

**Aspectos Histopatológicos do Fibroma Ossificante Periférico: relato de caso****Histopathological of peripheral ossifying fibroma: case report**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-105

Recebimento dos originais: 05/04/2019

Aceitação para publicação: 28/05/2020

**Micaelly Lima Santos**

Graduanda em Odontologia pelo Cesmac

Instituição: Centro Universitário Cesmac

E-mail: mica\_elly\_santos@hotmail.com

**Milena Lacerda da Silva**

Graduanda em Odontologia pelo Cesmac

Instituição: Centro Universitário Cesmac

E-mail: milenalacerda\_95@hotmail.com

**Rafaella Barbosa de Souza Albuquerque**

Cirurgiã-dentista graduada pelo Cesmac

Instituição: Centro Universitário Cesmac

E-mail: rafaellaalbuquerquetrabalhos@outlook.com

**Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani**

Professora Doutora do curso de Odontologia pelo Cesmac

Instituição: Centro Universitário Cesmac

E-mail: cami.beder@gmail.com

**RESUMO**

Descrever os achados histopatológicos do fibroma ossificante periférico (FOP) e comparar com outros relatos da literatura. Detalhamento do Caso: Acompanhamento diagnóstico de uma paciente do gênero feminino, 49 anos, com suspeita de FOP. Discussão: Geralmente, esse tipo de lesão é silenciosa e lenta, causando danos ao longo do tempo através do crescimento benigno de massa. Dor, parestesia e crescimento rápido são situações atípicas que necessitam investigação de malignidade. Conclusão: Clinicamente, o FOP não se distingue muito de lesões gengivais típicas, sendo necessário o uso de exames complementares de imagem ou cortes histológicos para sua confirmação. Cabe ao cirurgião-dentista atentar a seus sítios de predileção e dimensão e usar os artifícios necessários para seu diagnóstico e consequente prognóstico.

**Palavras-Chave:** Doenças da boca, Gengiva, Biópsia/patologia.**ABSTRACT**

To describe the histopathological findings of peripheral ossifying fibroma (PFO) and compare with other reports in the literature. Case Detail: Diagnostic follow-up of a 49-year-old female patient with suspected FOP. Discussion: This type of lesion is usually silent and slow, causing damage over time through benign mass growth. Pain, paraesthesia, and rapid growth are atypical situations that require investigation of malignancy. Conclusion: Clinically, FOP is not very different from typical gingival lesions, requiring the use of complementary imaging or

histological sections to confirm it. It is up to the dental surgeon to pay attention to their predilection and size sites and to use the necessary devices for their diagnosis and consequent prognosis.

**Keywords:** Mouth Diseases, Gum, Biopsy/pathology.

## 1 INTRODUÇÃO

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é uma lesão reativa proveniente de agressões sofridas pelo tecido gengival (RIBEIRO CV, et al., 2017), geralmente associadas à má higienização bucal e doença periodontal precoce, reagindo à presença de biofilme e/ou cálculo, irritação ou trauma local e restaurações insatisfatórias (CERVANTES LCC, et al., 2017; BAESSO RCP, et al., 2019).

Predominantemente atinge adolescentes e adultos jovens entre 10 e 19 anos de idade, com predileção pelo sexo feminino e maxila como sítio principal, onde mais de 50% dos casos ocorrem na região de incisivos e caninos (NEVILLE B, et al., 2016; RIBEIRO CV, et al., 2017; OLIVEIRA ALP, et al., 2018), representando cerca de 3,1% de todos os tumores orais e entre 9,6% e 20% das lesões gengivais (RIBEIRO CV, et al., 2017; BAESSO RCP, et al., 2019).

Clinicamente apresenta-se como uma lesão nodular de consistência firme, exofítica, sésil ou pediculada, de coloração rósea a avermelhada, entremeada de áreas esbranquiçadas ou semelhantes à da mucosa adjacente, exclusivamente em gengiva ou rebordo alveolar (VIEIRA JB, et al., 2009; CERVANTES LCC, et al., 2016; NEVILLE B, et al., 2016; RIBEIRO CV, et al., 2017; OLIVEIRA ALP, et al., 2018).

Ao exame radiográfico, é possível observar que as bordas da lesão são normalmente bem definidas, com uma linha radiolúcida delgada que representa uma cápsula fibrosa, onde nota-se uma densidade mista na estrutura interna com um padrão dependente de forma e quantidade do material calcificado presente (DA SILVEIRA DT, et al., 2016). No entanto, também é possível que siga padrões diferentes com base na quantidade de tecido mineralizado (OLIVEIRA ALP, et al., 2018).

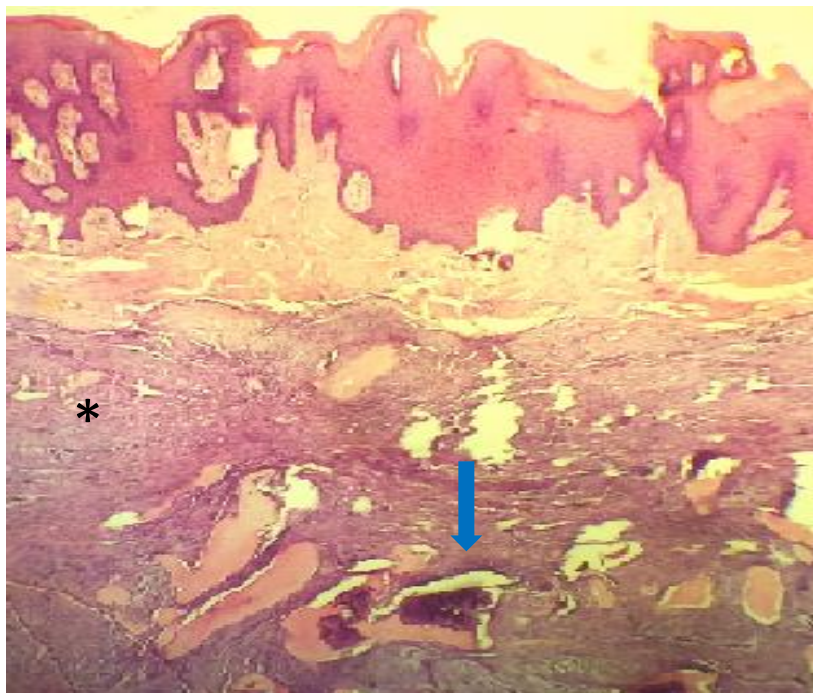
Histologicamente, o FOP apresenta proliferação de tecido conjuntivo com ilhas de epitélio odontogênico inativo e colágeno abundante, com ampla quantidade de células fibroblásticas (SILVA BSF, et al., 2012) e proliferação de fibroblastos celulares associada com a formação de material mineralizado (NEVILLE B, et al., 2016). Quando a lesão se encontra ulcerada, geralmente uma camada fibrinopurulenta com parte de tecido de granulação acompanha a lesão (NEVILLE B, et al., 2016).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de fibroma ossificante periférico com ilhas de epitélio odontogênico, descrever os achados histopatológicos dessa lesão e comparar com outros relatos da literatura.

## 2 DETALHAMENTO DO CASO

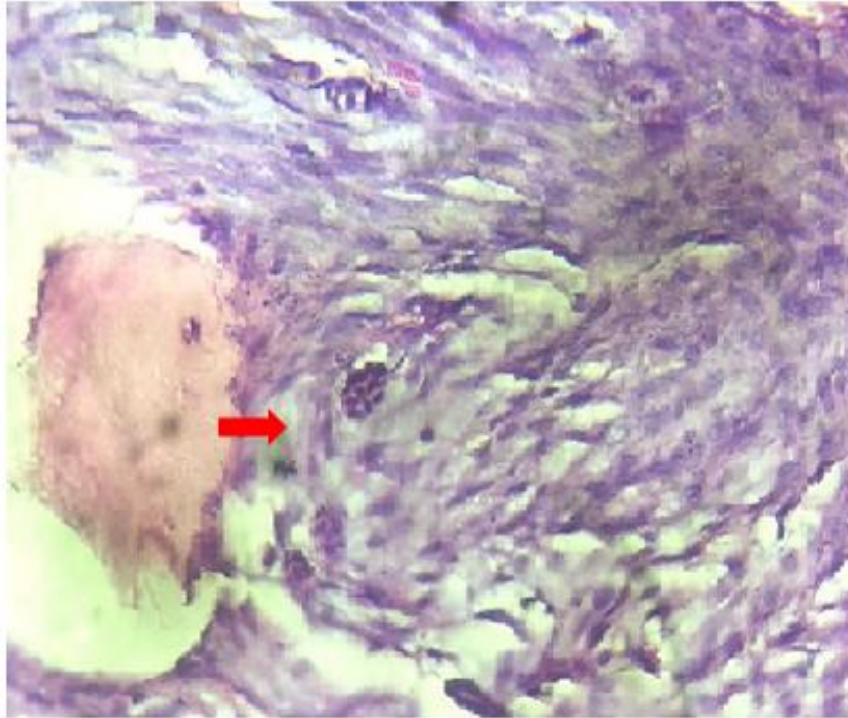
Paciente do sexo feminino, 49 anos, compareceu à clínica odontológica com queixa de um nódulo gengival percebido durante a gestação que persistiu por aproximadamente 18 anos. Após anamnese e exame clínico foi programado com o paciente uma biópsia incisional, os cortes histológicos corados com hematoxilina e eosina (HE) revelaram fragmentos de mucosa revestidos com epitélio estratificado pavimentoso. O tecido conjuntivo subjacente mostrou-se intensamente fibrosado e exibiu áreas de material osteóide e áreas de epitélio odontogênico inativo disposto em ilhas ou cordões em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso ricamente celular composto por células fusiformes, confirmando o diagnóstico do FOP (Figura 1).

FIGURA 1 – A: Fotomicrografia que revela fragmentos de mucosa revestidos com epitélio estratificado pavimentoso. O tecido conjuntivo subjacente mostrou-se intensamente fibrosado (\*) e exibiu áreas de material osteóide (→).



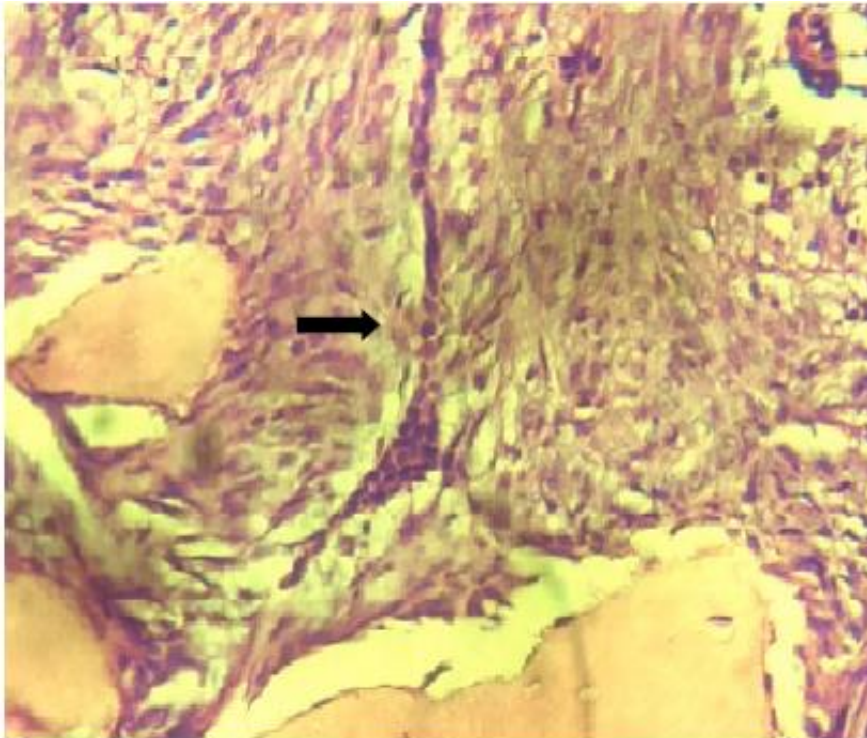
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

FIGURA 2 – B e C: e áreas de epitélio odontogênico inativo disposto em ilhas (→).



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

FIGURA 3 – D: Epitélio odontogênico disposto em cordões (→) em meio a um estroma de tecido conjuntivo fibroso ricamente celular composto por células fusiformes (1: HE X 40, 2 e 3: HE X 100; 4: HE X 400).



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

### 3 DISCUSSÃO

O Fibroma Ossificante Periférico (FOP) é histologicamente caracterizado pela proliferação de fibroblastos associada à formação de material mineralizado (NEVILLE B, et al., 2016; OLIVEIRA ALP, et al., 2018). É uma massa nodular relativamente comum com um potencial de crescimento significativo, o qual pode estimulá-la a atingir tamanhos grotescos, causando assimetria facial evidente (QUERUBIN JG e SIMONATO LE, 2017; SOUZA MP, et al., 2017; OLIVEIRA ALP, et al., 2018).

Clinicamente, o FOP não se distingue de diversas outras lesões gengivais, sendo necessário optar por exames radiográficos e histopatológicos para sua confirmação (NEVILLE B, et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2018). Inclusive, lesões agressivas costumam apresentar perda de limites de bordas semelhantes a perfurações na cortical óssea (DA SILVEIRA DT, et al., 2016; BAESSO RCP, et al., 2019).

Em alguns casos, a lesão pode gerar deslocamento dental e reabsorção óssea alveolar, mas comumente possui padrão assintomático e crescimento lento, não ultrapassando a margem de 2 a 3cm (RIBEIRO CV, et al., 2017; BAESSO RCP, et al., 2019). No entanto, em casos de crescimento mais rápido – embora raro – o diagnóstico e prognóstico são comprometidos e neoplasias passam a ser consideradas como diagnóstico diferencial (MORETI LCT, et al., 2016; BAESSO RCP, et al., 2019).

Ainda, dor e parestesia raramente são situações associadas ao FOP (DA SILVEIRA DT, et al., 2016). No entanto, a sintomatologia dolorosa pode ser relatada se a área for sujeita a trauma (OLIVEIRA ALP, et al., 2018).

Geralmente tem predileção pelo gênero feminino e se manifesta entre a primeira e segunda década de vida, mas o período pode estender-se e não é incomum encontra-lo em desenvolvimento ou estagnado entre a terceira e quinta década (CERVANTES LCC, et al., 2016; NAIR MS, et al., 2016; QUERUBIN JG e SIMONATO LE, 2017; RIBEIRO CV, et al., 2017; SOUZA MP, et al., 2017; OLIVEIRA ALP, et al., 2018; BAESSO RCP, et al., 2019).

Nesse caso, a lesão manifestou-se entre a quarta e quinta década da paciente, também do sexo feminino, corroborando com o exposto. No entanto, manteve as mesmas proporções ao longo de 18 anos e não atingiu um potencial de crescimento significativo.

Usualmente, o componente fibroblástico celular é profundo, especialmente nas áreas de mineralização, e o tipo de componente mineralizado é variável, dando margem à constituição em osso, material cementoide ou calcificações distróficas, normalmente de osso imaturo e trabecular (VIEIRA JB, et al., 2009; NEVILLE B, et al., 2016; OLIVEIRA ALP, et al., 2018).

Há, ainda, presença de infiltrado inflamatório crônico ou agudo a depender do tempo de evolução e deposição de fibras colágenas (OLIVEIRA ALP, et al., 2018). No entanto, o FOP tem origem a partir de células mensequimais multipotentes derivadas do ligamento periodontal e, na maioria dos casos, suposições de que seja sequela de periodontites, exodontias anteriores ou perturbações no processo de maturação óssea são questões a serem levantadas e pouco ou não respondidas na literatura (DA SILVEIRA DT, et al., 2016).

Em alguns casos, células gigantes multinucleadas podem ser encontradas, em associação com o material mineralizado e pequenas ilhas dispersas de epitélio odontogênico podem ser encontradas em estreita proximidade com um material dentinóide (SILVA BSF, et al., 2012; RIBEIRO CV, et al., 2017).

Para ao tratamento, remoções cirúrgicas completas são indicadas seguidas de preservação e opções como curetagem, excisão cirúrgica ou ressecção em bloco são consideradas de acordo com o seu tamanho e localização seguidas de curetagem vigorosa para evitar recidivas, frequentes em 15% dos casos (DA SILVEIRA DT, et al., 2016; MORETI LCT, et al., 2016; OLIVEIRA ALP, et al., 2018).

No caso apresentado, o exame histopatológico foi o único determinante utilizado para a distinção de uma lesão com evolução de 18 anos. Os cortes que exibiram tecido conjuntivo adjacente fibrosado, áreas de material osteóide e de epitélio odontogênico inativo ilhado foram suficientes para diagnosticar uma versão pouco invasiva do FOP que foi tratado ainda durante a biópsia excisional.

#### **4 CONCLUSÃO**

O FOP assemelha-se a diversas lesões gengivais e, para sua confirmação, fazem-se necessários exames histopatológicos. Apesar de se tratar de uma lesão relativamente comum, ainda se nota deficiência no diagnóstico ou incentivo ao exame histopatológico, dado o tempo de permanência no caso apresentado. Dessa maneira, cabe ao Cirurgião-Dentista atentar para seus sítios de predileção e dimensão, bem como recomendar o melhor exame complementar para auxiliar o diagnóstico em cada situação.

#### **REFERÊNCIAS**

BAESSO RCP, et al. Large peripheral ossifying fibroma mimicking a malignant neoplasm. Revista Brasileira de Odontologia, 2019; 76(1): 1-3.

CERVANTES LCC, et al. Fibroma ossificante periférico mandibular. Archives of Health Investigation, 2017; 5(1): 328.

DA SILVEIRA DT, et al. Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imaginológico e histopatológico e tratamento feito. Revista Brasileira de Ortopedia, 2016; 51(1): 100-104.

MORETI LCT, et al. Fibroma ossificante periférico: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2016; 5(2): 106-111.

NAIR MS, et al. Peripheral ossifying fibroma of the posterior maxilla: a case report. Revista de Ciências da Saúde da Universidade Nite, 2016; 6(2): 1.

NEVILLE B, et al. Patologia oral e maxillofacial. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 928p.

OLIVEIRA ALP, et al. Fibroma ossificante periférico: relato de caso. Revista da Academia Brasileira de Odontologia, 2018; 27(1): 90-95.

QUERUBIN JG, SIMONATO LE. Fibroma ossificante periférico. Archives of Health Investigation, 2017; 6(1): 67.

RIBEIRO CV, et al. Fibroma ossificante periférico: relato de um novo caso. Revista Odontológica do Brasil Central, 2017; 26(79): 73-76.

SILVA BSF, et al. Peripheral odontogenic fibroma: case report of a rare tumor mimicking a gingival reactive lesion. Revista de Odontologia da UNESP, 2012; 41(1): 64-67.

SOUZA MP, et al. Peripheral ossifying fibroma in maxilla: case report. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology, 2017; 124(2): 102-103.

VIEIRA JB, et al. Fibroma ossificante periférico de mandíbula-relato de caso clínico. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, 2009; 14(3): 246-249.