

## Fibroma ossificante periférico mandibular recidivante

### *Peripheral ossifying fibroma recurrent mandibular*

Denis Damião Costa<sup>1</sup>

Caroline Chaves Maia<sup>1</sup>

Mariana Mota Campos Mariano<sup>1</sup>

Antônio Fernando Pereira Falcão<sup>1</sup>

Correspondência: [denisdont@hotmail.com](mailto:denisdont@hotmail.com)

Submetido: 01/10/2010 Aceito: 07/02/2011

#### RESUMO

O fibroma ossificante periférico integra o grupo das lesões proliferativas não neoplásicas, surge como resposta tecidual a estímulos crônicos de longa duração e se manifesta, principalmente, como um nódulo bem delimitado e indolor. Trata-se de uma patologia de crescimento lento, frequente na gengiva marginal livre e papila interdental, é predominante em maxila e apresenta elevado índice de recidiva. Objetiva-se relatar um caso de fibroma ossificante periférico mandibular recidivante em uma paciente do sexo feminino, 38 anos de idade que foi encaminhada ao Serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fibroma ossificante, Mandíbula, Recidiva.

#### ABSTRACT

Peripheral ossifying fibroma integrates the group of non-neoplastic proliferative lesions and it appears as a tissue response to long-termed chronic stimuli and manifests itself mainly as a well-defined and painless nodule. This is a pathology that grows slowly, and it's frequent in the free marginal gingiva and interdental papilla, predominant in the jaw and presents high recurrence rate. The aim of this study is reporting a case of recurrent mandibular peripheral ossifying fibroma in a female patient, 38 years old, which was referred to the Department of Stomatology, School of Dentistry, Federal University of Bahia.

**KEY WORDS:** Ossifying Fibroma, Mandible, Recurrence.

---

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Brasil

## INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante periférico, também denominado epúlide fibroide ossificante, fibroma ossificante com calcificação, fibroma cemento-ossificante periférico e granuloma calcificante, integra o rol das lesões proliferativas não neoplásicas e corresponde a 9,6% destas. Tais lesões são consideradas patologias inflamatórias que surgem em resposta a vários tipos de agressões e se caracterizam por serem nodulares, apresentarem em seu interior quantidade variável de tecido fibroso, células gigantes, material osteóide ou calcificações e vasos sanguíneos [1-3]. A vasta vascularização faz da entidade patológica uma lesão sangrante quando manipulada, ou mesmo, espontaneamente [3].

O fibroma ossificante periférico é um aumento não neoplásico exclusivo da gengiva. Geralmente se apresenta como um nódulo exófito bem delimitado, de base séssil ou pediculada, consistência firme e fibrosa, de coloração semelhante à mucosa ou mais pálido, e textura superficial lisa ou ulcerada quando submetida a injúrias [3-6]. Trata-se de uma lesão de crescimento lento, frequente na gengiva marginal livre e papila interdental, é predominante em maxila, sobretudo a porção anterior com a maioria dos casos ocorrendo na região entre incisivo e canino. Há uma predileção pelo gênero feminino, leucodermas e pela faixa etária entre a segunda e quarta décadas de vida [7,8].

A patologia surge como resposta tecidual a estímulos crônicos de longa duração, ou seja, o tecido gengival reage em resposta a fatores irritantes como placa e cálculo subgengival, dentes mal posicionados, restaurações com sobre contorno, próteses mal adaptadas, restos radiculares, dentes em mal estado, corpos estranhos no sulco gengival e tratamento ortodôntico [9-12]. Há uma proliferação de células mesenquimais do ligamento periodontal e/ou do cimento que são induzidas por esses irritantes locais [13-15]. O deslocamento e mobilidade dos dentes são incomuns, a menos que haja doença periodontal preexistente ou caso os dentes estejam erupcionando [13,16]. Granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa inflamatória, lesão periférica de células gigantes e odontoma periférico são patologias que guardam uma estreita relação clínica com o fibroma ossificante periférico, incluindo a necessidade de agentes irritativos locais para seu surgimento. Logo requer diagnóstico diferencial [16-19].

Radiograficamente, dependendo do tempo de desenvolvimento e do grau de maturação da lesão, são observados em seu interior focos radiopacos dispersos que caracterizam diferentes tipos de calcificação como osso lamelar maduro, osso imaturo, focos de calcificação distrófica e um material amorfo circunscrito que alguns autores denominam “cemento-like”. Através do exame radiográfico, pode-se, também, averiguar uma zona radiolúcida de erosão superficial próximo a área de implantação da lesão, osso adjacente ou crista alveolar [5,14].

Os achados histopatológicos do fibroma ossificante periférico revelam um epitélio pavimentoso estratificado, que pode estar ulcerado ou não recobrimdo o tecido conjuntivo fibroso vascularizado com inúmeros fibroblastos, deposição de fibras colágenas e mineralização sob a forma de glóbulos de cimento ou cementículos, osteoide, osso maduro e calcificação distrófica. Frequentemente existe uma combinação desses componentes mineralizados [11,16].

A terapêutica utilizada para o fibroma ossificante periférico consiste na remoção cirúrgica da lesão e eliminação dos fatores irritantes locais. A excisão deve ser profunda e incluir o periósteo e o ligamento periodontal envolvido, com a finalidade de evitar recorrência, a qual tem um índice elevado, correspondendo, 16 a 20%. Em geral o prognóstico para essa lesão é favorável e requer preservação do paciente para evitar recidivas [1,3,16,17].

Objetiva-se relatar um caso de fibroma ossificante periférico mandibular recidivante.

## RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 38 anos de idade, foi encaminhada ao Serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, com queixa de aumento gengival na face interna da mandíbula do lado esquerdo. Ao exame clínico intraoral observou-se lesão nodular, bem delimitada, indolor, de base séssil, consistência firme, coloração semelhante à mucosa e superfície lisa, envolvendo a face lingual do processo alveolar na região dos dentes 35, 36 e 37 e deslocando, no sentido vestibular, para o dente 36 (Figura 1).



Figura 1. Exame intraoral evidencia aspecto clínico e deslocamento dentário, vestibular, provocado pela lesão.

Tal patologia com, aproximadamente, cinco anos de evolução foi excisada aos dois anos de curso e recidivou. Atualmente, apresenta 2,5 cm em seu maior diâmetro. O exame radiográfico, periapical e panorâmico, além de outros achados como cálculo e restos radiculares, revelou imagem radiolúcida sugestiva de perda da crista óssea alveolar ou de lesão de furca no dente 36, área reacional de possível gênese da lesão (Figuras 2 e 3).



Figura 2. Exame radiográfico periapical resalta imagem radiolúcida sugestiva de lesão de furca no dente 36.



Figura 3. Radiografia panorâmica revela além de radiolucidez em região de furca (dente 36) a ocorrência de fatores irritativos locais como cálculo e restos radiculares.

Como conduta diagnóstica e terapêutica, optou-se pela biópsia excisional (Figura 4). Procedeu-se, então, à exérese da patologia, a qual foi realizada envolvendo o ligamento periodontal em nível da base da lesão. Optou-se pela exodontia do dente 36 por manifestar comprometimento dos tecidos de sustentação e, a curetagem do osso alveolar envolvendo o periósteo foi instituída para prevenir possível recorrência (Figura 4).



Figura 4. Lesão excisada revela grânulos esbranquiçados sugestivos de componente calcificado e dente 36 extraído.

Salienta-se o intenso sangramento durante a manipulação da lesão no ato cirúrgico. O material foi enviado para exame histopatológico, o qual revelou tecido fibroso contendo trabeculado ósseo e material osteoide delimitado por tecido epitelial de revestimento hiperplásico. Diante das hipóteses diagnósticas como fibroma ossificante periférico, granuloma periférico de células gigantes e granuloma piogênico, foi ratificada a ocorrência de fibroma ossificante periférico. A paciente encontra-se em preservação há um ano, e não manifestou sinais de recidiva da lesão.

## DISCUSSÃO

O Fibroma ossificante periférico, clinicamente, apresenta-se como um nódulo exófitico, de base sésil ou pediculada, consistência firme, de coloração semelhante à mucosa ou mais pálido, e textura superficial lisa [1-19]. O caso em estudo corrobora com essa inferência. Contrário a literatura que afirma acometimento da gengiva marginal livre, papila interdental e a porção anterior da maxila [7,8] o presente relato revelou ocorrência da entidade patológica em gengiva inserida e região posterior de mandíbula. Há uma predileção pelo gênero feminino, leucodermas e pela faixa etária entre a segunda e quarta décadas de vida [7-14]. Características compatíveis com este caso.

A patologia surge como resposta tecidual a estímulos crônicos de longa duração como cálculo e resto radicular, acredita-se que há uma proliferação de células mesenquimais do ligamento periodontal e/ou do cimento que são induzidas por esses irritantes locais [9-15]. É notório na cavidade oral da paciente em estudo, a ocorrência dos fatores irritantes supracitados e o envolvimento da crista óssea alveolar do dente 36 (Figura 3), sítio onde a lesão encontrava-se, no momento cirúrgico, fortemente aderida, sugerindo gênese periodontal. Os achados histológicos no presente relato foram condizentes com outros estudos [11,16]. Manuscritos relatam a ocorrência de deslocamento ou mobilidade dentária quando a patologia está associada a doença periodontal [13,16]. Houve deslocamento dentário no sentido vestibular (Figura 1), porém não foi averiguada ocorrência de mobilidade.

Para auxiliar no diagnóstico, autores sugerem pôr a lesão excisada sobre uma película radiográfica e realizar uma radiografia, após o processamento do filme é possível averiguar focos radiopacos dispersos indicativos do componente calcificado da lesão [20], esta manobra não foi executada neste trabalho, pois foi possível averiguar clinicamente o tecido mineralizado na peça cirúrgica por se tratar de uma lesão madura (Figura 4) e por se considerar o procedimento desnecessário, uma vez que não estabelece o diagnóstico conclusivo. As minúsculas radiopacidades são mais visíveis quando são realizados ajustes na exposição, ou seja, quando se diminui a kilovoltagem e aumenta-se a miliamperagem [20]. Achado radiográfico predito na literatura como zona radiolúcida de erosão superficial averiguada próximo a área de implantação da lesão, osso adjacente ou crista alveolar [5,14], também foi averiguado no presente estudo associado ao dente 36 (Figura 2 e 3).

É consenso na literatura que a terapêutica do fibroma ossificante periférico consiste na remoção cirúrgica da lesão, eliminação dos fatores irritantes locais e que a excisão deve ser profunda, incluindo o perióstio e o ligamento periodontal envolvido, com a finalidade de evitar recorrência [2-19]. O relato em evidência, marcado por uma recidiva, ratifica que a terapia conservadora deve ser evitada, pois o índice de recidivas do fibroma ossificante periférico, quando tratado de maneira inadequada, é elevado. O tratamento realizado para a lesão recidivante incluiu além da adequação do meio bucal, excisão profunda da patologia envolvendo o ligamento periodontal, a exodontia do dente 36 por manifestar comprometimento dos tecidos de sustentação e, curetagem do osso alveolar envolvido. Essa combinação, até o momento, não permitiu novas recorrências. Vale ressaltar que, por se tratar de uma lesão bem vascularizada, o sangramento intenso pode ocorrer espontaneamente ou durante a manipulação [3]. O presente relato foi marcado por hemorragia durante o momento cirúrgico, a qual foi contida com manobra simples de hemostasia – o tamponamento com gaze.

As altas taxas de recidivas reportadas na literatura (16 a 20%) podem estar associadas com a persistência dos agentes irritativos, reflexo da utilização de condutas e técnicas conservadoras como a remoção parcial da lesão ou remoção total sem a realização de curetagem. Salienta-se que um comportamento mais agressivo da lesão e um erro inicial de diagnóstico podem levar a uma possível recidiva desta [1,3,16,17]. Acredita-se que, no presente relato, a soma desses fatores resultou em uma lesão recidivante.

## CONCLUSÃO

O surgimento de lesões proliferativas não neoplásicas como o fibroma ossificante periférico é inerente a fatores irritantes locais que são evitáveis quando o paciente realiza adequada higiene bucal e visitas regulares ao Cirurgião-Dentista. Os profissionais devem buscar aporte de conhecimento a respeito dessas patologias comuns na cavidade oral, pois o diagnóstico correto e tratamento adequado implicam resolução dos casos e prevenção de recidivas, sobretudo quando a lesão em questão é o fibroma ossificante periférico.

## REFERÊNCIAS

1. Amadei SU, Pereira AC, Silveira VAS, Carmo ED, Scherma AP, Rosa LEB. Prevalência de processos proliferativos não neoplásicos na cavidade bucal: estudo retrospectivo de quarenta anos. *Clínica e Pesquisa em Odontologia – UNITAU*. 2009;1(1):38-42.
2. 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.* 2009;8(1):79-83.

3. Pilatti GL, Santos FA dos, Soubhia AMP, Passareli SC, Moreira CS. Fibroma cemento-ossificante periférico – relato de caso clínico. *Rev Int Cir Traumatol Bucocomaxilofacial*. 2005;3(9):26-30.
4. Cohen D, Bhattacharyya I. [Case of the month: peripheral ossifying fibroma](#). *Today's FDA* 2008;20(4):17-9.
5. Houston GD. Oral pathology case. Peripheral ossifying fibroma. *J Okla Dent Assoc*. 2006;97(10):24-5.
6. Bauter N, D'Innocenzo R, Kahn M. A clinico-pathologic correlation. Aggressive fibromatosis and peripheral ossifying fibroma. *J Mass Dent Soc*. 2006;55(2):36-8.
7. Garcia de Marcos JA, Garcia de Marcos MJ, Arroyo Rodriguez S, Chiarri Rodrigo J, Poblet E. Peripheral ossifying fibroma: a clinical and immunohistochemical study of four cases. *J Oral Sci*. 2010;52(1):95-9. <http://dx.doi.org/10.2334/josnusd.52.95>
8. Cremoni CC, Utumi ER, Zambon CE, Rocha AC; Cavalcanti MGP. Fibroma ossificante periférico atípico em mandíbula. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2008;62(2):138-42.
9. Ribeiro AO, Silveira CES, Maciel RM, Pontes MA, Souza LMA. Fibroma Cemento-Ossificante Periférico. Relato de um caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2010;51:61-4.
10. Garay F, Llanos D, Soria L, Vercesi C. Fibroma Odontogênico Periférico: a propósito de 2 casos clínicos. *Odontoestomatologia*. 2009;11(12):28-33.
11. Feller L, Buskin A, Raubenheimer EJ. Cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. *J Int Acad Periodontol*. 2004;6(4):131-5.
12. Farquhar T, MacLellan J, Dymont H, Anderson RD. Peripheral Ossifying Fibroma: A case report. *JCDA* 2008;74(9):809-12.
13. Matarazzo F, Feres M, Benatti BB, Duarte PM. Fibroma ossificante periférico extenso em um paciente periodontal: relato de caso. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2007;61(4):325-8.
14. Vieira JB, Gaetti-Jardim EC, Castro AL, Miyahara GI, Fellipini RC. Fibroma ossificante periférico de mandíbula - relato de caso clínico. *RFO* 2009;14(3):246-9.
15. Abou-Elhamd KE. Frontal sinus cementifying ossifying fibroma. *Saudi Med J*. 2005;26(3):470-2.
16. Martins Junior JC, Keim FS, Kreibich MC. Fibroma Ossificante Periférico Maxilar: Relato de Caso Clínico. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2008;12(2):295-9.
17. Hoffmann RR, Krause RGS. Fibroma Ossificante Periférico – Relato de Caso Clínico. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac*. 2007;7(3):31-4.
18. 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;17(33):6-12.
19. Prasad S, Reddy SB, Patil SR, Kalburgi NB, Puranik RS. Peripheral ossifying fibroma and pyogenic granuloma. Are they interrelated? *N Y State Dent J*. 2008;74(2):50-2.
20. Poon C, Kwan P, Chao S. Giant Peripheral ossifying fibroma of the Maxilla: report of the case. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 1995;53:695-8. [http://dx.doi.org/10.1016/0278-2391\(95\)90174-4](http://dx.doi.org/10.1016/0278-2391(95)90174-4)