

## Fibroma ossificante periférico: relato de caso clínico em paciente com Hepatite B

### Peripheral ossifying fibroma: case report in a patient with Hepatitis B

Diurianne Caroline Campos França<sup>1</sup>, André Destéfani Monteiro<sup>2</sup>, Paula Gabrielle de Castro<sup>3</sup>, Roseni Gaudino de Carvalho<sup>3</sup>, Arlindo Tadeu Teixeira Aburad<sup>4</sup>, Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Doutoranda em Odontopediatria, Unesp, Araçatuba. Professora da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia e Radiologia do Centro Universitário de Várzea Grande UNIVAG;* <sup>2</sup> *Doutorando em Implantodontia, São Leopoldo Mandic. Professor da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia e Radiologia do Centro Universitário de Várzea Grande;* <sup>3</sup> *Graduadas em Odontologia pelo Centro Universitário de Várzea Grande;* <sup>4</sup> *Patologista bucal do CEOPE e do Hospital de Câncer de Mato Grosso; Unirondon, Cuiabá;* <sup>5</sup> *Professora Adjunta do Departamento de Clínica Infantil e Social, Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp.*

#### RESUMO

Este trabalho focaliza uma revisão de literatura e um relato de caso de Fibroma Ossificante Periférico em paciente com de Hepatite B, sexo masculino, 35 anos, cuja lesão foi notada pelo paciente seis meses antes da busca de tratamento. Ao exame intrabucal, observou-se nódulo entre os dentes 12 e 13, o que causava assimetria facial e comprometimento estético. Após os exames de imagem, a hipótese de diagnóstico foi de Fibroma Ossificante Periférico. Devido à grande incidência dessa lesão na clínica odontológica, é imprescindível que o cirurgião-dentista esteja preparado para fazer o diagnóstico e propor um tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Fibroma ossificante. ligamento periodontal. hepatite B.

#### ABSTRACT

This work it is a literature review and case report of peripheral ossifying fibroma in a patient with hepatitis B, male, 35, whose injury was noticed by the patient for six months. In intraoral examination showed - if node between teeth 12 and 13, causing facial asymmetry and esthetic effect. After the imaging diagnosis, the hypothesis of Peripheral Ossifying Fibroma. Due to the high incidence in clinical dentistry, it is essential that the dentist is prepared to make a diagnosis and suggest appropriate treatment.

**Keywords:** Ossifying fibroma. periodontal ligament. hepatitis B

#### INTRODUÇÃO

As tumefações gengivais podem ocorrer devido à irritação causada por injúrias, como cálculos ou partículas que ficam retidos dentro do sulco gengival, fragmentos de palitos de dente, restos de pipoca, etc. Segundo Silverman<sup>1</sup>, o hospedeiro reage ao fator irritante pela hiperplasia dos tecidos endógenos locais, como o tecido conjuntivo fibrovascular, fibroblastos do ligamento periodontal e tecidos do periosteio. A proliferação do tecido de granulação dá origem aos granulomas piogênicos, que podem fibrosar; as células do ligamento periodontal dão origem a outras células, capazes de realizar osteogênese e cementogênese, produzindo o fibroma ossificante periférico.

Recebido em 12 de abril de 2011; revisado em 30 de abril de 2011.  
Correspondência / Correspondence: Diurianne Caroline Campos França. GPA de Ciências da Saúde – UNIVAG – Centro Universitário. Av. Dom Orlando Chaves, n 2.655, bairro Cristo Rei. CEP 78118-900. Várzea Grande, Mato Grosso, Brasil. Email: diurianne.odonto@terra.com.br

Conhecido também como Epúlido Fibroide Ossificante, Fibroma Periférico com Calcificação, Granuloma Fibroblástico Calcificante, o Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é uma neoplasia benigna, com predileção duas a três vezes mais pelo sexo feminino<sup>2</sup> na segunda e na terceira década de vida. Apresenta-se com uma lesão globosa, assintomática, bem delimitada, pediculada ou séssil, de coloração róseo-avermelhada, com evolução lenta, firme à palpação<sup>3,4</sup>. Radiograficamente, podem-se perceber áreas de difusas de calcificações radiopacas<sup>3</sup>. O FOP é formado através dos fibroblastos do ligamento periodontal, que proliferam e quais possuem a capacidade de formar osteoide e cementoide.<sup>1,2,5,6</sup>

O osso encontrado no interior do FOP é do tipo entrelaçado e trabeculado, embora lesões mais antigas possam mostrar osso lamelar maduro e não são incomuns trabéculas de osteoide não-mineralizado.<sup>2</sup>

As três características mais importantes para o cirurgião-dentista definir qualquer tumefação de tecido

mole são a localização, a coloração e as características observadas mediante palpação<sup>7</sup>. As lesões que configuram o diagnóstico diferencial para o FOP são o granuloma piogênico e a lesão periférica de células gigantes.<sup>7,8</sup>

A biópsia é fundamental para estabelecer o diagnóstico. O tratamento consiste na remoção total, com ligeira margem de segurança, sendo necessário remover também o periosteio subjacente para evitar recidiva. O prognóstico é bom, e os danos anatômicos e funcionais são mínimos, embora a taxa de recidiva seja de 20%.<sup>4,9,10-12</sup>

As hepatites B e C são as mais severas. Seus primeiros sintomas são febre, dores de cabeça e no corpo, cansaço fácil, falta de apetite, náusea e mal-estar. Com a evolução da doença, surge a icterícia (coloração amarelada das mucosas e da pele), coceira no corpo e urina escura. O diagnóstico precoce é raro, pois os sintomas comuns da doença só ocorrem em 25% dos pacientes que desenvolvem a infecção aguda, a qual pode passar despercebida, e apenas 5% evoluem para forma crônica. As pessoas com hepatite crônica podem desenvolver cirrose e câncer de fígado ao longo de anos. O diagnóstico é concluído por análise sanguínea, e o tratamento depende do estado geral do paciente. O tratamento para hepatite B aguda é apenas paliativo e, no caso da crônica, ele visa a diminuir a replicação viral e minimizar a lesão hepática pelo uso de drogas. A prevenção se dá pela vacina anti-HBV, disponível nas unidades de saúde.<sup>8</sup>

O paciente em questão obteve diagnóstico precoce por meio de exames de rotina e não apresentava sintomatologia. Ele estava em início de tratamento quando procurou o atendimento odontológico.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de Fibroma Ossificante Periférico, em homem na quarta década de vida com Hepatite B, com o intuito de conscientizar os cirurgiões-dentistas quanto aos cuidados na prevenção de doenças infecto-contagiosas e apresentar-lhes noções básicas para a detecção de neoplasias na mucosa oral.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, com 35 anos de idade, auxiliar administrativo, feoderma, residente em Várzea Grande (MT), apresentou-se no Programa de Diagnóstico e Prevenção do Câncer de Boca, onde foi avaliado e encaminhado para ao serviço de Diagnóstico do Curso de Odontologia no UNIVAG – Centro Universitário de Várzea Grande (MT), em junho de 2009. Na história social, relatou não ser etilista nem tabagista. Durante a história médica relatou ter Hepatite B em fase inicial de tratamento, sem uso de medicação, pois seu sistema imunológico estava combatendo com eficácia o vírus, e os exames iniciais estavam sendo realizados e avaliados pela equipe médica do paciente.

Sua queixa principal era “carne crescida na gengiva”. Com sinais vitais sem alterações, o paciente foi examinado. Ao exame físico extrabucal, notava-se assimetria facial do lado direito (Figura 1) e, no exame intrabucal, notou-se massa nodular localizada na gengiva, inserida por vestibular e envolvendo a papila interdental do canino e do incisivo lateral superior direito (dentes 12 e 13), com aproximadamente 2 cm de diâmetro, que cobria parte dos dentes (Figura 2), causando comprometimento estético. Isso deixava o paciente com baixa autoestima, pois evitava sorrir e, ao se comunicar, procurava esconder a boca com as mãos. A lesão apresentava-se indolor, cor rósea pálida, com áreas eritematosas discretas, de base pedunculada, sem sangramento, consistência fibrosa à palpação, com tempo de evolução de seis meses, gerando diastema entre canino e incisivo lateral (Figura 2). A higiene bucal do paciente era satisfatória.

Foi realizada a radiografia periapical e a oclusal, que mostraram discreta reabsorção na crista óssea e leve deslocamento do dente 13 para distal, causando diastema (Figura 3).

Devido à história de hepatite B, foi solicitada avaliação médica e os seguintes exames complementares: Risco Cirúrgico, Hemograma e Coagulograma Completo, Tempo de Tromboplastina, Tempo de Protrombina (TP), Creatinina, Transaminase Glutâmica Oxalacética (TGO/AST), Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP/ALT), o que demonstrou alteração somente nos exames TGO/AST e TGP/ALT. Mesmo com os resultados mostrando alterações hepáticas, o procedimento cirúrgico não foi inviabilizado, pois o TP era de 11,9 segundos e o RNI (Razão Normalizada Internacional) estava 0,9, valores considerados normais, indicando uma boa capacidade de coagulação/hemostasia sanguínea.

Devido ao fato de os exames complementares e a avaliação médica não contraíndicarem o procedimento cirúrgico, o tratamento proposto foi biópsia excisional, com conservação dos dentes envolvidos e uso de eletrocautério para auxiliar a hemostasia (Figura 4), protegendo o local incisado com cimento cirúrgico.

A peça foi seccionada com lâmina de bisturi nº15, e, durante esse procedimento, pôde ser sentida uma crepitação, o que sugeriu presença de calcificação, o que indicava diagnóstico clínico de FOP. No transcirúrgico, o protocolo de biossegurança foi devidamente respeitado. A equipe estava com a vacina anti - HBV em dia.

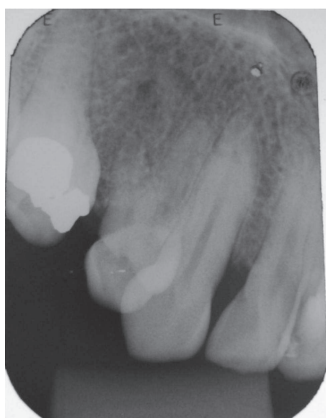
A peça removida foi enviada para análise histopatológica, revelando fragmento de mucosa que exibia lâmina própria com formação de material osteoide (Figuras 5a e 5b), confirmando, assim, o diagnóstico de Fibroma Ossificante Periférico. O paciente foi reavaliado após 7 dias e 3 meses após a biópsia, não apresentando evidência alguma de recidiva



**Figura 1** – Exame extrabucal apresentando assimetria facial do lado direito.



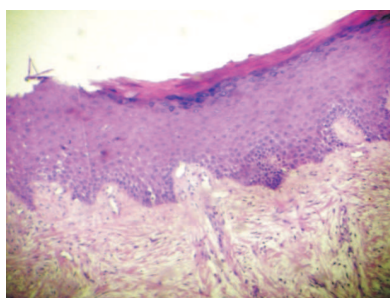
**Figura 2** – Exame intrabucal: aspecto da lesão em vista frontal.



**Figura 3** – Radiografia periapical inicial, evidenciando reabsorção da crista óssea entre os dentes 12 e 13.



**Figura 4** - Hemostasia, área cruenta, evidenciando a perda óssea no dente 13.



**Figuras 5a e 5b** – Aspecto histopatológico do FOP, evidenciando a presença de epitélio superficial e tecido conjuntivo fibroso celularizado (menor e maior aumento).



**Figuras 6a e 6b** - Pós-operatório, 3 meses, vista frontal e oclusal.



**Figura 7** - Acompanhamento radiográfico para controle, 3 meses após a biópsia.

da lesão, com preservação da saúde gengival e diminuição do diastema (Figuras 6a e 6b). Ao exame radiográfico periapical, constatou-se tecido ósseo intacto (Figura 7).

Foram informados ao paciente os meios de transmissão do vírus da Hepatite B, por contato com saliva, sangue, sêmen, suco digestivo, lágrima, secreção vaginal, uso compartilhado de seringas e agulhas<sup>8</sup>. Ele foi ainda orientado a não compartilhar copos e talheres com outras pessoas e a fazer uso de preservativo nas relações sexuais, evitando a disseminação do vírus.

## DISCUSSÃO

A maioria dos relatos literários afirma que o FOP é indolor, retém a capacidade de formar osso e cimento, sendo necessária a remoção do periosteio subjacente para evitar recidivas, sendo de maior prevalência em mulheres e na região de dentes anteriores da maxila<sup>1-3,6,10,11,13</sup>. Embora as características clínicas da lesão sejam achados comuns no presente caso, a prevalência sexual é atípica, por ter sido o FOP encontrado em homem.

Rezende *et al.*<sup>8</sup>, Falcão *et al.*<sup>4</sup>, Santiago *et al.*<sup>11</sup>, Bisinelli<sup>7</sup> e Tomazoni *et al.*<sup>12</sup> relatam que a taxa de recidiva é de 20%, e se dá principalmente pela remoção parcial da lesão ou pela permanência dos irritantes locais<sup>6</sup>. O presente caso, até o momento, não apresentou recidiva, com um ano de acompanhamento.

Em relação à faixa etária, Neville *et al.*<sup>2</sup> alegam que a lesão pode acometer pessoas de qualquer idade, porém Martins Junior *et al.*<sup>3</sup> sugerem ser a segunda década a de maior prevalência. Já Rezende *et al.*<sup>8</sup> afirmam ser a terceira e a quarta década de vida aquelas em que as pessoas são mais acometidas pelo FOP. No caso apresentado, a lesão foi encontrada em homem e na 4ª década de vida, confirmando os estudos de Ribeiro *et al.*<sup>10</sup>

No caso relatado, houve a preservação dos dentes envolvidos, que foi devida à pequena reabsorção óssea, diminuindo as chances e a necessidade de perda

dentária, o que resultou em um tratamento menos traumático. Esse fato evidencia a importância de o cirurgião dentista estar atento aos tecidos moles bucais, realizar o exame clínico por completo da cavidade oral e orofaringe, observar mesmo pequenas alterações e agir de forma rápida, dentro dos conhecimentos científicos e com técnicas adequadas. E, quando em dúvida, realizar o encaminhamento a um profissional capacitado.

O uso de eletrocautério teve grande valia no transcirúrgico, proporcionando condição de trabalho favorável, devido à hemostasia obtida. Quanto ao cimento cirúrgico, vários autores afirmam que ele retém placa bacteriana e é desnecessário. Entretanto, Tuler<sup>14</sup> indica a proteção para os casos de tecido conjuntivo exposto e osso desnudado. O cimento cirúrgico foi utilizado e pôde ser notado o conforto no pós-operatório proporcionado ao paciente e uma ótima cicatrização.

Nos cuidados pós-operatórios, deve-se observar criteriosamente a prescrição de medicamentos, visto que a hepatite prejudica a capacidade de o órgão quebrar as moléculas de certos medicamentos, reduzindo, assim, seu poder de digestão. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve ser criterioso na prescrição medicamentosa e na quantidade de anestésicos locais aplicados, devido ao fato de o fígado estar comprometido, com sua capacidade de metabolismo reduzida.

Segundo Bisinelli<sup>7</sup>, o cirurgião-dentista é parte do grupo de maior risco na transmissão de hepatite B, pois está exposto a fluidos corporais como sangue e saliva. Assim, são imprescindíveis os cuidados na prevenção da doença. As consultas devem ser marcadas no fim do dia, para permitir esterilizações adequadas, e o tratamento eletivo deve ser adiado até a infecção estar controlada. Luvas e máscaras duplas devem ser utilizadas, além de avental apropriado e, sempre que possível, devem-se usar utensílios descartáveis. As superfícies expostas do campo operatório devem ser limpas com solução antisséptica.

## CONCLUSÃO

Devido à grande prevalência de patologias na mucosa oral, o cirurgião-dentista deve ter noções básicas de estomatologia, para estar apto para obter um diagnóstico correto e um plano de tratamento adequado. No caso do FOP, é necessária a associação dos aspectos clínicos e histopatológicos. O tratamento deve incluir remoção total da lesão, dos prováveis fatores causais, do periosteio subjacente e do ligamento periodontal, minimizando tendência à recidiva.

## REFERÊNCIAS

- SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos de medicina oral**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 23, p. 226-231.
- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, cap.12, p. 523. 2009.

3. MARTINS JUNIOR, J. C.; KEIM, F. S.; KREIBICH, M. S. Fibroma ossificante periférico maxilar: relato de caso clínico. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** São Paulo, v. 12, n. 2, p. 295-299, 2008.
4. FALCÃO, M. M. L. et al. Fibroma ossificante periférico: um levantamento clínico e epidemiológico. **R. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 106-110, jan./jun. 2010.
5. CASTRO, A. L. et al. Fibroma cemento-ossificante: relato de caso. **Odonto**, São Bernardo do Campo, SP, v. 15, n. 29, p. 102-106, jan/jun. 2007.
6. MATARAZZO, F. Fibroma ossificante periférico em um paciente periodontal: relato de caso. **R. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 325-328, 2007.
7. BISINELLI, J. C.; MARÇAL, M. S.; LEPREVOST, J. Fibroma ossificante periférico - relato de caso clínico. **RBE R. Int. Estomatol.** Curitiba: Dental Tribune International, v. 2, n. 6-7, p. 87-90, 2005.
8. REZENDE, V.L.S. et al. Hepatites virais na prática odontológica: riscos e prevenção. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 317-323, maio/ago. 2010.
9. DE CARLI, J. P. et al. Fibroma ossificante periférico de grandes proporções: relato de caso clínico. **R. Odont. de Araçatuba.** Araçatuba, SP, v. 28, n. 2, p. 45-49, Mai/Ago. 2007.
10. RIBEIRO, M. S. P. C. et al. Fibroma ossificante periférico: características clínicas, radiográficas e histopatológicas de um caso atípico em palato. **R. Odont. Clín.-Científ.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 79-83, jan./mar.2009.
11. SANTIAGO, L. M.; GUSMÃO, E. S.; SILVA, U. H. Fibroma ossificante periférico e hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso clínico. **R. Odont. Clín.-Científ.**, Recife, v.2, n.3, p.233-240, set/dez.2003.
12. TOMAZONI, A. P. et al. Estudo comparativo da atividade proliferativa celular do fibroma ossificante periférico e da lesão de células gigantes periférica. **R. Odonto**, São Bernardo do Campo, SP, v. 17, n. 33, jan./jun.2009.
13. HOFFMANN, R.; KRAUSE, R. Fibroma ossificante periférico: relato de caso clínico. **R. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.** Camaragibe, v. 7, n. 3, p. 31-34, jul./set. 2007.
14. TULER, W. F.; MILANEZI, L. A.; GARCIA, V. G. O uso do cimento cirúrgico nas clínicas de periodontia das faculdades de odontologia brasileiras. **R. Odont. de Araçatuba**, Araçatuba, SP, v. 24, n. 1, p. 9-13, Jan./Jul. 2003.