

## Tratamento de fibroma ossificante periférico: relato de caso clínico

### *Peripheral ossifying fibroma treatment: a case report*

Diego Pacelli Costa Sameneses<sup>1</sup>, Eider Guimarães Bastos<sup>2</sup>, Vanessa Camila da Silva<sup>3</sup>

#### Resumo

**Introdução:** O fibroma ossificante periférico (FOP) é uma hiperplasia inflamatória reativa benigna a uma irritação local. **Objetivo:** Relatar a conduta de tratamento de paciente com FOP diagnosticado na clínica de cirurgia bucal da Universidade Federal do Maranhão. **Métodos:** Paciente com lesão nodular na gengiva entre dentes 42 e 43. Orientação de higiene bucal e tratamento periodontal foram realizados inicialmente para remoção dos fatores retentivos de placa e, posteriormente a biópsia excisional incluindo remoção do periosteio. **Resultados:** Na análise histopatológica foi observada proliferação fibrosa com material mineralizado e células gigantes multinucleadas diagnosticado como Fibroma Ossificante Periférico (FOP). **Conclusão:** O tratamento abordou não apenas a remoção da lesão mas também tratamento e manutenção periodontal para evitar recidiva.

**Palavras-chaves:** Fibroma ossificante. Placa dentária. Raspagem dentária

#### Abstract

**Introduction:** The peripheral ossifying fibroma (POF) is a benign reactive inflammatory hyperplasia to a local irritation. **Objective:** To report the treatment management of patient with POF diagnosed in the clinic of Oral Surgery, Federal University of Maranhão. **Methods:** The patient presented with nodular lesion on the gingiva between teeth 42 and 43. Oral hygiene orientation and periodontal treatment were performed for removal of plaque retentive factors. Afterwards, excisional biopsy including removal of the periosteum was done. **Results:** Histopathology analysis indicated mineralized material with fibrous proliferation and multinucleated giant cells diagnosed as POF. **Conclusion:** The treatment not only addressed the removal of the lesion but also periodontal treatment and maintenance to prevent recurrence.

**Keywords:** Ossifying Fibroma. Dental plaque. Dental scaling.

#### Introdução

O fibroma ossificante periférico (FOP) é uma lesão fibro-óssea benigna, de etiologia multifatorial. A etiologia desta lesão é frequentemente associada com cálculo, placa dentária, aparelho ortodôntico, destruição de coroas, restaurações traumatizantes, além de forças mastigatórias e impactação de alimentos<sup>1</sup>. Pode ocorrer em qualquer ponto da superfície mucosa, porém são mais comuns na gengiva e no rebordo alveolar de mulheres brancas entre a 3ª e 4ª década de vida. Apresenta predileção pela gengiva marginal e papila interdental. O índice de crescimento destas lesões é variável, mas geralmente lento. Crescimentos localizados na gengiva são razoavelmente comuns e tipicamente representam lesões proliferativas reacionais<sup>2</sup> onde a maioria apresenta componente inflamatório decorrente de irritação local. O FOP é definido também como hiperplasia inflamatória reativa benigna. Lesões reacionais ou inflamatórias representam mais que 90% das biópsias gengivais e o fibroma ossificante periférico representa cerca de 9,6% dessas biópsias<sup>2</sup>. Pode ser denominado por diversas nomenclaturas, tais como: granuloma fibroblástico calcificante, fibroma odontogênico periférico, fibroma cementificante periférico, epúlida fibrosa ossificante e fibroma periférico com calcificação<sup>3</sup>. A denominação de fibroma ossificante ou cementificante é oriunda, pelo fato desta lesão originar-se do ligamento periodontal e conter como componente principal, os fibroblastos, e pela presença de mineralização em forma de osso ou cimento<sup>3</sup>.

Seu aspecto clínico mais comumente encontrado é de um aumento de volume bem delimitado, apresen-

tando-se como lesões ovóides elevadas com superfície lisa ou ulcerada, usualmente com coloração normal da mucosa adjacente e totalmente assintomática com base séssil ou pedunculada e consistência firme<sup>4,5</sup>. Esta lesão raramente alcança um diâmetro maior que 2 centímetros.

Radiograficamente, na maioria dos casos, não se observa envolvimento aparente do osso adjacente. Todavia, em certas ocasiões e dependendo do tempo de desenvolvimento, áreas de calcificações no interior da lesão podem ser observadas no exame radiográfico, ajustando-se a exposição.

A característica histopatológica marcante e que difere o fibroma ossificante periférico de outras lesões fibrosas é a presença de tecido ósseo e, além disso, é caracterizada por fibroses laterais que são mais frequentes na região de tuberosidade maxilar. O tratamento é cirúrgico, sendo imprescindível sua completa remoção, incluindo o periosteio envolvido para se evitar recidiva<sup>6</sup>.

O objetivo deste trabalho foi relatar a conduta de tratamento de paciente com doença periodontal associado a fibroma ossificante periférico diagnosticado na clínica de Cirurgia Bucal da Universidade Federal do Maranhão.

#### Relato de caso

Paciente do sexo masculino, raça negra, 43 anos, procurou atendimento com queixa de aumento de volume do tecido gengival, localizado na hemi-mandíbula do lado direito. A lesão apresentava tamanho de aproximadamente 1 cm de diâmetro, causando dificuldade

<sup>1</sup> Graduando em Odontologia. Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

<sup>2</sup> Mestre e Doutor em Cirurgia Buço-maxilo-facial. Prof. Adjunto IV da disciplina de Cirurgia Bucal II - UFMA.

<sup>3</sup> Mestre e Doutora em Periodontia. Prof. Adjunta I da disciplina de Anestesiologia e Cirurgia Bucal I - UFMA.

Contato: Vanessa Camila da Silva E-mail: silvavan@uol.com.br

de selamento dos lábios, porém a lesão não alterava a assimetria facial. Segundo relato do paciente, a lesão havia surgido há 2 anos e apresentava-se aumentando de volume lentamente (Figura 1).

Na anamnese, o paciente relatou ter sofrido um acidente vascular cerebral (AVC) em 2007 (20 meses antes do início do aparecimento da lesão bucal). Atualmente, porém, ele não faz uso de nenhum medicamento. Contudo, em função da deficiência motora após o AVC, verificou-se uma pobre condição de saúde periodontal demonstrado pela grande quantidade de sítios com placa visível e sangramento gengival sem perda de inserção periodontal caracterizando quadro de gengivite. O aspecto clínico da lesão era nodular localizada na face vestibular do elemento dental 42, tendo característica avermelhada, base sésil, circunscrita e consistência firme a palpação. Na punção aspirativa, não houve qualquer indício de líquido.

Após exame clínico e radiográfico (Figura 1) foi iniciado o tratamento odontológico, realizado em 2 fases:

**Fase 1:** Primeiramente foi realizado o tratamento periodontal básico com raspagem supra-gengival e remoção dos fatores retentivos de placa, polimento dentário com taça de borracha e pasta profilática e ênfase na instrução e treinamento da higiene bucal.

**Fase 2:** Após o controle de placa supra-gengival foi realizada a remoção cirúrgica da lesão e raspagem e alisamento radicular subgengival do dente envolvido. A técnica cirúrgica foi realizada com lâmina de bisturi no 15C adjacente a lesão para biópsia excisional (Figura 2-A). Imediatamente após remoção da lesão nodular, esta foi colocada em recipiente plástico de paredes rígidas com formol 10% para fixação e identificada com nome do paciente e data da biópsia.

Foi prescrito o uso de medicação analgésica dipirona sódica 500mg/mL na dosagem de 40 gotas a cada 6 horas durante 2 dias além de medicação anti-inflamatória com nimesulide 100mg de 12/12 horas durante 3 dias. Também foi prescrito enxágue bucal com 15 mL de clorexidina 0,12% a cada 12 horas por 7 dias. O material de biópsia e laudo clínico com hipóteses diagnósticas prováveis de lesão periférica de células gigantes, fibroma ossificante periférico ou granuloma piogênico foram encaminhados para o laboratório do Hospital Universitário Presidente Dutra para análise histopatológica. Após 7 dias, foi realizado a avaliação pós-operatória (Figura 2-B). O paciente foi orientado sobre os cuidados no pós-operatório que foram uma eficiente higienização da cavidade bucal e necessidade de manutenção periodontal após 3 meses e posteriormente a cada 6 meses para evitar recidiva da lesão (Figura 2-C).

O laudo histopatológico da lesão identificou epitélio hiperplásico e na lâmina própria observou-se proliferação fibrosa com material mineralizado consistente com osso trabecular e eventuais células gigantes multinucleadas, sendo o diagnóstico histopatológico de Fibroma Ossificante Periférico, confirmando assim uma das hipótese diagnósticas baseada na anamnese e exame clínico.

## Discussão

A ausência ou deficiência na higienização bucal associada a fatores de irritação local (cárie, bordos cortantes de dentes, restaurações defeituosas) potencializam o surgimento de alterações teciduais no periodonto. De Carli e Silva<sup>7</sup> relatam que o FOP se origina a partir de uma resposta à injúria gengival por fatores irritantes locais crônicos, como aquele oriundo



Figura 1. Aspecto inicial da lesão entre dentes incisivo lateral e canino inferior direito (A) e imagem radiográfica (B).

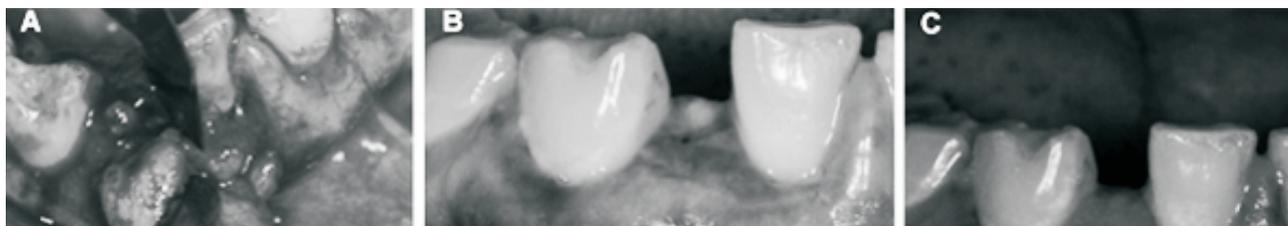


Figura 2. Remoção da lesão com lâmina de bisturi 15C (A), aspecto clínico após 1 semana (B) e 6 meses (C).

da presença de cálculo dentário ou de corpos estranhos no sulco gengival. Neste relato de caso, o paciente apresentava acúmulo acentuado de placa bacteriana e cálculo na raiz dentária envolvida com a lesão. Portanto, a conduta de tratamento envolveu não apenas a remoção da lesão, mas também o tratamento periodontal e manutenção para promoção de saúde bucal.

Ao analisar a localização, observou-se que existe uma divergência com os achados de García de Marcos *et al.*<sup>2</sup>, que informaram ser a região de molares a mais acometida por esta lesão, enquanto que, no caso relatado, a lesão apareceu na região de incisivos laterais. Entretanto, corrobora com o trabalho de Farquhar *et al.*<sup>8</sup> que relataram um caso de fibroma ossificante periférico também na região de incisivos.

Os aspectos clínicos do fibroma ossificante periférico são fortemente sugestivos, mas não específicos, pois o diagnóstico definitivo deve ser feito apenas através da microscopia<sup>6</sup>. O diagnóstico diferencial do fibroma ossificante periférico pode ser feito com lesão periférica de células gigantes, hemangioma cavernoso, granuloma piogênico e neoplasmas odontogênicos. Na punção aspirativa, não houve qualquer indício de líquido, o que descartou a hipótese de hemangioma cavernoso. Quanto à sua evolução, por ser lenta e indolor, pode-se eliminar a possibilidade de lesão maligna.

A literatura relata a origem dos fibromas ossificantes na papila interdental e células pluripotenciais do ligamento periodontal ou periosteio<sup>6</sup>. A terapia de

escolha para o FOP é a remoção cirúrgica, devendo-se estender a incisão ao periosteio e ligamento periodontal adjacente ao dente envolvido para evitar recidivas por remover as células que originam a lesão.

O prognóstico para o fibroma ossificante periférico é favorável, sendo a recidiva de 7 a 20%<sup>9</sup>. Assim, o paciente foi reavaliado em sete dias, três e seis meses de pós-operatório, não sendo observado nenhuma alteração. Constatou-se também uma melhoria da higiene oral e ausência de condições irritantes predisponentes ao reaparecimento da lesão. O encaminhamento da peça cirúrgica para exame histopatológico é condição fundamental para o diagnóstico, tratamento, prognóstico e preservação. Histologicamente, os fibromas ossificantes são mais celulares e menos vasculares que os granulomas piogênicos. O tecido mineralizado evidenciado nesta entidade pode ser classificado em trabéculas ósseas irregulares entrelaçadas, osso trabecular lamelar, trabéculas ósseas curvilíneas e ossículos ovóides e/ou esferoidais<sup>3</sup>. Porém, Farquhar *et al.*<sup>8</sup> relataram haver normalidade radiográfica nesta patologia em 90% dos casos. No presente trabalho não foram encontradas anormalidades radiográficas.

Conclui-se que, dentro da Odontologia de promoção de saúde, a conduta de tratamento foi não apenas a remoção cirúrgica da lesão, mas baseado no entendimento da etiopatogenia das doenças bucais. Foi realizado também tratamento e manutenção periodontal para evitar recidiva da lesão.

## Referências

1. Feller L, Buskin A, Raubenheimer EJ. Cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. *J Int Acad Periodontol*, 2004; 6(4): 131-5.
2. García de Marcos JA, García de Marcos MJ, Arroyo Rodríguez S *et al.* Peripheral ossifying fibroma: a clinical and immunohistochemical study of four cases. *J Oral Sci*, 2010; 52(1): 95-9.
3. Shetty DC, Urs AB, Ahuja P *et al.* Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. *Indian J Dent Res*, 2011; 22(1): 56-61.
4. Mishra A, Bhusari P, Kanteshwari K. Peripheral cemento-ossifying fibroma – a case report. *Int J Dent Hyg*, 2010; 10: in press.
5. Noh C, Choi MS. A case report of the peripheral cementifying fibroma arising from periodontal ligament of mandibular posterior tooth. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 1997; 23(1): 168-175.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilo facial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
7. De Carli JP, Silva SO. Análise Clínico-Histopatológica do granuloma piogênico e fibroma ossificante periférico. *Rev Facul Odontol Univ Passo Fundo*, 2004; 9(2): 13-17.
8. Farquhar T, Maclellan J, Dymont H. Peripheral Ossifying Fibroma: report of a case. *J Can Dent Assoc*, 2008; 74(9): 809-812.
9. Poon CK *et al.* Giant Peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, 1995; (53): 695-698.