

Fibroma Ossificante Periférico: Relato de Caso

Peripheral Ossifying Fibroma: Case Report

Diuriane Caroline Campos França^I | Laís Soares Silva^{II} | Viviane Nogueira Marinho^{II} | João Milanez Junior^{III} | Arlindo Tadeu Teixeira Aburad^{IV} | Sandra Maria Herondina Ávila de Aguiar^V

RESUMO

O Fibroma Ossificante Periférico é uma lesão proliferativa reacional, não neoplásica, de crescimento lento, que pode produzir recidiva após exérese. Sua etiologia é incerta, mas está associado a fatores irritantes locais, e é encontrado, na maioria das vezes, na região anterior de maxila. Clinicamente, caracteriza-se por um aumento volumétrico assintomático, que pode determinar, com o tempo, assimetria facial. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de Fibroma Ossificante Periférico em paciente de 40 anos, sexo feminino, com lesão exofítica em maxila, atípico por suas grandes dimensões e com história de 3 recidivas, levando à assimetria facial. Foi submetida à cirurgia de remoção da lesão juntamente com os prováveis fatores irritantes, sendo o diagnóstico anatomopatológico de Fibroma Ossificante Periférico. Conclui-se que é de fundamental importância a remoção completa da lesão para minimizar a tendência à recidiva, incluindo o periósteo subjacente e o ligamento periodontal, além dos prováveis fatores causais.

Descritores: Fibroma Ossificante; Patologia Bucal; Recidiva.

ABSTRACT

The Peripheral ossifying fibroma is a reactive proliferative lesion, non neoplastic, slow growth, which can produce recurrence after removal. It's etiology is uncertain, but is associated with local irritants, and is found mostly in the anterior maxilla. Clinically it is characterized by an asymptomatic increase in volume, which may, over time, facial asymmetry. The aim of this paper is to describe a case of peripheral ossifying fibroma in a patient 40, female, exophytic lesion in the jaw, unusual for its large dimensions and with a history of three recurrences, leading to facial asymmetry. She underwent surgery to remove the lesion along with the likely irritants, and the pathological diagnosis of peripheral ossifying fibroma. We conclude that it is fundamentally important for complete removal of the lesion to reduce the tendency to relapse, including the periosteum and the periodontal ligament, in addition to possible causes.

Descriptors: Fibroma Ossifying, Pathology Oral, Recurrence.

INTRODUÇÃO

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é uma lesão proliferativa reacional não neoplásica, definido como hiperplasia inflamatória reativa benigna¹.

De acordo com Neville et al.², o FOP é um neoplasma verdadeiro, com potencial de crescimento, podendo atingir tamanhos grotescos, causando assimetria facial evidente. Pode apresentar divergência ou reabsorção de raízes.

Sua etiologia é incerta, mas, por ser uma lesão rea-

cionária, está associado a fatores irritantes locais como: cálculo dental, próteses mal adaptadas, acúmulo de biofilme, raízes residuais, restaurações e outros agentes traumáticos^{3,4,5}. O FOP tem outras nomenclaturas como: Fibroma Odontogênico Periférico, Fibroma Periférico com Calcificação, Granuloma Fibroblástico Calcificante, Epúlido Fibrosa Ossificante e Fibroma Cementificante Periférico^{1,3}.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, de-

I Doutoranda em Odontopediatria – Unesp/Araçatuba. Professora da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Estomatologista do CEOPE – Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais.

II Acadêmicas do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande – Univag.

III Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial, Professor da Unic- Universidade de Cuiabá

IV Patologista bucal do CEOPE e do Hospital de Câncer de Mato Grosso, Professor do Centro Universitário Rondon – Unirondon/Cuiabá.

V Professora Adjunto do Departamento de Clínica Infantil e Social, Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

vendo incluir o ligamento periodontal, se esse for afetado, e quaisquer outros agentes etiológicos identificáveis¹.

O objetivo deste artigo é ilustrar um caso de Fibroma Ossificante Periférico de tamanho incomum, diagnosticado no Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais, buscando alertar os profissionais quanto à importância da remoção completa da lesão e agentes etiológicos, visto tratar-se de um caso onde a lesão recidivou pela 3ª vez.

RELATO DE CASO

Paciente feoderma, sexo feminino, 40 anos, apresentou-se ao Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE) encaminhada por uma colega periodontista para avaliação de lesão nodular em maxila. Segundo a paciente, a lesão já havia sido removida por duas vezes, a primeira vez em 2001 e a segunda em abril de 2004 no Hospital do Câncer em Cuiabá, e apresentava recidiva. Durante a avaliação sistêmica observou-se histórico de hipertensão arterial fazendo uso de Benicar HTC e Captopril 25 mg, 2 vezes ao dia.

À inspeção da face notava-se assimetria com aumento de volume da região anterior de maxila direita (Figura 1). Ao exame intrabucal constatou-se a presença de uma lesão nodular, de base sésil, superfície lisa, coloração rósea, limites definidos e consistência fibrosa em rebordo da região anterior de maxila, entre os elementos 11, 12 e 13, causando a separação dos mesmos (Figura 2).



Figura 1 – Perfil da Paciente evidenciando assimetria facial.



Figura 2 – Aspecto clínico inicial da lesão

No exame radiográfico oclusal pode-se observar presença de massa radiopaca de bordos irregulares, com aspecto de raios de sol, em região anterior direita da maxila (Figura 3). A radiografia panorâmica mostrou perda óssea alveolar vertical na distal do elemento 12, presença de imagem radiopaca circunscrita por halo esclerótico, com aumento volumétrico e separação dos elementos 12 e 13 (Figura 4).



Figura 3 – Radiografia oclusal mostrando seqüestro ósseo na região anterior direita.



Figura 4 – Radiografia panorâmica evidenciando afastamento dos dentes 12, 11 e 21.

Foram solicitados os exames de hemograma completo, glicemia em jejum, e coagulograma, que se apresentaram normais. A paciente foi encaminhada ao cardiologista, onde a mesma fora classificada como ASA III, risco cirúrgico II.

Considerando a história de recidivas e o aspecto da imagem radiográfica "clássica" de explosão solar ou raio de sol, propôs-se como hipótese diagnóstica o Osteossarcoma. Como tratamento optou-se pela biópsia incisional, sob sedação mais anestesia local, porém durante o procedimento cirúrgico, observaram-se aspectos de benignidade e integridade óssea, o que nos fez mudar a hipótese diagnóstica para FOP e permitiu assim, optar pela remoção cirúrgica total, incluindo exodontia do elemento 12 devido ao seu envolvimento.

Após a sedação da paciente, realizou-se infiltração de solução vasoconstrictora adrenalina 1/100.000 em região de base da lesão. A incisão se deu na base da lesão entre o incisivo lateral direito e canino, com inclusão periosteia. Foi também realizada a exodontia do dente 12 devido à extensa perda ossea, além de curetagem alveolar e radiculares como remoção de prováveis causas da lesão. Após irrigação com solução salina e completa hemostasia, a aproximação dos tecidos gengivais se deu por sutura com fio de nylon 5.0.

No pós-cirúrgico a paciente fez uso de cefalexina 500mg por 7 dias, diclofenaco sódico 50mg por 3 dias e dipirona 500mg nas primeiras 24 horas.

O material foi enviado para avaliação anatomopatológica, em que foi observado fragmento de mucosa recoberta por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com acantose e excitose. Na lâmina própria notou-se formação de tecido osteóide, com muitos formatos, semelhante a tecido ósseo definindo o diagnóstico de Fibroma Ossificante Periférico (Figura 5). O acompanhamento da paciente foi realizado aos 13, 35 e 66 dias de pós-operatório, onde mostrou evolução cicatricial sem indícios de recidiva.

A paciente foi encaminhada ao periodontista para avaliação dos dentes 11 e 21, mas infelizmente não retornou para acompanhamento do caso. Foram feitas várias tentativas de localização da mesma, porém sem sucesso.

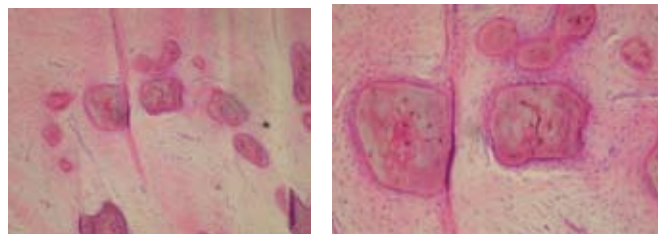


Figura 5 – Lesão exibindo intensa celularidade com áreas de calcificação semelhante a tecido ósseo (menor e maior aumento)

DISCUSSÃO

O Fibroma Ossificante Periférico é derivado do tecido conjuntivo da submucosa ou do ligamento periodontal. Tem uma taxa de recorrência de 20%, que para ser evitada deve-se excisionar cirurgicamente a lesão, tendo o periodonto envolvido curetado e quaisquer fatores etiológicos identificáveis removidos^{4,6,7,8,9,10}. O presente caso relatado encontrava-se em sua 3ª recidiva, o que pode ter ocorrido devido à remoção parcial da lesão em cirurgias anteriores. Considerando-se a história de recidivas e o aspecto da imagem radiográfica "clássica" de explosão solar ou raio de sol, sugeriu-se um diagnóstico clínico de Osteossarcoma, que foi descartado durante o procedimento cirúrgico.

A lesão relatada tinha característica nodular, de base séssil, superfície lisa, coloração rósea, limites definidos e consistência fibrosa em rebordo da região anterior de maxila, entre os elementos 11, 12 e 13, causando a separação dos mesmos. Tais características vão de encontro com a literatura citada^{3,6,7,11,12-2,8,9,13,14}.

O caso relatado no presente estudo concorda com Hoffmann e Krause⁶, Keluskar et al.⁸, Martins Junior et al.¹², Das e Azher⁹, Poonacha et al.¹⁴, quanto ao crescimento, aspecto da lesão e região na qual se localiza, porém difere desses mesmos autores quanto a cor da paciente e a idade mais afetada, pois o nosso caso encontrava-se na 5ª década de vida e em paciente feoderma.

O FOP geralmente apresenta crescimento lento, de acordo com Martins Junior et al.¹², e tem em seu aspecto clínico mais comum, 1,5 cm em seu maior comprimento. Ribeiro et al.³, afirmam que o FOP raramente atinge 3 cm de diâmetro. O caso relatado apresenta uma lesão de 30X25X20MM de compri-

mento, sendo assim considerada como uma lesão de tamanho incomum. O tempo de evolução referido foi de 4 anos. Geralmente os dentes não são afetados, porém alguns elementos dentários podem estar deslocados e amolecidos³. No presente caso os elementos 11, 12, 13 estavam afastados pela lesão.

Os dados radiográficos relatados neste trabalho não apresentam semelhança com os descritos na literatura, uma vez que o aspecto imagenológico de explosão solar raramente está associado ao FOP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião-dentista deve estar atento aos sinais de anormalidade na mucosa bucal. A persistência de lesões, por um longo tempo, como no caso ora apresentado (3 recidivas), pode trazer danos estéticos e/ou funcionais ao paciente, sobretudo no caso de lesões agressivas.

É muito importante a formação básica em estomatologia para todos os cirurgiões-dentistas que atuam na clínica odontológica, objetivando a realização de um correto diagnóstico e um tratamento apropriado.

REFERENCIAS

1. Menezes FS, Barros JS, Silva D, Suzuki CLSampaio, Freitas TMC, Falcão MML. Fibroma ossificante periférico: um levantamento clínico e epidemiológico Rev. Bras. odontol. Rio de Janeiro. 2010 jan./jun;67(1):106-10.
2. Neville BW. Tumores de Tecidos Moles. In:_____. Patologia oral & maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 12:432-34.
3. Ribeiro MSPC, Carvalho BAC, Silva D, Andrade MC, Oliveira MC. Fibroma ossificante periférico: características clínicas, radiográficas e histopatológicas de um caso atípico em palato. Odontologia Clín.-Científ. Recife. 2009 jan/mar; 8(1):79-83.
4. De Carli JP, Bernabé DG, Gaetti-Jardim EC, Moraes NP, Crivelinil MM, Silva SO. Fibroma ossificante periférico de grandes proporções: relato de caso clínico. Revista Odontológica de Araçatuba. 2007 Mai/Ago;28(2):45-9.

5. Matarazzo F, Feres M, Benatti BB, Duarte PM. Fibroma ossificante periférico extenso em paciente periodontal: relato de caso. Rev Assoc Paul Cir Dent 2007; 61(4): 325-8.
6. Hoffmann RR, Krause RGS. Fibroma Ossificante Periférico – Relato de Caso Clínico. Rev. Cir. Traumatol. Bucocomaxilofacial. Camaragibe. 2007 jul./set;7(3):31-4.
7. Ribeiro AO, Silveira ES, Maciel RM, Pontes MA, Souza LMA. Fibroma cemento-ossificante periférico. Relato de um caso clínico. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2010; 51(1):61-4.
8. Keluskar V, Byakodi R, Shah N. Peripheral ossifying fibroma. J. Indian. Academ Oral Medicine and Radiology. 2008 April/June;20(2):54-6.
9. Das UM, Azher U. Peripheral ossifying fibroma. J. Indian. Soc. Pedod. Prevent. Dent. 2009 Jan/Mar;1(27): 49-51.
10. Tolentino ES, Tolentino LS, Rocha JF, Iwaki LCV, Iwaki Filho L. Fibroma cemento-ossificante sintomático: relato de caso clínico.Rev Odontol UNESP. 2010; 39(1): 63-7.
11. Pedron IG, Chujfi ES, Magalhães CA, Imperato JCP, Adde CA. Fibroma Ossificante Periférico – Processo Proliferativo de Interesse Periodontal: Relato de Casos. RPE – Revista Internacional de Periondontia Clínica 2004;2(4):5-9.
12. Martins Júnior CJ, Keim FS, Kreibich MS. Fibroma Ossificante Periférico Maxilar: Relato de Caso Clínico. Arq. Int. Otorrinolaringol. São Paulo 2008;12(2):295-99.
13. Tomazoni AP, Raymundi B, Busin CS, De Carli JP, Silva SO. Estudo comparativo da atividade proliferativa celular do fibroma ossificante periférico e da lesão de células gigantes periférica. Revista Odonto 2009 jan/jun;17(33):6-12.
14. Poonacha KS, Shigli AL, Shirol D. Peripheral ossifying fibroma: A clinical report. Contemporary Clinical Dentistry. 2010 Jan/Mar;1(1):54-6.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Autor Responsável: Diurianne Caroline Campos França
Av. Dom Orlando Chaves, nº 2.655 – CEP 78118-900
Bairro Cristo Rei, Várzea Grande – MT
Ciências da Saúde – Odontologia - Univag
E-mail: diurianne.odonto@terra.com.br

