaw. The subject is studied with special care, regarding the clinical point of view and also under pathological control.

After considering the ethiology of jaw tumors, their clinical aspect and the usual means of diagnosis, and treatment, they bring forth a classification which totally incloses all jaw growths known to exist. By this a methodical study of these tumors is laid out. Starting from tumors developing from tooth germs, they go on to tumors of the mesenchyme, myeloplaxoma, myeloma, secondary or metastatic tumors. Afterwards they study osteitis fibrosa, osteomyelitis, leontiasis and syphilis which many times, when located on the jaw show clinical signs of true growths.

Need of knowledge on tooth embryology is stressed for a better understanding of dental tumors and anomalies. Following this, each type of jaw tumors is studied separately and a valuable documentary is given not only as to the clinical, but also as to the radiological and pathological point of view.

One of the most interesting facts in this paper is the treatment of jaw tumors by electrocoagulation, the so called *Kroeff* technic. The coagulated bone segment is left in place and later on, after an average of eight weeks, it is eliminated leaving a bridge of fibrous tissue which will afterwards ossify, recovering the bone loss, produced by the elimination of destroyed bone. Pages 50 e 51.

This method was considered by several authors as a new achievement which could only be done by electrosurgery. This type of surgery is used by the authors on the majority of their primary or secondary jaw tumors.