

Fibroma ossificante periférico: características clínicas, radiográficas e histopatológicas de um caso atípico em palato

Peripheral ossifying fibroma: clinical, radiographic and histopathologic feature of an atypical case in palate

Marla Smille Pedrosa Cruz Ribeiro*, Bruno Andrade Cantharino de Carvalho**, Deyvid da Silva***, Maria da Conceição Andrade****, Márcio Campos Oliveira*****

* Cirurgião-dentista, mestre em Saúde Coletiva - UEFS

** Especialista em Cirurgia buco-maxilo-facial e professor do curso de odontologia - UEFS

*** Acadêmico de odontologia - UEFS

**** Doutora em Patologia Oral e Profª de Histologia e Embriologia - UPE

***** Doutor em Patologia Oral, Prof. do Curso de Odontologia e do Mestrado em Saúde Coletiva - UEFS, Coordenador do Centro de Referência de Lesões Bucais - UEFS e Tutor - PET - Odontologia - UEFS

Descritores

Fibroma ossificante, Neoplasia óssea, Nirurgia bucal.

Key-words

Ossifying fibroma, Bone neoplasms, Oral surgery.

Resumo

O fibroma ossificante periférico (FOP) é um crescimento tecidual definido como hiperplasia inflamatória reativa benigna. Clinicamente, apresenta-se como um aumento volumétrico assintomático, de superfície lisa ou ulcerada com coloração normal. Representa cerca de 9,6% dos 90% das biópsias inflamatórias que ocorrem na gengiva. Sua característica histopatológica marcante é a presença de tecido ósseo. Apesar de comum, FOPs de tamanho acima de 3cm são raros. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de FOP com 4cm de diâmetro diagnosticado e tratado no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia.

Abstract

The peripheral ossifying fibroma is a tissue growth defined as benign reactive inflammatory hyperplasia. Clinically, it presents as an asymptomatic increase volume, smooth or ulcerated surface, with normal color. Represent about 9.6% of 90% of inflammatory gingival biopsies. The most striking histopathologic feature is the presence of bone tissue. Although common, this kind of fibroma with 3cm of size is rare. The goal of this work is to present a case of POF with 4cm in diameter diagnosed and treated in the Center of Reference in Oral Lesions of the Universidade Estadual de

79

Correspondência para / Correspondence to:

Marcio Campos Oliveira

Rua i, 25 - Cidade Nova - Feira de Santana - BA - CEP: 44032-770 / E-mail: marciopatologiaoral@gmail.com

INTRODUÇÃO

Crescimentos localizados na gengiva são razoavelmente comuns e tipicamente representam lesões proliferativas reacionais^{1,2}, onde a maioria apresenta componente inflamatório decorrente de irritação local³. O fibroma ossificante periférico (FOP) é um desses crescimentos teciduais definido como hiperplasia inflamatória reativa benigna^{4,5}.

Lesões reacionais ou inflamatórias representam mais que 90% das biópsias gengivais^{6,7} e o FOP representa 9,6% dessas biópsias⁸. Pode ser denominado por diversas nomenclaturas, tais como: granuloma fibroblástico calcificante, fibroma odontogênico periférico, fibroma cementificante periférico, epúlida fibrosa ossificante e fibroma periférico com calcificação⁹.

Seu aspecto clínico mais comumente encontrado é de um aumento de volume bem delimitado, apresentando superfície lisa ou ulcerada, usualmente com coloração

A característica histopatológica marcante e que difere o FOP de outras lesões fibrosas é a presença de tecido ósseo. A patogênese desta lesão permanece incerta, mas é frequentemente associada com cálculos, placa dental, aparelho ortodôntico, destruição de coroas, restaurações traumatizantes, além de forças mastigatórias e impacção de alimentos¹¹. O tratamento é cirúrgico, sendo imprescindível sua completa remoção, incluindo o periosteio envolvido para se evitar recidiva¹².

O objetivo deste trabalho é ilustrar um caso de fibroma ossificante periférico de tamanho incomum diagnosticado no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 67 anos, faioderma, residente na zona urbana do município de Feira de Santana - Ba, procurou o CRLB da UEFS queixando-se de um aumento de volume em palato. Durante seu exame clínico detectou-se uma massa endurecida, recobrando parcialmente o palato duro (Fig. 1), com contorno regular, de forma arredondada, coloração rósea, medindo aproximadamente 4 cm no seu maior diâmetro (Fig. 2), e implantação pedunculada. A paciente relatou que este aumento apareceu há mais ou menos 35 anos com evolução constante. Durante este período, alívios nas próteses foram realizados para acomodar a lesão (Figura 3). Quanto aos hábitos, não relatou tabagismo nem etilismo e sua história clínica foi relevante para diabetes tipo I, fazendo uso de insulina.

O diagnóstico diferencial do FOP pode ser feito com lesão periférica de células gigantes, hemangioma cavernoso, fibroma odontogênico periférico e neoplasmas odontogênicos. Na punção aspirativa, não houve qualquer indício de líquido, o que descartou a hipótese de

O seu plano de tratamento incluiu uma biópsia excisional sob anestesia local (Lidocaína a 2% com adrenalina na proporção de 1:100.000) na região dos forames palatino maior e incisivo. O procedimento foi realizado por uma incisão no pedúnculo da lesão e a hemostasia foi obtida com eletrocautério. O acompanhamento da paciente foi realizado aos 7, 15 (Figura 5) e 30 dias de pós-operatório, observando-se a cicatrização do leito cirúrgico. Até os 15 meses de acompanhamento pós-operatório não foi observada recidiva da lesão.

Radiograficamente, pôde-se perceber áreas de difusas calcificações radiopacas (Fig. 4). Microscopicamente foi verificada a presença de tecido conjuntivo do tipo fibroso denso, exibindo trabéculas ósseas abundantes e material basofílico compatível com cimento na profundidade desse tecido (Figura 6).

DISCUSSÃO

hemangioma cavernoso. Quanto à sua evolução, por ser lenta e indolor, pôde-se exc maligna.



Figura 1 - Aspecto clínico inicial da lesão.



Figura 2 - Peça cirúrgica removida medindo 4 cm em seu maior diâmetro.



Figura 3 - Prótese com área de alívio para acomodar a lesão.

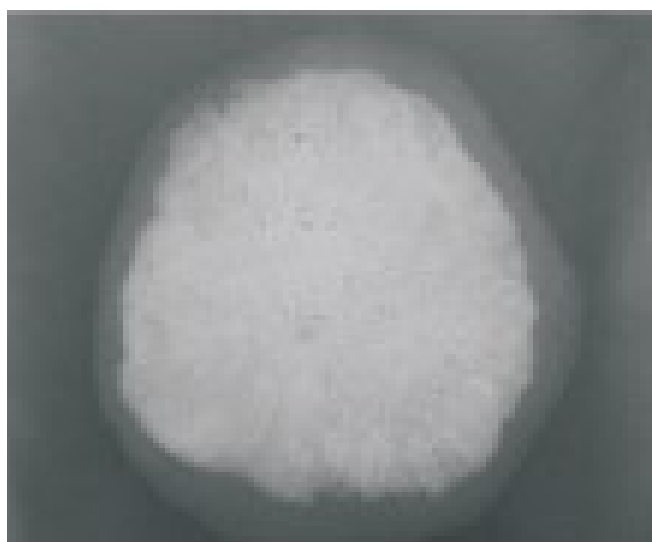


Figura 4 - Radiografia da peça cirúrgica mostrando difusas calcificações radiopacas.

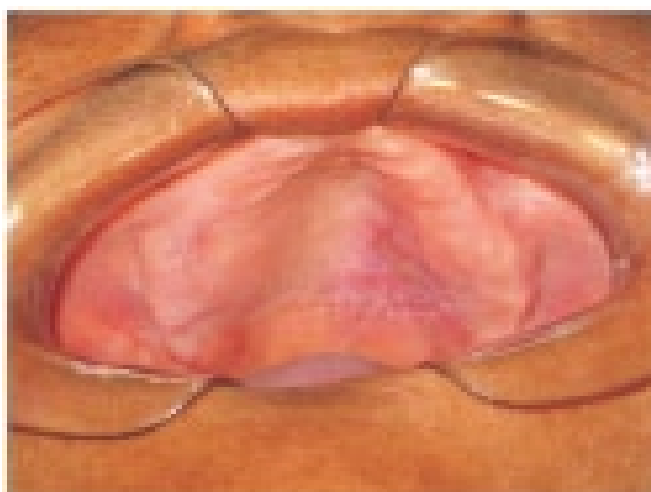


Figura 5 - Pós-operatório de 15 dias.

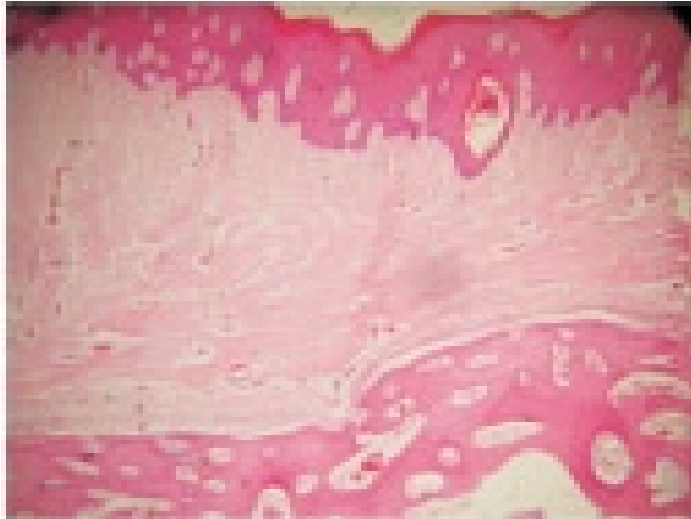


Figura 6 – Fotomicrografia evidenciando a presença de epitélio superficial, tecido conjuntivo fibroso celularizado e mais profundamente o tecido ósseo (H/E, 100 X).

82

O FOP geralmente apresenta crescimento lento, que raramente atinge 3 cm de diâmetro, ocorrendo exclusivamente na gengiva¹³, sendo 50% dos casos em região anterior da maxila¹⁰ e maior prevalência para indivíduos do sexo feminino com cerca de 25 a 35 anos¹⁴. Desta forma, a característica clínica mais importante no caso descrito é o tamanho de aproximadamente 4 cm no seu maior diâmetro. Na literatura analisada sobre o assunto, foram encontrados apenas dois casos de maior extensão, um com 6 cm de diâmetro, na região de rebordo alveolar anterior de mandíbula e outro com 9 cm de diâmetro na região de palato¹⁰. O tempo de evolução referido foi de 35 anos e a mesma, apesar de endêntula superior e usuária de prótese total, não havia sido encaminhada a nenhum profissional para tratamento. O que mais chamou atenção, além do tamanho da lesão, foi um alívio realizado na prótese para adaptação da mesma.

Clinicamente, apresenta-se como uma massa gengival firme de coloração rósea com alguns pontos avermelhados, a implantação pode ser sésil ou pedunculada¹⁵⁻¹⁶, de superfície intacta ou ulcerada¹⁷⁻¹⁸, com crescimento predominantemente exofítico e consistência fibrosa¹⁹. Radiograficamente podem exibir áreas de difusas calcificações radiopacas, porém muitas lesões não exibem este aspecto radiográfico²⁰. Todos os achados clínicos e radiográficos da lesão citada corroboram com os encontrados na literatura, à exceção da superfície ulcerada.

Sua patogênese é incerta, porém por causa de suas similaridades clínica e histopatológica com o granuloma piogênico, acredita-se que alguns casos iniciem como um granuloma piogênico que sofra maturação fibrosa e calcificação. No entanto nem todos os casos desenvolvem-se desta maneira¹⁵.

Histologicamente, o FOP pode exibir epitélio intacto ou estratificado ulcerado escamoso²¹. O componente fibroblástico profundo é muito celular com áreas centrais de calcificações. O tecido mineralizado geralmente é constituído por osso e material cementóide¹³.

Usualmente os dentes não são afetados, contudo em alguns casos as unidades dentárias adjacentes podem estar deslocadas e amolecidas¹⁵. Por estar inserido no palato duro, o referido caso não apresentava esta característica clínica.

O FOP tem uma taxa relativamente alta de recidiva, em torno de 20%¹³⁻²², porém para minimizar esta tendência é importante a remoção completa da lesão, incluindo o perioste envolvido e o ligamento periodontal¹². Além disso, os dentes envolvidos devem ser raspados, para eliminar possíveis irritações. O acompanhamento se torna imprescindível. Até o momento nenhum sinal de recidiva foi apresentado e a mucosa palatal apresenta-se intacta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião-dentista deve estar atento aos sinais de anormalidade na mucosa oral. A persistência de lesões, por um longo tempo, como no caso ora apresentado (35 anos de evolução), pode trazer danos estéticos e/ou funcionais ao paciente, sobretudo no caso de lesões agressivas. A presença de alívio na prótese para acomodar a lesão evidencia a falta de cuidados profissionais especializados para conduzir os tratamentos odontológicos feitos pela paciente, o que evidencia a importância da formação básica em estomatologia para todos os cirurgiões-dentistas que atuam na clínica odontológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhaskar SN, Levin MP. Histopathology of the human gingiva (study based on 1269 biopsies). *J Periodontol* 1973;44:3-17.
2. Van der Waal I. Non-plaque related periodontal lesions. An overview of some common and uncommon lesions. *J. Clin. Periodontol* 1991; 18:436-440.
3. Birman EG, Gonçalves FA. Aumentos teciduais. In: Kignel S. *Diagnóstico Bucal*. Ao Paulo, Robe 1997; 203-35.
4. Rojas BV. Fibroma cemento – ossificante periférico: Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Fac Odont Univ Valparaíso*.v.2, n.1, p. 48-52, 1997.
5. Kendrick F, Waggoner WF. Managing a peripheral ossifying fibroma. *Journal Dentistry Children*, v.2, n.63, p. 135-138, Mar/Apr., 1996.

6. Bhaskar SN, Levin MP. Histopathology of the human gingiva (study based on 1269 biopsies). *J Periodontol* 1973;44:3-17.
7. Stablein MJ, Silverglade LB. Comparative analysis of biopsy specimens from gingiva and alveolar mucosa. *J Periodontol* 1985;56:671-676.
8. Layfield LL, Shopper TP, Weir JC. A diagnostic survey of biopsied gingival lesions. *J Dent Hyg* 1995;69:175-179.
9. Bhaskar SN, Jacoway JR. Peripheral fibroma and peripheral fibroma with a calcification: Report of 376 cases. *J. Am Dent Assoc.* 1966, 73:1312-1320.
10. Chui-Kwan P, Po-Cheug K, Shou-ye C. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of case. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47:378-382.
11. Gardner DG. The peripheral odontogenic fibroma: an attempt at clarification. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1982 Jul;54(1):40-8.
12. Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases.
13. Buchner A, Hansen LS. The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:452-461.
14. Kfir Y, Buchner A, Hansen LS. Reactive lesions of the gingival. A clinicalpathologic study of 741 cases. *J Periodontol* 1980;51:655-661.
15. Neville BW. Tumores de Tecidos Moles. In:_____. *Patologia oral & maxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2004. cap. 12, p. 432-434.
16. Tommasi AF. Cistos e tumores odontogênicos. In:_____. *Diagnóstico em Patologia Bucal* 2. ed. Curitiba: Pancast, 1995. cap.16, p.279-300.
17. Ferraz TM, Nogueira TO. Histoquímica dos tecidos mineralizados nas lesões de displasia fibrosa e fibroma cemento-ossificante periférico. *Rev Odontol UNESP*, v.27, n. 1, p. 87-98, jan/jun., 1998
18. Kohli K et al. Peripheral ossifying fibroma associate with a neonatal tooth: case report. *American Academy of Pediatric Dentistry*, v.20, n. 7, p. 428-429, 1998.
19. Freitas, et al. Fibroma ossificante periférico: estudo clínico de 67 casos em Natal, RN *Rev. ABO Nac.*, v. 14, n. 2, p. 113-116, 2006
20. Orkin DA, Amaidus VO, Ossifying fibrous epulis: An abbreviated case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 19984;57:147-148.
21. Abitbol TE, Santi E. Peripheral ossifying fibroma – Literature update and clinical case. *Periodont Clin Invest* 1997;19:36-37.
22. Zain RB, Fei YJ. Peripheral fibroma/fibrous epulis with and without calcifications. A clinical evaluation of 204 cases in Singapore. *Odontostomatol Trop.* 1990 Sep;13(3):94-6.

Recebido para publicação em 13/12/2008

Aceito para publicação em 07/01/2009

