

# Fibroma ossificante periférico de mandíbula - relato de caso clínico

*Peripheral ossifying fibroma in mandible – relate of a clinical case*

João Batista Vieira\*  
Ellen Cristina Gaetti-Jardim\*  
Alvimar Lima de Castro\*\*  
Glauco Issamu Miyahara\*\*\*  
Renata Callestini Fellipini\*\*\*\*

## Resumo

O fibroma ossificante periférico é um processo proliferativo gengival no qual são encontrados focos de calcificação metaplásica, bem delimitados, com base séssil ou pediculada, tendo coloração semelhante à mucosa ou levemente avermelhada, de superfície íntegra ou ulcerada. Acomete em maior escala o gênero feminino e localiza-se na região anterior dos maxilares. O presente estudo tem como finalidade apresentar um caso clínico de paciente de 77 anos, do gênero masculino, melanoderma, portador de fibroma ossificante periférico em região de gengiva vestibular inferior, tratado cirurgicamente com evolução pós-operatória favorável, não se observando sinais de recidiva.

Palavras-chave: Fibroma. Fibroma ossificante periférico. Hiperplasia fibrosa.

## Introdução

O fibroma ossificante periférico (FOP), por vezes também denominado de “fibroma cementificante” ou “fibroma cimento-ossificante periférico”, é uma massa gengival na qual há focos calcificados, supostamente formados por osso metaplásico<sup>1</sup>. É considerado por alguns autores como neoplasia benigna com potencial de crescimento, que se desenvolve a partir de células do ligamento periodontal e/ou do cimento<sup>2,3</sup>, ou proveniente de um processo displásico localizado<sup>4</sup> com um tecido conjuntivo inflamatório altamente proliferativo<sup>5,6</sup>. Para outros, assemelha-se à displasia fibrosa<sup>7</sup>, na qual o osso medular é substituído por um tecido fibroso amorfo com quantidades distintas de tecido ósseo<sup>2,4</sup>.

Clinicamente, apresenta-se como uma lesão nodular, exofítica, na maior parte dos casos de coloração avermelhada entremeada de áreas esbranquiçadas, ou coloração semelhante à da mucosa adjacente. A superfície frequentemente se mostra ulcerada e raramente causa erosão do osso adjacente<sup>4</sup>, apresentando-se brilhante e opaca em alguns pontos, com textura e contornos irregulares, podendo atingir grandes dimensões<sup>1,5,8,9</sup>. Localiza-se preferencialmente na gengiva inserida ou, excepcionalmente, na gengiva marginal livre. Pode haver sangramento ao toque ou mesmo espontaneamente, mas principalmente quando é constantemente traumatizado<sup>5,9,10</sup>. Na maior parte dos casos é assintomático<sup>11</sup>.

À palpação o FOP se mostra consistente e, por vezes, endurecido. As mulheres são afetadas mais frequentemente que os homens pela lesão, que ocorre predominantemente na segunda década de vida<sup>9,10,12</sup> e na raça branca<sup>9</sup>. Existe predileção pela

\* Alunos do curso de mestrado em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

\*\* Professor Titular da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

\*\*\* Professor Assistente Doutor da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

\*\*\*\* Professora Assistente Doutora da disciplina de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

porção anterior dos maxilares<sup>13</sup>, havendo equivalência entre maxila e mandíbula. Por vezes, assim como descrito por Lindhe<sup>10</sup> (1999), estende-se entre os dentes, envolvendo tanto a gengiva vestibular quanto a lingual.

Deslocamento e mobilidade dos dentes são inco-muns, a menos que haja doença periodontal pre-existente ou os dentes estejam erupcionando. A avaliação radiográfica da lesão pode exibir perda óssea superficial, espessamento do espaço do ligamento periodontal e manchas radiopacas no interior do tecido mole<sup>14</sup>.

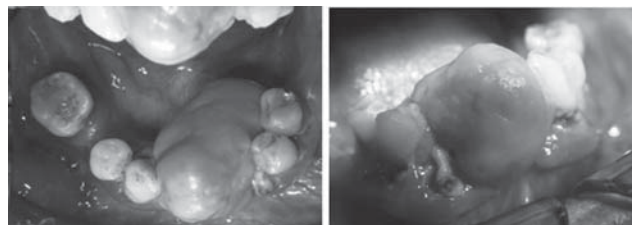
Outras lesões que possuem aspecto clínico similar ao FOP incluem o granuloma piogênico, lesão de células gigantes periférica<sup>9,4</sup>, hiperplasia fibrosa e fibroma de células gigantes<sup>9,14</sup>. Todas essas lesões são causadas por irritação crônica e de baixa intensidade<sup>14</sup>, sendo as semelhanças clínicas importantes para a obtenção de diagnóstico conclusivo<sup>6,7</sup>. O FOP é considerado uma lesão reacional, embora sua patogênese seja incerta<sup>10</sup>.

O tratamento de escolha deve ser a excisão cirúrgica, que deve incluir o ligamento periodontal se este estiver envolvido. Além disso, deve-se remover qualquer agente etiológico identificável. Pode haver recorrência<sup>4,10,14-16</sup>, sendo seu risco mínimo pela excisão realizada corretamente abaixo do perióstio<sup>14,16</sup>.

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de FOP mandibular em paciente idoso masculino.

## Relato do caso clínico

Paciente melanoderma, gênero masculino, 77 anos, procurou atendimento tendo como queixa um “caroço dentro da boca”. À anamnese não se encontrou nenhuma alteração sistêmica digna de nota. Ao exame físico intrabucal constatou-se uma lesão nodular em gengiva vestibular correspondente ao primeiro pré-molar inferior esquerdo, estendendo-se até canino inferior direito, com aproximadamente 4 cm de diâmetro, pediculada, de superfície lisa, fibrosa à palpação, com limites definidos, indolor e coloração róseo-avermelhada (Fig. 1 A e B). Ao exame radiográfico periapical, observou-se que a cortical alveolar apresentava reabsorção óssea com pontos radiopacos na região da lesão, ausência dos dentes 31 e 32 e com a presença de raízes residuais na região dos dentes 41 e 42 (Fig. 2). Ao exame radiográfico oclusal observou-se, no sentido vestibulolingual, imagem com pontos radiopacos em seu interior (Fig. 3). As hipóteses clínicas incluíram fibroma ossificante periférico, fibroma traumático e hiperplasia fibrosa com calcificação.



Figuras 1A e B - Lesão nodular em gengiva vestibular inferior

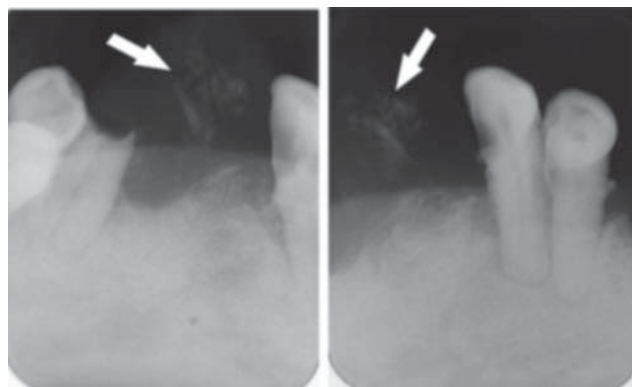


Figura 2 - Exame radiográfico periapical da região da lesão



Figura 3 - Exame radiográfico oclusal

Como conduta diagnóstica e terapêutica, optou-se pela biópsia excisional, visto que ao exame macroscópico da peça cirúrgica também foram notados pontos mais consistentes, compatíveis com calcificação. No exame microscópico foi observado tecido conjuntivo bem celularizado, com trabéculas ósseas irregulares em formação, tendo-se como diagnóstico definitivo a lesão fibroma ossificante periférico (Fig. 4).

O controle pós-operatório de trinta dias mostrou evolução cicatricial sem indícios de recidiva nem sequelas estéticas (Fig. 5).

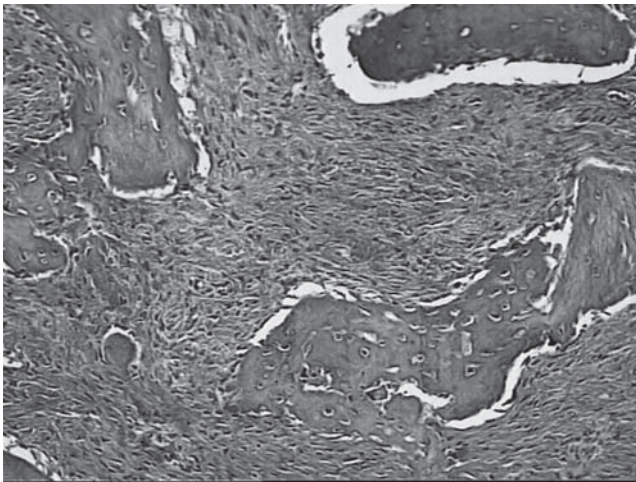


Figura 4 - Lâmina histológica corada com hematoxilina e eosina ao aumento de quarenta vezes ao microscópio



Figura 5 - Pós-operatório de trinta dias

O paciente em questão autorizou a publicação do caso por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

## Discussão

O FOP caracteriza-se como uma massa hiperplásica reacional que ocorre na gengiva, podendo derivar do tecido conjuntivo da submucosa ou do ligamento periodontal, havendo focos calcificados no seu interior<sup>4</sup>. É uma lesão nodular, pediculada na maioria dos casos, de coloração avermelhada ou semelhante à da mucosa adjacente<sup>4</sup>.

O caso relatado no presente estudo mostra uma lesão localizada em gengiva vestibular<sup>5,10</sup> e, diferentemente da literatura, que mostra predileção por mulheres na segunda década de vida<sup>9,10,13</sup> e leucodermas<sup>9,13</sup>, mostrou-se em paciente do gênero masculino, melanoderma. Assim como descrito na literatura, a lesão encontrava-se na porção anterior da mandíbula<sup>9,10,13</sup> e estendia-se entre os dentes, en-

volvendo tanto a gengiva vestibular quanto a lingual<sup>10</sup>.

Quanto ao tratamento, há consenso na opção pelo uso da enucleação cirúrgica nas lesões de tamanho reduzido<sup>2</sup> e associação com enxerto ósseo nas de maior tamanho<sup>2,7</sup>, com baixo índice de recidiva<sup>2,4,17</sup>. Não se deve esquecer da eliminação dos fatores irritantes locais, que, no caso apresentado, além das deficiências na higienização bucal, eram representados pela presença de fragmentos dentários que contribuíram para o surgimento de alterações teciduais no periodonto.

## Considerações finais

De acordo com as características clínicas e exames complementares, pode-se constatar que o FOP é uma proliferação gengival com focos de ossificação em seu interior. No entanto, mesmo diante de características clínicas que forneçam forte indício diagnóstico, o recurso radiográfico nas lesões de FOP fornece importante subsídio como exame complementar e o exame histopatológico se torna imprescindível para o diagnóstico conclusivo, sendo a excisão cirúrgica e a remoção dos fatores irritantes locais a opção mais adequada de tratamento.

## Abstract

*The peripheral ossifying fibroma is a proliferative gingival process in which well-defined bone metaplasia foci are found, with sessile or pedicle base, colored like mucous or slightly reddish with ulcerated or intact surface. The female are more affected in the anterior maxillary region. Then, the objective of this study is to present a clinical case of a 77 years old male patient, melanoderma, peripheral ossifying fibroma bearer in vestibular lower gingival region, surgically treated, with favorable post-operative, with no signs of recurrence.*

*Key words: Fibroma. Peripheral ossifying fibroma. Fibrous hyperplasia.*

## Referências

- Hoffmann RR, Krause RGS. Fibroma ossificante periférico: relato de caso clínico Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac 2007; 7(3):31-4.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 800 p.
- Abou-Elhamd KE. Frontal sinus cementifying ossifying fibroma. Saudi Med J 2005; 26(3):470-2.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal – correlações clínico-patológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- Boraks S. Tumores benignos. Diagnóstico Bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 349-50.
- Pérez-García S, Berine-Aytés L, Gay-Escoda C. Ossifying fibroma of the upper jaw: report of a case and review of the literature. Med Oral 2004; 9(4):333-9.

7. Post G, Kountakis SE. Endoscopic resection of large sinonasal ossifying fibroma. *Am J Otolaryngol* 2005; 26(1):54-6.
8. Tuji FM, Ferreira AC, Almeida SM, Manzi FR. Fibroma cemento-ossificante: relato de um caso clínico. *Rev Odonto Cienc* 2002; 17(38):327-30.
9. Freitas TMC, Soares AF, Freitas RA, Galvão HC, Souza EL. Fibroma ossificante periférico: estudo clínico de 67 casos em Natal, RN. *Rev ABO Nac* 2006; (2):113-6.
10. Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
11. Baumann I, Zimmermann R, Dammann F, Maassen MMBI, Zimmermann R, Dammann F et al. Ossifying fibroma of the ethmoid involving the orbit and the skull base. *J Oral Sci* 2005; 47(3):149-57.
12. Santos TS, Antunes AA, Avelar RL, Carvalho RWF, Andrade ESS. Lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares: estudo epidemiológico de 112 casos. *Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço* 2007; 36(4):209-11.
13. Cuisia ZES, Brannon RB. Peripheral ossifying fibroma – a clinical evaluation of 134 pediatric cases. *Pediatr Dent* 2001; 23(3):245-8.
14. Flaitz C. Peripheral ossifying fibroma of the maxillary gingiva. *Am J Dent* 2001; 14:31-4.
15. Tagliavini RL. Fibroma ossificante periférico. *RGO* 1987; 35(6):461-8.
16. Walters JD. Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases. *J Periodontol* 2001; 72:939-44.
17. Castro AL. *Estomatologia*. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. 243 p.

**Endereço para correspondência:**

Ellen Cristina Gaetti Jardim  
Rua América do Norte, 373, J. Jussara  
16021-295 Araçatuba - SP  
Fone: (18) 3631-0188  
E-mail: ellengaetti@gmail.com

Recebido: 05/02/2009 Aceito: 21/07/2009