

Fibroma ossificante periférico maxilar gigante: relato de caso

Anna Laura Almeida **BARRETO**¹, Gabriela Reganin **MONTEIRO**², Felipe da Silva **PERALTA**²,
Dárcio **KITAKAWA**³, Luis Felipe das Chagas e Silva de **CARVALHO**^{1,3}

DOI: <https://doi.org/10.14436/0103-9393.33.4.034-042.oar>

(1) Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia (Taubaté/SP, Brasil). (2) Universidade de Taubaté, Departamento de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Taubaté/SP, Brasil). (3) Centro Universitário de Brás Cubas, Departamento de Odontologia (Mogi das Cruzes/SP, Brasil).

Autor de correspondência: Gabriela Reganin Monteiro
e-mail: gabrielareganinmonteiro@gmail.com

Como citar: Barreto ALA, Monteiro GR, Peralta FS, Kitakawa D, Carvalho LFCS. Giant maxillary peripheral ossifying fibroma: case report. Braz J Periodontol. 2023 Oct-Dec;33(4):34-42.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O fibroma ossificante periférico é uma doença gengival possivelmente originada nas células do ligamento periodontal. **OBJETIVO:** O objetivo do presente artigo é relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, em tratamento ortodôntico, que apresentou nódulo exofítico, sésil, duro, bem delimitado, medindo 2,5 cm, sem ulceração. **CASO CLÍNICO:** A lesão, localizada entre o canino e o primeiro pré-molar superiores direitos, evoluiu ao longo de seis meses. Após exames pré-operatórios e confirmação da hipótese diagnóstica por meio do exame radiográfico, foi realizada biópsia excisional. A análise histológica da peça confirmou o diagnóstico de fibroma ossificante periférico. **CONCLUSÃO:** O presente relato de caso clínico de fibroma ossificante periférico reforça a importância da discussão sobre essa doença no diagnóstico diferencial de lesões gengivais.

PALAVRAS-CHAVE: Fibroma ossificante periférico. Cirurgia oral. Lesão bucal. Gengiva.

INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante periférico é uma neoplasia fibro-óssea rara, benigna e exclusiva da gengiva, que envolve histologicamente osso e cemento^{1,2}. Afeta mais o sexo feminino, sendo mais incidente na terceira e quarta décadas de vida. A lesão é assintomática e apresenta crescimento lento de tecido fibroso de células proliferativas, ocorrendo frequentemente na região mandibular. Os casos em ossos maxilares acometem mais a fossa canina e o arco zigomático³.

O desenvolvimento da lesão pode estar associado a agentes irritantes locais, como restaurações irregulares, próteses e coroas mal adaptadas, aparelhos ortodônticos e presença de cálculo e placa bacteriana³. A região acometida pela doença, bem como o seu crescimento de volume, pode levar a luxações dentárias e assimetrias faciais^{1,2}.

Radiograficamente, a lesão apresenta bordas bem definidas, densidade mista e cápsula fibrosa marcada por linha radiopaca. Como a estrutura interna depende da quantidade de material calcificado local para ditar seu grau de radiolucidez, o diagnóstico diferencial é feito com outras lesões que também apresentam sua forma interna mista, como cistos e tumores odontogênicos calcificantes e tumores odontogênicos adenomatoides⁴.

Por ser circunscrito e bem definido, o fibroma ossificante periférico geralmente permite a enucleação da lesão, mesmo que necessite de cirurgia reconstrutiva posterior, com potencial de recidiva. Assim, o objetivo do presente estudo é relatar o caso clínico de um fibroma ossificante periférico tratado por meio de biópsia excisional.

RELATO DE CASO

A paciente, com 30 anos de idade, sexo feminino, parda, compareceu ao consultório odontológico de estomatologia com queixa de crescimento lento de massa indolor acima do canino superior direito. A lesão desenvolveu-se durante o tratamento ortodôntico, afetando principalmente a estética. A paciente relatou notar o desenvolvimento da lesão durante seis meses, e não se queixava de outros sintomas além de um inchaço localizado, cobrindo o espaço radicular do dente canino e atingindo o primeiro pré-molar superior direito.

Na anamnese, detectou-se nódulo sésil, bem circunscrito, duro e com gengiva inserida de aproximadamente 3 cm, próximo ao dente #13, de superfície lisa e coloração avermelhada, sem ulceração. A hipótese diagnóstica levantada foi fibroma ossificante periférico (Fig. 1).

Após exames pré-operatórios de rotina, a cirurgia foi realizada sob anestesia local. A incisão foi feita abaixo da lesão (Fig. 2 e 3). A lesão foi completamente removida e, posteriormente, realizou-se curetagem do ligamento periodontal, para evitar recidiva. Não foi possível realizar sutura local, optando-se pela aplicação de cimento cirúrgico. A paciente retornou após 20 dias apresentando boa cicatrização (Fig. 4).



Figura 1. Lesão pré-operatória.

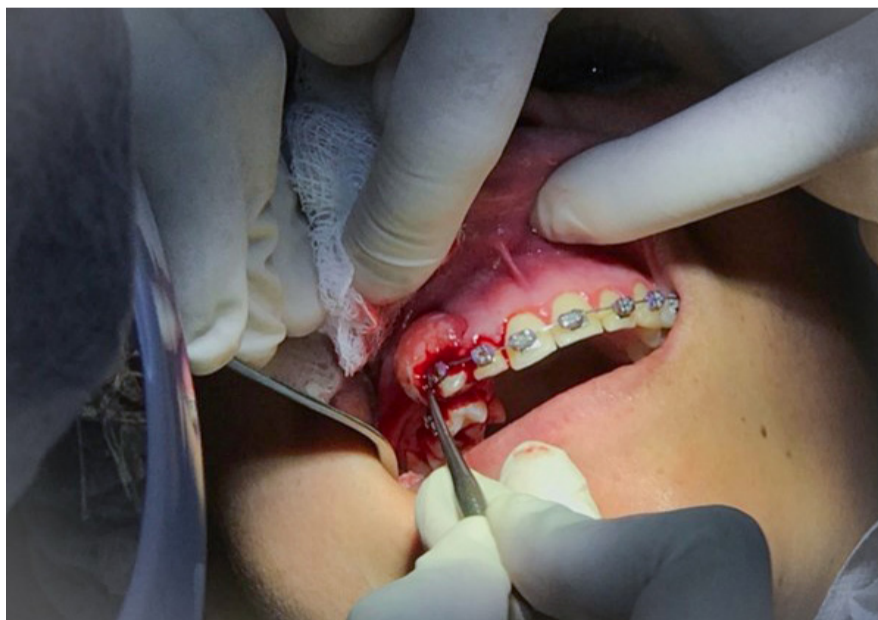


Figura 2. Intraoperatório.



Figura 3. Intraoperatório.



Figura 4. Pós-operatório.

DISCUSSÃO

Massas e inchaços são recorrentes na prática clínica odontológica, sendo a maior parte das lesões reativas provenientes da gengiva, o que pode ser característico de diversas patologias, como metaplasias, displasias, hiperplasia, granulomas piogênicos, pólipos fibroepiteliais e fibromas^{4,5}. Assim, o fibroma ossificante periférico (FOP) ocorre no tecido periférico da gengiva, tem predileção pelo sexo feminino e tem grande potencial de crescimento, podendo causar verdadeiras deformidades faciais, comprometendo a estética e as funções mastigatórias e fonéticas⁶. Há também casos que apresentam migração dentária e destruição do osso interdental⁷.

A lesão é indolor, assintomática e caracterizada pelo lento desenvolvimento ósseo não local⁶. A massa é nodular, única, rosada a avermelhada, pedunculada ou sésil, podendo ser lisa ou ulcerada⁷. O local mais comum de ocorrência é a região pré-molar/molar inferior, e cerca de 30% dos casos ocorrem na maxila⁸.

Sua origem não é clara e pode ser encontrada nas papilas interdentais e nas células pluripotentes do periósteo ou do ligamento periodontal^{5,6}. Sugere-se que o FOP seja o resultado da fibrose do tecido de granulação resultante de irritações crônicas do periósteo e do periodonto, levando à metaplasia do tecido conjuntivo e consequente início da formação óssea ou calcificação distrófica³. Os fatores de risco precisos ainda são desconhecidos, mas extrações, traumas, placa bacteriana e cálculo dentário, tratamento ortodôntico, microrganismos e existência prévia de periodontite certamente atuam como desencadeadores⁸.

Histologicamente, o FOP apresenta tecido fibroso rico em células e materiais mineralizados⁶, sendo nitidamente menos vascularizado do que os granulomas piogênicos, apresentando uma mistura de padrões com trabéculas ósseas entrelaçadas, osso trabecular lamelar, trabéculas ósseas curvilíneas e ossículos esféroidais ou ovoides^{3,9}. Portanto, hemorragias intralesionais são incomuns⁶. A diferença entre fibroma ossificante e displasia fibrosa pode ocorrer devido ao material mineralizado, uma vez que a displasia apresenta padrão ósseo mais uniforme⁶.

Estudos microscópicos mostram que, nas lesões não ulceradas ou em áreas abaixo da superfície ulcerada, existe uma composição de tecido conjuntivo fibroblástico com diferentes graus de infiltrado inflamatório crônico, com destaque para linfócitos e plasmócitos. No centro da lesão, os pequenos capilares diminuem e, nas áreas mais profundas, é possível observar osteogênese e tecido conjuntivo colagenizado⁷.


Mesmo as maiores lesões de FOP tem um padrão de tamanho pequeno, mas podem ser detectadas por meio de exame radiográfico¹⁰ como uma área radiopaca com a periferia demarcada por fino halo radiotransparente, podendo os dentes adjacentes revelar reabsorção ou divergência radicular⁶. Foram relatados focos de calcificação radiopaca dispersos na área central da lesão, mas nem todas as lesões apresentam esse mesmo aspecto. A radiografia também é um exame com potencial relevante para investigação de recidivas, e achados radiográficos fracos podem apresentar lesões em estágio inicial^{11,12}.

Essas lesões podem tornar-se destrutivas se não tratadas, o que destaca a importância do diagnóstico precoce e do manejo conservador⁵. O tratamento requer excisão cirúrgica completa e conservadora, acompanhada de curetagem e descamação dos dentes adjacentes. A remoção total e o acompanhamento regular são altamente necessários, pois a taxa de recidiva é de 8% a 20%^{5,10}.


CONCLUSÕES

O FOP é uma lesão rara, mas já apresenta vários relatos na literatura, todos reforçando a necessidade da remoção completa da lesão e a importância do estabelecimento do diagnóstico correto. A melhor forma de estabelecer o diagnóstico diferencial é por meio do exame histopatológico, devido à grande variedade de lesões e ao desenvolvimento de massas que acometem a gengiva. O diagnóstico precoce garante um processo cirúrgico mais conservador, pois seu desenvolvimento é lento. Acompanhamentos frequentes são necessários após a remoção da lesão, pois existe a possibilidade de recidiva e a lesão pode ser detectada radiograficamente antes do crescimento excessivo da massa.


Anna Laura Almeida Barreto (**ALAB**)

 <https://orcid.org/0000-0003-2082-4130>


Gabriela Reganin Monteiro (**GRM**)

 <https://orcid.org/0000-0002-2891-5451>


Felipe da Silva Peralta (**FSP**)

 <https://orcid.org/0000-0002-1664-4658>

Dárcio Kitakawa (**DK**)

 <https://orcid.org/0000-0002-4321-5306>

Luis Felipe das Chagas e Silva de Carvalho (**LFCSC**)

 <https://orcid.org/0000-0003-1063-4624>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção/design do estudo:

GRM, ALAB

Aquisição, análise ou interpretação dos dados:

GRM, ALAB, LFCSC, DK, FSP

Escrita do artigo:

GRM, ALAB

Revisão crítica do artigo:

GRM, ALAB, LFCSC, DK, FSP

Aprovação final do artigo:

GRM, ALAB, LFCSC, DK, FSP

Responsabilidade Geral:

LFCSC, DK

» Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias descritos nesse artigo.

» O(s) paciente(s) que aparece(m) no presente artigo autorizou(zaram) previamente a publicação de suas fotografias faciais e intrabucais, radiografias ou outros exames imagiológicos e informações diagnósticas.

REFERÊNCIAS

1. Mithra R, Baskaran P, Sathyakumar M. Imaging in the diagnosis of cemento-ossifying fibroma: a case series. *J Clin Imaging Sci.* 2012;2:52.
2. Silveira DT, Cardoso FO, Silva BJ, Cardoso CA, Manzi FR. Ossifying fibroma: report on a clinical case, with the imaging and histopathological diagnosis made and treatment administered. *Rev Bras Ortop.* 2015 Dec;51(1):100-4.
3. Chatterjee A, Ajmera N, Singh A. Peripheral cemento-ossifying fibroma of maxilla. *J Indian Soc Periodontol.* 2010 Jul;14(3):186-9.
4. Tenorio F, Campos P, Paramo JI, Fuente J, Pérez N. Chondroid metaplasia in a fibroepithelial polyp of gingiva. *J Clin Diagn Res.* 2016 Sep;10(9):ZD09-10.
5. Nadimpalli H, Kadakampally D. Recurrent peripheral ossifying fibroma: case report. *Dent Med Probl.* 2018;55(1):83-6.
6. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J, Neville BW. *Oral & maxillofacial pathology.* Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1995.
7. Mergoni G, Meleti M, Magnolo S, Giovannacci I, Corcione L, Vescovi P. Peripheral ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 27 cases and review of the literature with emphasis on histomorphologic features. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(1):83-7.
8. Bjatt P, Kaushik A, VC V, Sridevi K, Chaudhry A. Ossifying fibroma of the maxilla: a rare case. *Int J Radiol Rad Ther.* 2017;3(2):198-201.
9. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985 Nov;60(5):505-11.
10. Farquhar T, Maclellan J, Dymont H, Anderson RD. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Can Dent Assoc.* 2008 Nov;74(9):809-12.
11. Yadav R, Gulati A. Peripheral ossifying fibroma: a case report. *J Oral Sci.* 2009 Mar;51(1):151-4.
12. Martín-Granizo R, Sanchez-Cuellar A, Falahat F. Cemento-ossifying fibroma of the upper gingivae. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000 May;122(5):775.