

## FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: Relato de caso

André Born Muniz<sup>1</sup>, Edson Torres de Lima Junior<sup>1</sup>, Rafael da Silva Rios<sup>1</sup>, Yann Victor Paiva Bastos<sup>1</sup>, Aurea Valéria de Melo Franco<sup>2</sup>, Sonia Maria Soares Ferreira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Graduação em Odontologia do Centro Universitário CESMAC

<sup>2</sup> MSc, Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário CESMAC

<sup>3</sup> PhD, Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário CESMAC

### Endereço correspondência

André Born Muniz

Avenida Aristeu de Andrade, 241, Farol

57051-090, Maceió, Alagoas

[andrebornm@gmail.com](mailto:andrebornm@gmail.com)

Recebido em 25 de novembro (2017) | Aceito em 20 de dezembro (2017)

## RESUMO

O Fibroma Ossificante Periférico é um crescimento reacional usualmente visto em região de papila interdental. Caracterizado em uma produção de focos mineralizados constituídos por tecido ósseo, superfície lisa e diâmetro menor que 1,5cm. O caso descreve uma paciente 54 anos, melanoderma, relatando um crescimento gengival mandibular, após o uso de uma nova prótese. Uma lesão com características nodular, avermelhada, única, limites nítidos, oval, firme, sem mobilidade, séssil, indolor, que sugerem diagnósticos clínicos de granuloma piogênico, granuloma periférico de células gigantes e fibroma ossificante periférico. Foram realizados exames radiográficos panorâmico, periapical e histopatológico. A conduta foi a remoção por biópsia excisional.

**Palavras-chave:** Fibroma Ossificante, Mandíbula, Hiperplasia Gengival.

## ABSTRACT

The Peripheral Ossifying Fibroma is a reactional growth usually seen in the interdental papilla region. Characterized in a production of mineralized foci consisting of bone tissue, smooth surface and diameter smaller than 1.5cm. The case describes a 54 year old patient, melanoderma, reporting a mandibular gingival growth, after the use of a new prosthesis. A lesion with nodular features, reddish, single, clear borders, oval, firm, without mobility, sessile, painless. Suggestive clinical diagnoses of pyogenic granuloma, giant and giant cell peripheral granuloma and peripheral ossifying fibroma. Panoramic, periapical and histopathological radiographic examinations were performed. The conduct was removal by excisional biopsy.

**Key-words:** Fibroma, Ossifying, Mandible, Gingival Hyperplasia.

## 1. INTRODUÇÃO

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é um crescimento gengival interdental, considerado de natureza reacional, relativamente comum [1,2]. Para Neville et al. [1] a patogenia dessa lesão é incerta, no entanto, aponta-se associação com irritação crônica pela estimulação nas células do ligamento periodontal que leva a formação de osso por metaplasia [3]. Apesar de parecer indefinida a patologia pode estar relacionada com biofilme, cálculo dentário, aparelho ortodôntico, destruição das coroas, restaurações má adaptadas, esforços mastigatórios e impactação de alimentos [4].

No passado foram usadas terminologias diversas para a nomenclatura desta lesão e para descrever as características histopatológicas variáveis. Os termos Fibroma Odontogênico Periférico e Fibroma Ossificante Periférico já foram utilizados como sinônimos, mas desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a denominação Fibroma Ossificante Periférico em uma entidade distinta e separada [1,5,6].

O Fibroma Ossificante Periférico apresenta-se como crescimento focal na gengiva, massa nodular, bem delimitado, superfície lisa, base séssil ou pedunculada, com coloração que varia da mesma coloração da gengiva normal ao vermelho [1,6]. No início do crescimento pode apresentar-se como lesão de superfície ulcerada e vermelha o que pode confundir com Granuloma Piogênico. De consistência firme que variam de 1,5cm a 2cm embora existem relatos de grandes lesões [6].

O FOP é uma lesão de maior incidência em crianças e adultos jovens com prevalência entre 10 e 19

anos. Ocorre a maioria dos casos em mulheres em uma proporção de 2 a 4 vezes [7]. O padrão microscópico do FOP é de proliferação de fibroblastos associados à material mineralizado [1]. Uma massa não capsulada de tecido conjuntivo fibroblástico envolvida por epitélio escamoso estratificado e podem ser encontradas calcificações distribuídas por todo tecido conjuntivo [8].

Apresentando-se como um nódulo gengival constituído por um estroma formado por fibroblasto agregado a produção de focos dispersos de um produto mineralizado constituído por tecido ósseo tipo cimento [9]. O tipo de componente mineralizado, pode constituir em osso, material mineralizado cementóide ou calcificações distróficas, sendo habitual encontrar uma combinação desses materiais. As calcificações distróficas são comuns em lesões iniciais. Ainda sendo descritos alguns casos nos padrões histopatológicos com células gigantes multinucleadas associadas com o material mineralizado [1].

Quanto ao aspecto radiográfico, é comum não se constatar envolvimento visível de osso adjacente. No entanto, dependendo do tempo de desenvolvimento, áreas de calcificações no interior da lesão podem ser vistas [10].

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica através da biópsia excisional tendo a necessidade do envolvimento de toda base da lesão visando evitar recidiva, com o envio do fragmento para o histopatológico afim de constatar o diagnóstico. Sendo importante todo o conhecimento agregado a patologia da lesão, à proporção que fornece benefícios durante o tratamento, possibilitando favoráveis prognósticos.

## 2. Relato de Caso

Paciente gênero feminino, 54 anos, 64 Kg, melanoderma, costureira, buscou atendimento na Clínica Odontológica no Centro Universitário Cesmac, Maceio-AL. Durante a anamnese relatou como queixa principal “Coloquei uma prótese e cresceu uma bolinha de sangue que não dói, mas sangra quando eu mastigo”. Na história da doença atual a paciente relatou um aumento de volume em região de gengiva, há aproximadamente quatro meses, após a instalação de uma prótese.

Durante a aferição dos sinais vitais, observou-se a

pressão sistólica de 130 mmHg e a diastólica encontrava-se em 80 mmHg, frequência respiratória de 15 incursões por minuto e frequência cardíaca de 58 batimentos por minuto.

No exame extra bucal não houve alterações de normalidade. No exame clínico intrabucal foi observada em região anterior de mandíbula (Figura 1), lesão com características nodular, de coloração avermelhada, única, com limites nítidos, formato oval, consistência firme, sem mobilidade, inserção sésil, indolor e sem infiltrações. Ausências dentárias possuindo na maxila apenas os dentes 21, 22, 23 e 24 e em mandíbula os dentes 33, 34 e 43, presença de uso de prótese parcial maxilar e mandibular. As hipóteses de diagnósticos clínicos foram Granuloma Piogênico, Granuloma Periférico de Células Gigantes e Fibroma Ossificante Periférico.



Figura 1: FOP. Nódulo avermelhado, de base sésil em região anterior de mandíbula.

Foram realizados exames radiográficos panorâmico (Figura 2), periapical e oclusal (Figura 3), os quais evidenciaram ausências dentárias de incisivos na região anterior, reabsorção óssea irregular e radiopacidade que associadas as descrições clínicas, foi sugerido hipótese de Fibroma Ossificante Periférico em região anterior da mandíbula.

da lesão e a subsequente sutura em primeira intenção.

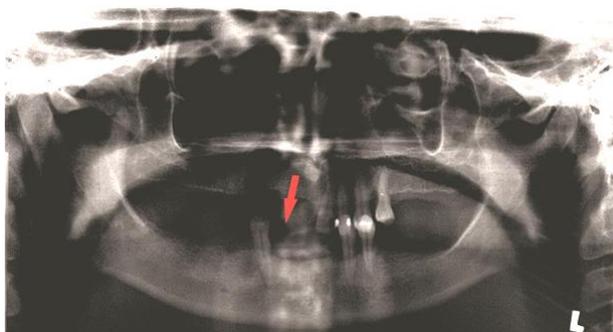


Figura 2: FOP. Reabsorção óssea irregular e radiopacidade em rebordo.



Figura 3: FOP. Radiografia periapical mostra reabsorção da crista óssea alveolar com presença de espícula óssea no rebordo associado ao nódulo gengival. Radiografia oclusal: cortical óssea preservada.

A conduta clínica foi a remoção da lesão através de biópsia excisional (Figura 4), com envolvimento da base da lesão e envio do fragmento para o exame histopatológico, o qual avaliou microscopicamente o material recebido que constava de um fragmento de tecido mole medindo 6x11x10mm.



Figura 4: Fotos clínico-cirúrgicas mostrando a remoção completa

O fragmento apresentava formato semi-globoso, superfície irregular e lisa, coloração pardacenta com áreas enegrecidas e consistência borrachóide. Microscopicamente os cortes histológicos revelaram fragmento de mucosa revestido por epitélio estratificado pavimentoso (Figura 5A e 5B). O tecido conjuntivo subjacente mostrava-se intensamente fibrosado e exibia área de metaplasia óssea (Figura 5C e 5D), concluindo o diagnóstico de Fibroma Ossificante Periférico.

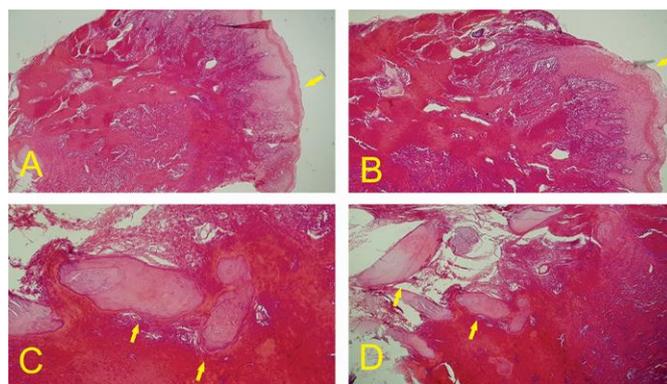


Figura 5: a e b)Características histopatológicas do FOP. Epitélio Estratificado Pavimentoso; c e d) Áreas de metaplasias ósseas.

A preservação pós-cirúrgica foi realizada com 7 dias e 4 meses (Figura 6) da remoção cirúrgica, e posteriormente continuou o tratamento odontológico realizando, raspagens, restaurações e ajuste da peça protética.



Figura 6: Revisão após quatro meses região do procedimento cirúrgico.

### 3. Discussão

Descrita inicialmente no ano 1842 por Menze, que dissertou sobre a entidade patológica fibroma ossificante, e Montgomery, em 1927, denominou-o "fibroma ossificante" [11]. O Fibroma Ossificante Periférico é um crescimento tecidual descrito em hiperplasia inflamatória reativa benigna, o qual representando aproximadamente de 9,6% dos 90% de todas as biópsias inflamatórias que ocorrem exclusivamente em região da gengiva, geralmente apresenta crescimento lento, raramente atingindo 3 cm de diâmetro [4].

A lesão nodular do relato do caso referido com coloração avermelhada, limites nítidos, consistência firme e inserção séssil é semelhante aos achados de Derici, Akgun, Celasun, Ozturk [12] descrevendo o FOP com a possibilidade de ser uma lesão séssil ou pedunculada e apresentar cor avermelhada semelhante à gengiva circundante.

Devido à semelhanças clínicas das características do FOP algumas lesões podem ser confundidas e diagnosticadas, conforme Um, Azher [9] como granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa de granuloma periférico de células gigantes, e outros tumores odontogênicos periféricos.

A incidência em crianças e adultos jovens apresenta prevalência de maior frequência no gênero feminino em uma proporção aproximada entre duas e quatro vezes maior. Além disso, aparece principalmente durante a segunda década de vida e na raça branca [7]. No caso em questão, a paciente era do gênero feminino, o que é compatível com a maior prevalência da patologia nesse gênero.

Segundo Ribeiro, Carvalho, Silva, Andrade, Oliveira [4] cinquenta por cento das lesões ocorrem em região anterior da maxila, em concordância com Martins Junior, Kein, Kreibich [7] havendo uma equivalência entre maxila e mandíbula na ocorrência do local. Isso condiz com o caso relatado, no qual a lesão encontrava-se em região anterior de mandíbula com dimensões de 1,5cm da lesão, enquadrando-se no tamanho esperado para a maioria dos achados literários [9].

Segundo o estudo publicado por Ribeiro, Carvalho, Silva, Andrade, Oliveira [4] relacionou a patologia do FOP com irritantes locais, assim como identificado no relato presente, sendo relacionada, muitas vezes com biofilme, cálculo, aparelho ortodôntico, destruição de coroas, próteses má adaptadas, esforços mastigatórios ou impactação de alimentos. No caso clínico relatado presente em que o uso de prótese mal elaborada, promovendo adaptação inadequada, presença de biofilme e cálculos dentários devido à falta de instrução e higiene oral, podem ter atuado como influenciadores do surgimento da doença.

O diagnóstico só pode ser confirmado a partir do exame histopatológico. De acordo com John; Kandadasamy; Achuthan [13], a característica histopatológica chave desta lesão é a massa celular de tecido conjuntivo que compreende grande quantidade de fibroblastos misturados com estroma fibrilar delicado.

As características seguintes geralmente são observadas durante o exame microscópico: epitélio escamoso estratificado intacto ou epitélio superficial ulcerado, tecido conjuntivo fibroso benigno com números variáveis de fibroblastos, proliferação de material mineralizado, material semelhante ao cimento ou calcificações distróficas, células inflamatórias agudas ou crônicas em lesões. As características acima assemelham-se com as encontradas no caso em questão, concluindo o diagnóstico de FOP.

Durante o estudo de Silveira, Cardoso, Manzi [14] no exame radiográfico observou-se que as bordas da lesão geralmente são bem definidas, com uma linha radiolúcida pouco volumosa (fina) que retrata uma cápsula fibrosa. Internamente a estrutura tem uma densidade de variação radiolúcida-radiopaca, derivando da forma e da quantidade do material calcificado presente. No caso em questão, há reabsorção óssea irregular e radiopacidade vistas nas radiografias panorâmica, periapical e oclusal.

A conduta terapêutica, no caso abordado, é firmada mais ainda aos achados literários com o tratamento realizado, no qual apresentou como escolha a excisão cirúrgica, segundo Neville [1] devendo-se incluir a base da lesão e se estender ao osso. Além disso, também é recomenda a curetagem do osso subjacente. Se a remoção estiver incompleta, pode ocorrer uma recorrência de aproximadamente 16 % pós tratamento.

#### 4. Conclusões

No presente caso descrito, a paciente não apresentava um bom grau de higiene bucal, apresentava a doença cárie, cálculo e uma prótese mal adaptada, variantes consideradas como fatores etiológicos para o surgimento do Fibroma Ossificante Periférico. A terapêutica eficaz é excisão cirúrgica da lesão com uma margem de segurança, evitando assim o aparecimento de recidivas. A paciente retornou após 7 dias e posteriormente com 4 meses da biópsia excisional, apresentou um prognóstico favorável para o processo de cicatrização não havendo nenhuma recidiva. Foram realizadas restaurações, raspagens e um ajuste da peça protética objetivando melhorias em seu estado de saúde oral. Tendo em vista a necessidade de um amplo conhecimento em estomatologia, o cirurgião-dentista deve estar atento, tanto as características clínicas quanto a necessidade que se faz dos exames complementares, como exames de imagens e histopatológicos, para um efetivo diagnóstico, com isso um melhor tratamento.

#### REFERÊNCIAS

- [1] NEVILLE et al. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2009.
- [2] Poonacha KS, Shigli AL, Shirol D. Peripheral ossifying fibroma: a clinical report. *Contemp Clin Dent*. 2010; 1(1): 54-56.
- [3] Ashok S, Gupta AA, Ashok KP, Mhaske SA. Peripheral ossifying fibroma: a rare case affecting maxillary region. *Indian J Dent*. 2016; 7(3): 141-143.
- [4] Ribeiro MSPC, Carvalho CAB, Silva D, Andrade CM, Oliveira CM. Fibroma ossificante periférico: características clínicas, radiográficas e histopatológicas de um caso atípico em palato. *Clin Cient Odontol*. 2009; 1(2): 79-83.
- [5] BARNES, L. et al. Classification of tumours pathology and genetics of tumours of the head and neck. Lyon.[S.I], 2005.
- [6] Pal S, Hegde S, Ajila V. The varying clinical presentations of peripheral ossifying fibroma: a report of three cases. *J Dental Science*. 2012; 27(3): 251-255.
- [7] Martins Junior J, Keim F, Kreibich M. Fibroma ossificante periférico maxilar: relato de caso clínico. *Arquivos Int Otorrinolaringol*. 2008; 12(2): 295-299.
- [8] Chaudhari S, Umarji HR. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: MRI. *Case Rep Dent*. 2011; 36(3): 180-182.
- [9] Um D, Azher U. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Periodontol*. 2009; 27(1): 49-51.
- [10] Tolentino ES, Centurion BS, Damante J H. Fibroma de células gigantes: considerações gerais e relato de caso. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2009; 21(3): 277-281.
- [11] Lopes ACM, Barros VLSS, Lima BCC, Nogueira VLBL, Rocha FMM, Moraes SS. Fibroma ossificante na mandíbula: relato de caso de patologia rara. *Rev Cirurg Traumat Buco-Maxilo-Facial*. 2013; 13(1):77-82.
- [12] Dereci O, Akgun S, Celasun B, Ozturk A, Gunhan O. Histological evaluation of the possible transformation of peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma: a preliminary study. *Indian J Pathol Microbiol*. 2017; 60(1): 15-20.
- [13] John RR, Kandadasamy S, AChuthan N. Unusually large-sized peripheral ossifying fibroma. *Ann Maxillofac Sur*. 2016; 6(2):300-303.
- [14] Silveira TD, Cardoso OF, Silva AJB, Cardoso AAC, Manzi RF. Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imagiológico e histopatológico e tratamento feito. *Rev Bras Ortop*. 2016; 51(1):100-104.