

FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: RELATO DE UM NOVO CASO

PERIPHERAL OSSIFYING FIBROMA: A NEW CASE REPORT

Cássio Vinhadelli RIBEIRO¹; Luciana Soares Odorico do NASCIMENTO²; João Cesár Guimarães HENRIQUES³

1 - Cirurgião-dentista, Mestre em Patologia Oral, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

2 - Cirurgião-dentista graduada em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

3 - Professor Adjunto I da Área de Diagnóstico Estomatológico, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

RESUMO

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é uma lesão reativa oriunda de agressões sofridas pelo tecido gengival, que acomete predominantemente a região anterior de maxila de indivíduos do sexo feminino em sua segunda década de vida. Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo descrever uma lesão em maxila. Material e método: Para descrição do caso, foi feita uma ampla revisão de literatura. Resultados: A lesão aqui descrita acometeu paciente do sexo feminino, melanoderma, que procurou atendimento devido à tumefação presente em região anterior de maxila. Após a anamnese e exame físico, a paciente foi submetida a exames de imagem, que revelaram espessamento

total do espaço do ligamento periodontal do dente envolvido com a lesão. O exame anátomo-patológico revelou a presença de um Fibroma Ossificante Periférico e o tratamento eleito foi a exérese da lesão, tendo em vista suas características de benignidade. A paciente foi acompanhada por 45 dias pós-operatórios, onde observou-se boa cicatrização além de ausência de recorrência. Conclusão: Dessa forma, observa-se que o cirurgião-dentista deve ser capaz de diagnosticar tal alteração além de oferecer a melhor opção terapêutica ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Gengiva; Fibroma ossificante; Relato de caso.

INTRODUÇÃO

Crescimentos gengivais são injúrias reativas não neoplásicas, sendo as mais frequentes lesões a acometer a cavidade oral. Surgem como resultado de agressões que o tecido sofre, como o cálculo dental, micro-organismos, placa, trauma, tratamento ortodôntico e restaurações dentais¹⁻³. Existem vários tipos descritos dessas lesões reativas, localizadas na gengiva, as quais incluem o granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa focal, fibroma ossificante periférico (FOP) além do granuloma periférico de células gigantes (GPCG)²⁻⁶.

O fibroma ossificante periférico é um destes crescimentos gengivais reativos, ocorrendo de forma relativamente incomum. Consiste em uma lesão reativa do tecido conjuntivo, não sendo a contraparte de tecido-mole do fibroma ossificante central, dessa forma o termo "periférico" é justificado pelo posicionamento da lesão. É uma lesão que foi pela primeira vez descrita por Shepherd em 1844 como uma exostose alveolar⁵, entretanto em 1972, Eversole e Robin⁶ (1972), cunharam o termo Fibroma Ossificante Periférico⁵.

O FOP representa 3.1% de todos os tumores orais e 9.6% de lesões gengivais^{7,8}. As células do ligamento periodontal são consideradas um fator importante para a histogênese da lesão^{2,9,10}.

Clinicamente, o Fibroma Ossificante Periférico, pode se manifestar de forma sésil ou pediculada, por vezes se apresentando de maneira ulcerada e eritematosa, ou até mesmo exibindo uma cor similar a mucosa^{11,12}. Apesar de existir apenas um único caso registrado de manifestação multicêntrica¹³, a migração de dentes com destruição do osso inter proximal é comumente descrita¹⁴.

A lesão se apresenta como uma massa indolor na gengiva ou mucosa alveolar, medindo não mais que 3 cm. Ocorre predominantemente na 2ª e 3ª décadas de vida, principalmente na região

anterior da maxila de mulheres^{4,15}. Na maioria dos casos, não há um envolvimento ósseo subjacente visível na radiografia, apesar de que, em algumas ocasiões, podemos perceber uma certa salserização óssea¹⁶.

O diagnóstico definitivo é baseado em exames histológicos, onde deverá ser observada a presença de uma proliferação de células gigantes multinucleadas permeadas por células do tecido conjuntivo, com eventuais áreas de osso reacional ou calcificações distróficas¹⁷⁻²⁰.

A abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha para lesão, apesar de sua alta taxa de recidiva (20%). FOP apresenta um comportamento benigno²¹, dessa forma as razões para sua alta taxa de reincidência podem ser a remoção incompleta da lesão, a não eliminação de fatores locais de irritação, além da dificuldade de acesso durante o procedimento cirúrgico, onde a lesão pode estar localizada na região inter-proximal²².

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de FOP em mandíbula, destacando os aspectos clínicos, imaginológicos e terapêuticos empregados no atendimento da paciente.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, melanoderma, procurou o ambulatório de estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), devido à presença de uma tumefação indolor de crescimento lento com cerca de 5 meses de evolução em região anterior de mandíbula, próximo ao elemento dental 31. Paciente foi então submetida à anamnese, onde relatou ser hipertensa além de apresentar hiperparatireoidismo, fazendo uso de medicações para controle destas alterações.

Ao exame clínico extraoral, não foram encontradas anormalidades. Na oroscopia, observou-se uma má higiene oral além de uma lesão nodular séssil, de coloração eritematosa e consistência borrachosa em rebordo alveolar (Figura 1).

Paciente foi então submetida a exames de imagens (raio-x periapical) (Figura 2), onde pôde-se observar o espessamento total do espaço do ligamento periodontal do dente envolvido pela lesão, indicando um comprometimento dessa estrutura, achado comum em lesões reativas da gengiva e periodonto. Dada à apresentação benigna e localização da lesão, a suspeita foi de uma possível lesão reativa gengival, como um Fibroma Ossificante Periférico.

Devido à condição sistêmica comprometida, foi solicitado um parecer médico. Após a liberação do procedimento, a paciente foi então submetida a uma biópsia excisional (Figura 3), com elevação de um retalho de espessura total na região próxima a lesão, utilizando-se uma lâmina de bisturi número 15. Após a lesão ter sido excisada completamente, o retalho foi reposicionado e estabilizado com suturas de fio de nylon 4-0, sob anestesia local. O tecido excisado media 10x10x5mm. O mesmo foi submetido à avaliação microscópica no departamento de Patologia Oral da FOUFU.

A imagem histopatológica consistia de células de tecido conjuntivo, além da presença focal de osso (Figura 4). Dessa forma, diante da apresentação clínico-radiográfica-histológica, o diagnóstico definitivo confirmou a suspeita clínica de Fibroma Ossificante Periférico (FOP).

A paciente se apresentou para exames de acompanhamento durante 7, 15 e 45 dias pós-operatórios. O local cirúrgico se apresentava com boa cicatrização e não havia recorrência da lesão após esse período. A paciente foi orientada quanto a sua saúde oral como um todo e liberada.

DISCUSSÃO

Lesões que surgem como respostas as agressões sofridas pelo tecido, são reconhecidas como crescimentos gengivais, as quais são injúrias reativas não neoplásicas, sendo muito frequentes na cavidade oral^{1,2}.

Dentre esses crescimentos, podemos citar o Fibroma Ossificante Periférico (FOP), cuja origem está bastante relacionada às células do ligamento periodontal ou do periosteio (produto mineralizado)¹⁰⁻¹⁴, representando 3,1% de todos os tumores orais⁷.

Faz-se presente em adolescentes e adultos, por volta da 2ª década de vida, sendo que dois terços dessas lesões acometem indivíduos do sexo feminino, principalmente a gengiva maxilar¹⁵.

É uma lesão composta de uma massa nodular, séssil ou pediculada, originada a partir da papila interdental, com um tamanho que varia entre 0,5 e 1,2 cm, podendo atingir maiores proporções^{23,24}, e que apresenta uma coloração que está entre rosa e vermelho. Sua superfície nem sempre é ulcerada^{12,25}, e usualmente não apresenta manifestação radiográfica evidente¹⁶.

Em nosso caso, o FOP acometeu a região anterior de mandíbula de uma paciente do sexo feminino, sendo este um local incomum para a lesão. Entretanto, levando em consideração os aspectos radiográficos e histológicos da lesão, podemos observar certa corroboração com aquilo que está presente na literatura atual¹⁵. A terapêutica que utilizamos também vai de encontro àquilo que é proposto pela literatura²⁶.



Figura 1 - Vista frontal da paciente evidenciando lesão nodular séssil, de coloração eritematosa e consistência borrachosa em rebordo alveolar



Figura 2 - Radiografia periapical, demonstrando espessamento total do espaço do ligamento periodontal



Figura 3 - Biópsia excisional, com elevação de retalho de espessura total

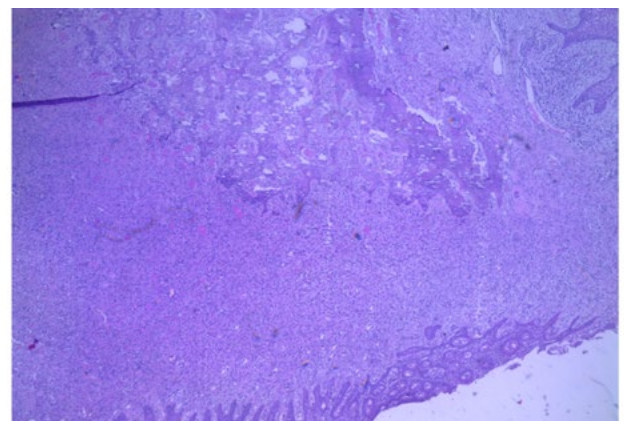


Figura 4 - Imagem histológica em aumento de 4X, evidenciando células de tecido conjuntivo, e presença focal de osso

O diagnóstico final é definido por meio de exames histológicos, os quais deverão demonstrar imagens de células gigantes multinucleadas associadas a células mesenquimais volumosas ovoides e fusiformes, além de eventuais áreas de osso reacional ou de calcificação distrófica^{18,19}.

O tratamento tradicional para o FOP é a excisão cirúrgica, valendo aqui ressaltar a importância da realização da biópsia, para confirmar a hipótese clínica. A abordagem cirúrgica deve ser feita sub periostealmente, pois recidivas neste caso são comuns²⁶. Os dentes atingidos, pela lesão, devem ser submetidos a raspagens periódicas, para eliminar qualquer possível irritação e inflamação²². Algumas técnicas cirúrgicas, como enxerto podem ser necessárias, caso a lesão seja de tamanho maior²⁰.

CONCLUSÃO

O Fibroma Ossificante Periférico é uma lesão reativa gengival benigna, mas que apresenta altas taxas de recidiva, sendo necessária assim, a realização de um minucioso procedimento cirúrgico para remoção adequada da lesão. O cirurgião-dentista deve ser capaz de diagnosticar tal lesão além oferecer a melhor opção terapêutica ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Eversole LR, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. *J Oral Pathol.* 1972; 1(1): 30-8.
2. Gardner DG. The peripheral odontogenic fibroma: An attempt at clarification. *Oral Surgery.* 1982; 54(1): 40-48.
3. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. Reactive gingival lesions: A retrospective study of 2,439 cases. *Quintessence Int.* 2007; 38(2): 103-10.
4. Bhaskar SN, Jacoway JR. Peripheral fibroma and peripheral fibroma with a calcification: Report of 376 cases. *J Am Dent Assoc.* 1966; 73(6): 1312-20.
5. Reddy GV, Reddy J, Ramlal G, Ambati M. Peripheral ossifying fibroma: Report of two unusual cases. *Indian J Stomatol.* 2011; 2(2): 130-3.
6. Eversole LR, Rovin S. Reactive lesions of the gingiva. *Journal of oral pathology.* 1972; 1(1): 30-2.
7. Kenney JN, Kaugars GE, Abbey LM. Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989; 47(4): 378-82.
8. Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases. *J Periodontol.* 2001; 72(7): 939-44.
9. Buchner A, Hansen LS. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987; 63(4): 452-61.
10. Cuisia ZE, Brannon RB. Peripheral ossifying fibroma – a clinical evaluation of 134 pediatric cases. *Pediatr Dent.* 2001; 23(3): 245-8.
11. Bodner L, Dayan D. Growth potential of peripheral ossifying fibroma. *J Clin Periodontol.* 1987; 14(9): 551-4.
12. Poon CK, Kwan PC, Chao SY. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 53(6): 695-8.
13. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. *J Oral Sci.* 2006; 48(4): 239-43.
14. Yadav R, Gulati A. Peripheral ossifying fibroma: A case report. *J Oral Sci.* 2009; 51: 151-4.
15. Barot JV, Chandran S, Vishnoi SL. Peripheral ossifying fibroma: A case Report. *J Indian Soc Periodontol.* 2013; 17(6): 819-22.
16. Rallan M, Pathivada L, Rallan NS, Grover N. Peripheral ossifying fibroma. *BMJ Case Rep.* 2013; 20: 2013.
17. Moon WJ, Choi SY, Chung EC, Kwon KH, Chae SW. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: CT and MR findings. *Dentomaxillofacial Radiology.* 2007; 36(3): 180-82.
18. García de Marcos JA, García de Marcos MJ, Arroyo Rodríguez S, Chiari Rodrigo J, Poblet E. Peripheral ossifying fibroma: A clinical and immunohistochemical study of four cases. *J Oral Sci.* 2010; 52(1): 95-9.
19. Passos M, Azevedo R, Janini ME, Maia LC. Peripheral cementoossifying fibroma in a child: A case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2007; 32(1): 57-9.
20. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 3 ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 2009. 523p.
21. Kale L, Khambete N, Sodhi S, Sonawane S. Peripheral ossifying fibroma: Series of five cases. *J Indian Soc Periodontol.* 2014; 18(4): 527-30.
22. Shetty DC, Urs AB, Ahuja P, Sahu A, Manchanda A, Sirohi Y. Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. *Indian J Dent Res.* 2011; 22(1): 56-61.
23. Keluskar V, Byakodi R, Shah N. Peripheral ossifying fibroma. *J Ind Assoc Oral Med Radiol.* 2008; 20(2):54-56.
24. Martins Junior JC, Keim, FS, Kreibich, MS. Peripheral Ossifying Fibroma of The Maxilla: Case Report. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2008; 12(2): 295-99.
25. Bodner L, Dayan D. Growth potential of peripheral ossifying fibroma. *J Clin Periodontol.* 1987; 14(9): 551-4.
26. Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. *Pediatric dentistry.* 1998; 20(7): 428-29.

ABSTRACT

The Peripheral ossifying fibroma (POF) is a lesion that originates from the aggressions suffered by the gingival tissue affecting mainly the anterior maxilla of females in the second decade of life. Objective: This paper aims to describe a lesion in the maxilla. **Methods:** To describe the case, a comprehensive review was made. Results: The lesion befell non-white female patient, who sought care due to swelling appears on the anterior maxilla. After the anamnesis and physical examination, the patient underwent radiographic exams that revealed total thickening of

the periodontal ligament space of the tooth involved with the lesion. The pathological examination revealed the presence of peripheral ossifying fibroma. The elected treatment was the lesion excision. After 45 days of follow up, there was observe a good cicatrization and absence of recurrence. Conclusion: The dentistry should be able to diagnose such lesions and offer the best therapeutic option to patient's treatment.

KEYWORDS: Gingiva; Peripheral ossifying fibroma; Case report.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

João César Guimarães Henriques
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de
Uberlândia - Av. Pará 1720 – Bloco 4LB – Sala 39 – Campus
Umuarama – CEP 38405-900.
E-mail: joacesarhenriques@yahoo.com.br