

## FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO DE GRANDES DIMENSÕES: RELATO DE CASO

## LARGE PERIPHERAL OSSIFYING FIBROMA: CASE REPORT

Flávia Cruz Costa Lopes \*  
 Jener Gonçalves de Farias \*\*  
 Jéssica de Oliveira Teixeira \*\*\*  
 Maylanne Freitas dos Santos \*\*\*\*  
 Aise Cleise Mota Mascarenhas \*\*\*\*\*  
 Lorena Rodrigues Souza \*\*\*\*\*

**Unitermos:****RESUMO**

Fibroma ossificante  
periférico;  
diagnóstico;  
tratamento.

O fibroma ossificante periférico é uma condição onde ocorre um crescimento gengival, normalmente associado à região de papilas interdetais sendo resultante de uma resposta tecidual reacional. Acomete em maior escala indivíduos do sexo feminino, por volta da segunda à terceira década de vida, sendo que a região de predileção é a porção anterior dos ossos maxilares. O presente estudo apresenta um caso clínico de um Fibroma Ossificante Periférico de grandes dimensões na região maxilar em uma paciente do sexo feminino, onde a excisão cirúrgica foi a abordagem terapêutica adotada. O objetivo desse estudo é discutir sobre os aspectos clínicos, imagiológicos, histopatológicos e as condutas utilizadas para o tratamento.

**Uniterms:****ABSTRACT**

Peripheral ossifying  
fibroma;  
diagnosis;  
treatment.

The peripheral ossifying fibroma is a condition where gingival growth occurs, usually associated with interdental papillae region, resulting from a reactionary tissue response. Affects more female people, around the second to third decade of life, the maxillary bones being the region of preference. The present study presents a clinical case of a large peripheral ossifying fibroma in the maxillary region in a female patient, where surgical excision was the therapeutic approach adopted. The aim of this study is to discuss the clinical, imaging, histopathological aspects and the procedures used for treatment.

\* Graduanda em Odontologia na Universidade Estadual de Feira de Santana

\*\* Doutor em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba

\*\*\* Graduada em Odontologia Universidade Estadual de Feira de Santana

\*\*\*\* Graduanda em Odontologia na Universidade Estadual de Feira de Santana

\*\*\*\*\* Graduanda em Odontologia na Universidade Estadual de Feira de Santana

\*\*\*\*\* Cirurgã-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana

## INTRODUÇÃO

Neville et al.<sup>1</sup> (2016) definem o Fibroma Ossificante Periférico (FOP) como um crescimento gengival relativamente comum que é considerado mais como uma lesão de natureza reacional do que de natureza neoplásica. De acordo com Hasanuddin e Malleshwar<sup>2</sup> (2017) o FOP ocorre exclusivamente na gengiva, sendo que, geralmente o seu surgimento ocorre a partir da papila interdental, tendo origem no ligamento periodontal. O FOP também é conhecido como epúlide fibróide ossificante, fibroma periférico com calcificações e granuloma fibroblástico calcificante<sup>1</sup>.

Como bem cita Gulati et al.<sup>3</sup> (2019) a maxila é o local de predileção do FOP sendo cerca de 60% dos casos. Tem-se ainda que mais de 50% dos casos da lesão são encontrados na região de incisivos e caninos e sua ocorrência é predominante no sexo feminino, geralmente por volta da segunda e terceira década de vida.

A etiologia dessa lesão permanece incerta, porém, Reddy et al.<sup>4</sup> (2017) apontam que em decorrência da sua natureza reacional a presença de placa, cálculo, restaurações ásperas, dentaduras mal ajustadas, microrganismos, forças mastigatórias, pequenos traumas, alimentos ou detritos presos e fatores iatrogênicos influenciam no desenvolvimento dessas lesões.

Neville et al.<sup>1</sup> (2016) descrevem os aspectos clínicos do FOP como um nódulo, normalmente inferior a 2 cm, séssil ou pediculado, que usualmente origina-se da papila interdental, varia do vermelho ao rosa, sendo que ulcerações superficiais podem ser frequentes. Geralmente as lesões estão presentes por muitas semanas ou meses, antes do diagnóstico ser feito e os dentes

não costumam ser afetados, porém, em alguns casos pode ocorrer migração e perda de tais elementos.

Lesões como granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa, fibroma de células gigantes e lesão periférica de células gigantes possuem grande semelhança com o FOP, segundo Gomes et al.<sup>5</sup> (2019) isso ocorre devido à necessidade da presença de agentes irritantes para que ocorra o surgimento de tais patologias, fazendo-se necessário a realização do diagnóstico diferencial com as demais lesões enquadradas como reacionais. Essa diferenciação para a obtenção do diagnóstico definitivo tende a ser feita a partir do exame histológico e, por vezes, o radiográfico.

Como características microscópicas Almeida<sup>6</sup> (2016) descreve um revestimento de epitélio estratificado pavimentoso, podendo exibir acantose, atrofia, hiperplasia, exocitose de leucócitos e áreas ulceradas. Na região de lâmina própria, o tecido conectivo fibroso apresenta-se rico em células mesenquimais fusiformes ou ovoides que são permeadas por trabéculas de osso imaturo ou lamelar, ou ainda material mineralizado ovoide e basofílico semelhante a cimento.

Kignel<sup>7</sup> (2013) descreve que, quando o FOP atinge grandes dimensões, aspectos radiográficos podem apresentar radiolucidez devido a erosão superficial do osso alveolar, além de focos de radiopacidade no interior da lesão.

O tratamento de escolha como bem assegura Neville et al.<sup>1</sup> (2016) é a excisão cirúrgica local da lesão que deve ser realizada subperiosticamente para evitar recidivas. Além

disso, os dentes adjacentes devem ser vigorosamente raspados para eliminar qualquer possível irritação. No mais, algumas técnicas cirúrgicas periodontais podem ser necessárias para promover um adequado reparo estético dos defeitos gengivais sendo os retalhos reposicionados e enxertos de tecido conjuntivo citados como exemplos.

O objetivo desse artigo é apresentar um relato de caso clínico de um Fibroma Ossificante Periférico de grandes dimensões, buscando discutir sobre seus aspectos clínicos, imaginológicos e histopatológicos, além da abordagem terapêutica.

## RELATO DE CASO

Paciente de 54 anos, sexo feminino, melanoderma, foi encaminhada para a clínica escola de odontologia. Durante a anamnese, a paciente relatou a seguinte queixa principal: “Cresceu essa carne aqui no meu dente de cima”. No exame físico intrabucal constatou-se, na região maxilar direita, a presença de uma lesão tumoral de aproximadamente 4 cm em seu maior diâmetro, base pediculada, superfície lisa, indolor e consistência fibrosa à palpação. O crescimento tecidual se estendia da região do elemento dentário 13 até a região do 16. A lesão apresentava limites nítidos e coloração roseada. (Figura 1).



**Figura 1:** Lesão tumoral com grande extensão

O crescimento da lesão resultou na destruição do osso alveolar entre os dentes 14 e 15, proporcionando como achado radiográfico panorâmico uma imagem radiolúcida bem definida em forma de cálice que se estendia para além do ápice radicular (Figura 2).



**Figura 2:** Corte da radiografia panorâmica mostrando reabsorção óssea da cortical e da lâmina dura e pontos radiopacos dentro da lesão

Como conduta diagnóstica e terapêutica, optou-se pela biópsia excisional, visto o aspecto de benignidade da lesão. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi informada a respeito do tratamento e da possibilidade de publicação dos dados para fins educativos. A incisão foi feita abaixo do pedículo da lesão, englobando a região entre o primeiro e segundo pré-molar, com a inclusão do periósteo adjacente. Além disso, foram realizadas extrações dos elementos dentários adjacentes, uma vez que os mesmos se apresentavam com mobilidade grau 3 e ausência de suporte ósseo após a remoção do tumor.

Por ser uma lesão muito extensa foi realizada a apreensão com o fio de sutura para identificar a sua base e reduzir o sangramento pós-operatório (Figura 3). Procedeu-se então a remoção da lesão, e as exodontias das unidades

14 e 15 por estarem comprometidas, curetagem e sutura (Figura 4 e 5).



**Figura 3-** Apreensão da lesão com o fio de sutura, para localizar a base da lesão



**Figura 4-** Loja cirúrgica após a enucleação da lesão e das unidades dentárias envolvidas e peça anatômica.



**Figura 5-** Sutura da loja cirúrgica

O material foi enviado para o exame anatomopatológico, onde foram evidenciados fragmentos de lesão reacional, de natureza

mesenquimal, caracterizado por intensa proliferação fibroblástica e deposição colagênica, bem como, deposição de material mineralizado de tamanho e formatos variados, compatíveis com tecido ósseo e com cimento. A deposição cementária assume formato de esférula e as trabéculas ósseas irregulares são maiores e exibem osteócitos em lacunas. O conjuntivo de permeio é do tipo fibroso denso e ricamente vascularizado e exibe moderado infiltrado inflamatório - com diagnóstico definitivo de Fibroma Cimento-Ossificante Periférico.

Com 15 dias, foi removida a sutura, e a paciente apresentou satisfatória recuperação (Figura 3). O acompanhamento está sendo feito pelo controle com exame clínico e radiográfico e os protocolos para a reabilitação oral com uso de prótese parcial fixa segue em andamento.



**Figura 6-** Remoção da sutura após quinze dias

## DISCUSSÃO

O fibroma ossificante periférico (FOP) é caracterizado pela proliferação de células mesenquimais com capacidade de deposição de colágeno, matriz óssea e estruturas mineralizadas semelhantes ao cimento. Acredita-se que essas células são originadas a partir de células indiferenciadas do periósteo ou do ligamento

periodontal ocorrendo, dessa forma, exclusivamente na gengiva. A etiopatogênese do FOP ainda é incerta, embora provavelmente estejam envolvidos fatores irritativos locais, como acúmulo de biofilme e cálculo dental<sup>7</sup>. Tais considerações são ratificadas no caso apresentado nesse estudo, onde fatores irritativos como cálculo dental subgengival e ausência de ponto de contato favorecia a irritação crônica sob estímulo mastigatório.

O FOP é uma lesão benigna da cavidade oral que ocorre principalmente em mulheres, predominantemente apresenta-se na segunda década de vida<sup>8</sup>. Quase 60% das lesões ocorrem na maxila e principalmente na região anterior aos molares<sup>9</sup>. O caso relatado no presente estudo, em concordância com o que sugere a literatura, apresenta a ocorrência da lesão na região anterior da maxila em paciente do sexo feminino, estendendo-se até a região de primeiro molar superior. Em contrapartida as estatísticas presentes na literatura<sup>1, 3, 8</sup> que demonstram uma predileção da lesão em adolescentes e adultos jovens, a paciente estava na quinta década de vida, demonstrando que a apresentação de acordo com a idade é mais ampla do que o que é sugerido nos estudos atuais<sup>1, 3, 8</sup>.

Clinicamente é representada por um aumento tecidual pálido, de crescimento lento, com base séssil ou pediculada, superfície lisa ou lobulada, podendo ter áreas de ulceração decorrentes de trauma local<sup>7</sup>. No exame físico intrabucal da paciente após estudo, observou-se na região maxilar direita a presença de uma lesão tumoral de base pediculada, superfície lisa, indolor e consistência fibrosa à palpação. Os aspectos clínicos observados apresentavam-se de acordo com o que sugeria os dados presentes na literatura, porém, sem pontos

de ulcerações.

Em relação a extensão da lesão, no entanto, Neville et al.<sup>1</sup> descrevem em seus estudos que o tamanho médio dos FOP é inferior a 2cm, sugerindo que o presente caso descreve um fibroma ossificante periférico de grandes dimensões, visto seu diâmetro de aproximados 4cm. Um estudo feito na Universidade de Santiago de Compostela e no Centro Médico POVISA na Espanha<sup>10</sup> teve em seus resultados que apenas cinco das quarenta e oito lesões estudadas, incluindo os casos de recorrências, eram maiores que 2 cm, sugerindo que tal ocorrência pode ser considerada rara.

Segundo Almeida et al.<sup>6</sup>, casos de FOP ao exame radiográfico podem mostrar estruturas radiopacas no interior da lesão, o que contribui para a estruturação da hipótese diagnóstica, sendo capaz de descartar outras lesões reativas que não possuem essa característica. Em complemento, Kignel<sup>7</sup> relata que pode haver uma erosão superficial do osso alveolar da região acometida. No caso em estudo o crescimento da lesão propiciou destruição óssea alveolar resultando numa imagem radiolúcida em forma de cálice entre os dentes envolvidos, apresentando reabsorção óssea da cortical e da lâmina dura, além de pontos radiopacos no interior da lesão.

O padrão microscópico básico do FOP é de uma proliferação de fibroblastos associada à formação de material mineralizado<sup>1</sup>. O estudo já citado anteriormente, realizado com 41 pacientes na Espanha<sup>10</sup>, observou que os casos seguiam padrões microscópicos semelhantes com o que já é observado na literatura. Tais padrões eram descritos como lesões que apresentavam proliferação fibrosa mal circunscrita com ulceração

epitelial frequente e resposta inflamatória submucosa variável. A maioria dos casos tinha algum grau de mineralização mostrando diferentes combinações de osso imaturo (tecido), osso maduro (lamelar), cimento ou calcificações.

Em concordância com a literatura e com o estudo descrito, no exame anatomopatológico do presente caso foram evidenciados fragmentos de lesão reacional, de natureza mesenquimal, caracterizado por intensa proliferação fibroblástica e deposição colagênica, bem como deposição de material mineralizado de tamanho e formatos variados, compatíveis ora com tecido ósseo, ora com cimento. O tecido conjuntivo tipo fibroso denso e ricamente vascularizado exibiu moderado infiltrado inflamatório - com diagnóstico definitivo de Fibroma Cimento-Ossificante Periférico.

A excisão cirúrgica até o perióstio e ligamento periodontal é a base do tratamento para o FOP. Outra opção disponível no lugar de excisão cirúrgica convencional é a excisão usando lasers de tecidos moles<sup>9</sup>. A remoção dos fatores irritativos locais é fundamental visando evitar a ocorrência de recidiva. O tratamento realizado no caso apresentado buscou a excisão convencional da lesão, e as exodontias das unidades 14 e 15 por estarem comprometidas, além de curetagem da lesão com o objetivo de evitar as recidivas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fibroma ossificante periférico é definido como uma lesão reacional que acomete a região gengival. O diagnóstico é composto pela realização do exame clínico, histológico e radiográfico. O tratamento é composto por remoção cirúrgica com enucleação e curetagem, além da remoção dos fatores irritativos locais. Como o índice de recidiva é considerado elevado, torna-se essencial o acompanhamento do paciente. Para realizar o

diagnóstico e traçar o plano de tratamento adequado do FOP é importante o conhecimento do clínico acerca das características da lesão. Desse modo, a literatura compõe uma ferramenta importante para auxiliar no processo de atualização e aprendizado para o profissional.

## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi, AC. Patologia Oral e Maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2016. p. 487-91.
2. Hasanuddin S, Malleshwar Y. Idiopathic peripheral ossifying fibroma in a young adolescent girl: A very rare clinical presentation. J Indian Soc Periodontol. 2017; 21: 329-32
3. Gulati R, Khetarpal S, Ratre MS, Solanki M. Management of massive peripheral ossifying fibroma using diode laser. J Indian Soc Periodontol. 2019; 23: 177-80.
4. Reddy V, Arunkumar KV, Wadhwan V, Venkatesh A. Giant Peripheral Ossifying Fibroma of the Posterior Mandible-A Rare Case Report. Iran J Pathol. 2017; 12(4): 397-401.
5. Gomes VR, Marques GM, Turatti E, de Albuquerque CG, Cavalcante RB, Santos SE. Fibroma ossificante periférico na mandíbula: relato de caso atípico. J Bras Patol Med Lab. 2019; 55(5): 526-29.
6. Almeida OP. Patologia Oral. São Paulo: Artes Médicas; 2016. p. 70-1.
7. Kignel S. Estomatologia - Bases do Diagnóstico para o Clínico Geral. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2013. p. 182-3.
8. Roche AM, Magliocca KR, El-Deiry MW. A Mandibular Mass With Maxillary Erosion. JAMA Otolaryngology. 2015; 141(10): 939-40.
9. Anuradha BR, Penumarty S, Charan CR, Swati M. Application of 810-nm diode laser in the management of peripheral ossifying fibroma. J

Indian Soc Periodontol. 2015; 19:224-6.

10. Lázare H, Peteiro A, Sayáns MP, Gándara-Vila P, Caneiro J, García-García A, *et al.* Clinicopathological features of peripheral ossifying fibroma in a series of 41 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 57(10): 1-5.

**Endereço para correspondência**

**Flávia Cruz Costa Lopes**

[flavialopes11@hotmail.com](mailto:flavialopes11@hotmail.com)