

Fibroma ossificante periférico de grandes proporções: características clínicas, radiográficas e histológicas de um relato de caso**Large peripheral ossifying fibroma: Clinical, radiographic and histological characteristics of a reported case**

DOI:10.34119/bjhrv2n6-060

Recebimento dos originais: 27/10/2019

Aceitação para publicação: 05/12/2019

Jane Kelly Marques da Silva

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado, n° 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil.
E-mail: jane_gomesf12@hotmail.com

Maynara Lins de Araújo

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado, n° 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil.
E-mail: maynaralamenha97@gmail.com

Kyvia Fernanda Ferreira Lima

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado, n° 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil.
E-mail: kyvia_fernanda@hotmail.com

Aurea Valéria de Melo Franco

especialista em Radiologia Odontológica pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (1994); Mestra em Odontologia na área de Radiologia Odontológica e Imaginologia, Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Campinas. São Paulo (2013). Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Cesmac, desde 2003, nas disciplinas de Radiologia e Imaginologia Odontológica, Clínica Propedêutica e Estágio Integrado. Coordenadora da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Cesmac.
Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado, n° 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil.
E-mail: aureavaleriamelo@hotmail.com

Rodrigo Neves Silva

Mestre em Estomatopatologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba pela Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP / 2013), Doutorado em Estomatopatologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba pela Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP / 2015), e pós-doutorado pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP-USP / 2019).
Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, n° 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil.
E-mail: rodrigoneves.rn@hotmail.com

Luiz Claudio Gomes Bastos

Graduação em Medicina pela Universidade federal de Alagoas (1986). Especialista em Pneumologia e Tisiologia pela AMB e SBPT (1988); Especialista em medicina intensiva pela AMB e AMIB (1995); Aluno regular do Mestrado profissional pesquisa em saúde no CESMAC.

Instituição: Centro Universitário Cesmac- Mestrado profissional pesquisa em Saúde
Endereço: Rua Cônego Machado, n° 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil.
E-mail: lcgbastos11@gmail.com

Vanessa de Carla Batista dos Santos

Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário CESMAC (2008), especialista em Estomatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ / 2009), mestrado em Patologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF / (2011) e doutorado em Patologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) 2015. Professora de Clínica Médica do Centro Universitário CESMAC, professora de Mestrado Profissional em Saúde do Centro Universitário Cesmac

Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado, n° 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil.
E-mail: nessadecarla@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem enquanto relevância acadêmica descrever um caso clínico de fibroma ossificante periférico (FOP), caracterizando a importância da remoção completa da lesão e agentes etiológicos e descrever os tipos de tratamento do Fibroma Ossificante Periférico. Relato de caso: trata-se de um relato de um paciente masculino, melanoderma que apresentava em seu exame intra-oral um nódulo localizado em gengiva superior em região de incisivo lateral à pré-molar direito, unilateral com coloração avermelhada, de superfície lisa e hemorrágica, com limites nítidos, formato irregular, consistência firme/fibrosa, pediculado, fixo e indolor com diagnóstico clínico compatível com fibroma ossificante periférico. Como exame complementar foi solicitado o exame radiográfico, observou-se pontos de calcificação na região posterior da maxila. Como conduta diagnóstica e terapêutica foi realizada a biópsia excisional Conclusão: O FOP é uma proliferação gengival com focos de ossificação em seu interior que carece de exame histopatológico para a confirmação do diagnóstico porém o exame radiográfico também é de grande valia, pois pode apresentar-se com discretos pontos de calcificações sem envolvimento do osso subjacente, dependendo da fase de desenvolvimento da lesão, sendo a excisão cirúrgica e a remoção dos fatores irritantes locais a alternativa mais apropriada de tratamento. Porém alguns cuidados devem ser tomados na excisão, remoção da base da lesão, do ligamento periodontal e do periósteo adjacente, já que a taxa de recidiva é relativamente alta, esclarecendo também o acompanhamento.

Palavras-chave: Fibroma Ossificante; Neoplasias Ósseas; Radiografia.

ABSTRACT

Objective: This study has as academic relevance to describe a clinical case of peripheral ossifying fibroma (PFO), characterizing the importance of complete lesion removal and etiological agents and to describe the types of treatment of Peripheral Ossifying Fibroma. Case

report: This is a report of a male patient, melanoderma, who presented in his intra-oral examination a nodule located in the upper gingiva in the region of the right lateral premolar, unilateral with a reddish color, smooth surface and hemorrhagic, with clear borders, irregular shape, firm / fibrous consistency, pediculated, fixed and painless with clinical diagnosis compatible with peripheral ossifying fibroma. As a complementary exam, the radiographic exam was requested, calcification points were observed in the posterior region of the maxilla. As a diagnostic and therapeutic approach, an excisional biopsy was performed. Conclusion: PFO is a gingival proliferation with ossification foci in its interior that lacks histopathological examination to confirm the diagnosis. However, radiographic examination is also of great value, as it can present with discrete points of calcification without involvement of the underlying bone, depending on the stage of development of the lesion, with surgical excision and removal of local irritants the most appropriate treatment alternative. However, some precautions should be taken in excision, removal of the base of the lesion, periodontal ligament and adjacent periosteum, since the relapse rate is relatively high, also clarifying the follow-up.

Keyword: Ossifying Fibroma; Bone Neoplasms; Radiography.

1 INTRODUÇÃO

Considerado uma patologia bucal bastante comum, o fibroma ossificante periférico (FOP) é uma lesão fibro-óssea benigna, caracterizado como uma lesão hiperplásica inflamatória reacional de etiologia multifatorial (SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; MORETI et al., 2016). É uma lesão predominante em adolescentes e adultos jovens com prevalência entre 10 e 19 anos de idade, há uma predileção pelo sexo feminino e pela ocorrência na maxila, onde mais de 50% dos casos ocorrem na região de incisivos e caninos (NEVILLE, 2016).

Ocorre praticamente na gengiva inserida e normalmente envolve a papila interdental e seu índice de crescimento é variável, porém geralmente é lento (SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; MORETI et al., 2016).

O FOP apresenta um crescimento focal de tecido bem delimitado (MORETI et al., 2016) e na palpação se mostra consistente e, por vezes, endurecido (VIEIRA et al., 2009).

Clinicamente, apresenta-se como uma lesão nodular, exofítica, usualmente séssil de coloração avermelhada ou rosada entremeada de áreas esbranquiçadas e que raramente ultrapassa 0,2 cm de diâmetro (VIEIRA et al, 2009; SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; MORETI et al., 2016). Segundo Martins Junior, Keim e Kreibich (2008), o FOP em estágio inicial ou até mesmo desenvolvido, pode ser confundido clinicamente com um granuloma piogênico.

Radiograficamente, não há envolvimento aparente do osso subjacente, porém em certas situações e dependendo do tempo de desenvolvimento podem ser observadas áreas de calcificações no interior da lesão ajustando-se a exposição e focos radiopacos centrais

correspondendo à mineralização, associados ou não a discreta reabsorção da crista do rebordo em sua base (SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; MORETI et al., 2016).

Histopatologicamente, apresenta epitélio pavimentoso estratificado, podendo estar ulcerado ou não, com presença de focos mineralizados revestindo estroma de tecido conjuntivo com inúmeros fibroblastos e o que difere o FOP de outras lesões fibrosas é a presença de tecido ósseo e, além disso, é caracterizada por fibroses laterais que são mais constantes na região de tuberosidade maxilar (MARTINS JUNIOR; KEIM; KREIBICH, 2008; SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; MORETI et al., 2016).

O tratamento sugerido é a excisão cirúrgica que deve incluir o ligamento periodontal se este estiver envolvido e a remoção dos fatores irritativos locais (VIEIRA et al., 2009; PEDRON et al., 2010).

Para um correto diagnóstico, deve ser realizado exames radiográficos e histopatológicos. Independente da técnica cirúrgica empregada, a sua remoção completa bem como a eliminação dos fatores etiológicos um controle pós-operatório e um longo período de preservação para prevenir a recorrência da lesão.

Este estudo tem enquanto relevância acadêmica descrever um caso clínico de fibroma ossificante periférico sem recidiva, caracterizando a importância da remoção completa da lesão e agentes etiológicos e descrever os tipos de tratamento do Fibroma Ossificante Periférico.

2 RELATO DE CASO

Paciente, 37 anos, melanoderma, compareceu ao ambulatório de estomatologia de uma Clínica escola do município de Maceió-AL, relatando a presença de um nódulo, localizado na gengiva superior, de crescimento lento que surgiu há aproximadamente 5 anos.

No exame intra-oral foi observado um crescimento nodular em região de maxila, de incisivo lateral à primeiro pré-molar direito, medindo aproximadamente 1,5x1,0x0,7cm (Figura 1), único, com coloração avermelhada, de superfície lisa e hemorrágica, com limites nítidos, formato irregular, consistência firme/fibrosa, pediculado, fixo e indolor.

Ao concluir o exame clínico a hipótese de diagnóstico foi de um processo proliferativo não neoplásico: fibroma ossificante periférico, hiperplasia fibrosa e lesão periférica de células gigantes.

Figura 1 - aspecto clínico de nódulo em região de maxila, de incisivo lateral à primeiro pré-molar direito, medindo aproximadamente 1,5x1,0x0,7cm.



Fonte: Arquivo pessoal

Como exame complementar foi solicitado o exame radiográfico, observou-se pontos de calcificação na região posterior da maxila, com densidade mista, limite nítido com aspecto roído de traça e centro radiopaco (Figura 2).

Figura 2 – Aspectos radiográficos com pontos de calcificação na região dos elementos 12, 13 e 14.



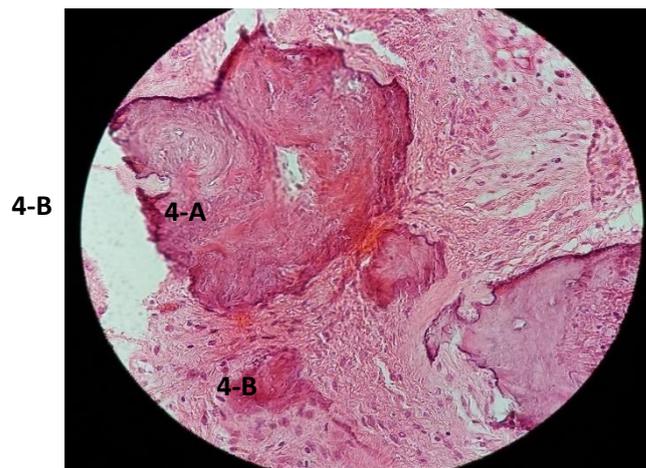
Fonte: Arquivo pessoal

Como conduta diagnóstica e terapêutica foi realizada a biópsia excisional (Figura 3) e no exame histopatológico foi observado tecido epitelial revestido por epitélio estratificado pavimentoso (Figura 4). A lâmina própria, notou-se a presença de tecido conjuntivo fibroso bastante centralizado (4-A), apresentando estruturas mineralizadas (4-B). O controle pós-operatório de quinze dias (Figura 5) demonstraram evolução cicatricial sem indícios de recidiva nem sequelas estéticas, atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento de oito meses (Figura 6), sem recidiva da lesão.

Figura 3 - Biópsia excisional.

Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 4- Imagem histopatológica: presença de tecido conjuntivo fibroso bastante centralizado (4-A), apresentando estruturas mineralizadas (4-B).



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 5- Imagem clínica do pós-Operatório 15 dias.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 6- pós-operatório de 8 meses sem recidiva clínica da lesão.



Fonte: Arquivo pessoal

3 DISCUSSÃO

O fibroma ossificante periférico (FOP) é uma lesão fibro-óssea benigna, caracterizado como uma lesão hiperplásica inflamatória reacional de etiologia multifatorial (SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; MORETI et al., 2016).

A literatura, De Carli et al. (2007), relaciona o surgimento do FOP a fatores irritantes locais crônicos e químicos oriundos da presença de cálculo dentário ou de corpos estranhos no sulco gengival, o que difere ao caso relatado. Amadei et al. (2009); Neville et al. (2016), afirmam que a prevalência é na primeira e segunda década de vida com maior frequência no gênero feminino de cor leucoderma que diverge com o relato exposto em que o paciente está na terceira década de vida é do gênero masculino e cor melanoderma.

Clinicamente, foi observado no voluntário um crescimento nodular de aproximadamente 1,5 cm em região posterior de maxila, com coloração avermelhada, com limites nítidos, consistência firme/fibrosa e pediculado, porém é uma lesão que normalmente é

séssil (VIEIRA et al., 2009; SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; FIGUEIREDO et al., 2014; MORETI et al., 2016; NEVILLE, 2016)

No exame radiográfico não há envolvimento aparente do osso subjacente, apesar disso em certas situações e dependendo do tempo de desenvolvimento podem ser observadas áreas de calcificações (SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; FRANÇA et al., 2011; MORETI et al., 2016) o que foi possível observar no exame do participante, pontos sugestivos de calcificação na região.

O exame histopatológico apresenta epitélio pavimentoso estratificado com presença de focos mineralizados revestindo estroma de tecido conjuntivo e caracterizado por fibroses laterais que são mais frequentes na região de tuberosidade maxilar (MARTINS JUNIOR; KEIM; KREIBICH, 2008; SAMENESES; BASTOS; DA SILVA, 2010; MORETI et al., 2016), o exame do voluntário apresentou tecido epitelial estratificado pavimentoso e no conjuntivo notou-se a presença de um tecido conjuntivo fibroso bastante centralizado, apresentando estruturas mineralizadas, que segundo SHETTY et al. (2011) é uma característica marcante e que difere o fibroma ossificante periférico de outras lesões fibrosas.

Para o tratamento desse tipo de lesão é indicado a excisão cirúrgica que deve incluir o ligamento periodontal se este estiver envolvido e a remoção dos fatores irritativos locais (VIEIRA et al., 2009; PEDRON et al., 2010; SOUZA; SOARES; MOREIRA, 2014). O prognóstico para o fibroma ossificante periférico é favorável, sendo a recidiva de 7 a 20% (MERGONI et al., 2015). Sendo assim, o paciente foi reavaliado em quinze dias, cinco e oito meses de pós-operatório, não sendo observado recidiva da lesão. Constatou-se também uma melhoria da higiene oral e ausência de condições irritantes predisponentes ao reaparecimento da lesão.

4 CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista deve estar alerta aos indícios de anormalidade na mucosa bucal. O FOP é uma proliferação gengival com focos de ossificação em seu interior que carece de exame histopatológico para a confirmação do diagnóstico porém o exame radiográfico também é de grande valia, pois pode apresentar-se com discretos pontos de calcificações sem envolvimento do osso subjacente, dependendo da fase de desenvolvimento da lesão, sendo a excisão cirúrgica e a remoção dos fatores irritantes locais a alternativa mais apropriada de tratamento. Porém alguns cuidados devem ser tomados na excisão, remoção da base da lesão, do ligamento

periodontal e do periosteó adjacente, já que a taxa de recidiva é relativamente alta, esclarecendo também o acompanhamento.

REFERÊNCIAS

- AMADEI, S.U. et al. Prevalência de processos proliferativos não neoplásicos na cavidade bucal: estudo retrospectivo de quarenta anos. *ClipeOdonto - UNITAU*, v. 1, n. 1, p. 38-42, 2009.
- DE CARLI, J.P. et al. Fibroma ossificante periférico de grandes proporções: relato de caso clínico. *Rev. Odontol*, v. 28, n. 2, p. 45-49, 2007.
- FIGUEIREDO, L. M. G. et al. Fibroma ossificante periférico extenso: Relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 43, n. 4, p. 167-171, 2014.
- MARTINS JUNIOR, J. C; KEIM, F. S; KREIBICH, M. S. Fibroma ossificante periférico maxilar: relato de caso clínico. *Arq Int Otorrinolaringol*, v. 12, n. 2, p. 295-9, 2008.
- MERGONI, G. et al. Peripheral ossifying fibroma: A clinicopathologic study of 27 cases and review of the literature with emphasis on histomorphologic features. *Journal of Indian Society of Periodontology*, v. 19, n. 1, p. 83, 2015.
- MORETI, L. C. T. et al. Fibroma ossificante periférico: relato de caso. *Archives Of Health Investigation*, v. 5, n. 2, 2016.
- NEVILLE, Brad. *Patologia oral e maxilofacial*. 4 ed. Elsevier Brasil, p. 12, 2016. 3ª série.
- PEDRON, I. G. et al. Fibroma Ossificante Periférico-Processo Proliferativo de Interesse Periodontal: Relato de Casos. *Revista Internacional de Periondontia Clínica*, v. 2, n. 4, 2010.
- SAMENESES, D. P. C; BASTOS, E. G; DA SILVA, V. C. Tratamento de fibroma ossificante periférico: relato de caso clínico. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 11, n. 2, 2010.
- SOUZA J.G.S; SOARES L.A; MOREIRA G. Frequência de patologias bucais diagnosticadas em clínicas odontológicas universitária. *Rev. cubana estomatol*, v. 51, n. 1, p. 43-54 2014.
- SHETTY, D. et al. Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. *Indian Journal of Dental Research*, v. 22, n. 1, p. 56, 2011.
- VIEIRA, J. B. et al. Fibroma ossificante periférico de mandíbula: relato de caso clínico. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 14, n. 3, 2009.