

Fibroma ossificante periférico. Relato de caso e avaliação histológica

Peripheral ossifying fibroma. Case report and histological evaluation

Rodrigo Lamounier Araújo de Melo FARIA^I
Vinicius Ferreira RESENDE^{II}
Lêda Marina Lima ARAÚJO^{III}
Fernando Antônio Mauad ABREU^{IV}

Correspondência para/Correspondence to:
Fernando Antônio Mauad ABREU
E-mail: fmauadabreu@yahoo.com.br

RESUMO

O Fibroma Ossificante Periférico é um tumor benigno, de crescimento lento, que pode produzir recidiva após sua exérese. Segundo a literatura, esse tumor é encontrado, mais comumente, em mandíbula na região de molares e em mulheres entre a segunda e quarta décadas de vida. Histologicamente apresenta característica fibro-óssea. No presente relato de caso, clinicamente, caracterizou-se por um aumento volumétrico e assintomático, na área de incisivo central maxilar, de uma paciente do sexo feminino, sendo o tratamento de escolha sua exérese total. O exame histopatológico constatou epitélio pavimentoso estratificado parakeratinizado, recobrimo estroma de tecido conjuntivo com inúmeros fibroblastos e focos de calcificação distrófica. A correlação dos resultados confirma o diagnóstico de Fibroma Ossificante Periférico em maxila.

Palavras-chave: Fibroma ossificante periférico. Tumor benigno. Exame histopatológico.

ABSTRACT

The Peripheral ossifying fibroma is a benign tumor, slow-growing, that can produce a recurrence after excision. According to the literature, this tumor is found more commonly in the mandible molar region and in women between the second and fourth decades of life. Histological shows characteristic fibro-osseous. In this case report, clinically characterized by an increase in volume and asymptomatic, in the maxillary central incisor area of a female patient and the treatment of choice their complete removal. Histopathological examination showed stratified squamous epithelium parakeratinized, covering connective tissue stroma with numerous fibroblasts and dystrophic calcification. The correlation of the results confirms the diagnosis of peripheral ossifying fibroma in the maxilla.

Keywords: Peripheral ossifying fibroma. Benign tumor. Histopathology.

^IEspecialista em Periodontia (CEO-IPSEMG), Mestrando em Periodontia (UFMG); ^{II}Especialista em Periodontia (CEO-IPSEMG); ^{III}Doutoranda em Implantodontia (UNG), professora coordenadora da especialização em Periodontia (CEO-IPSEMG); ^{IV}Doutor em Biologia Celular (UFMG), professor da especialização em Periodontia (CEO-IPSEMG); ^VProfessor Adjunto do Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia da UFMG.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define o fibroma ossificante (FO) como uma neoplasia benigna, apresentando bordas bem definidas, sendo observado histologicamente por um estroma fibrocelular e quantidades variáveis de material mineralizado (BARNES et al., 2005). Conforme Speight e Carlos (2006), o diagnóstico definitivo requer uma precisa correlação clínica, histopatológica e radiográfica, pois o FO se refere a um grupo de processos patológicos, num osso considerado normal onde se observa sua substituição por fibroblastos e fibras colágenas, contendo quantidades variadas de material mineralizado amorfo (SPEIGHT; CARLOS, 2006; EVERSOLE; SU; ELMOFTY, 2008).

Neoplasias com uma histologia fibro-óssea são representadas pelo grupo das lesões caracterizadas por fibroma ossificante. Essas neoplasias exibem capacidade de proliferação progressiva, com expansão óssea e contorno radiográfico definido. Alguns subtipos específicos, como por exemplo, o Cementoma Gigantiforme, pode se mostrar geneticamente autossômicos dominante (EVERSOLE; SU; ELMOFTY, 2008).

Segundo Chang et al. (2008), o FO é uma lesão benigna de mandíbula ou maxila, produtora de tecido mineralizado, de crescimento lento, assintomático e bem demarcado. Por causa da presença de produtos mineralizados semelhantes aos cimentos, essas lesões podem ser designadas como: fibroma ossificante, fibroma cemento-ossificante e fibroma cementificante. Esses três termos descrevem a mesma lesão.

O diagnóstico é relatado principalmente entre a segunda e quarta décadas de vida, sendo as mulheres acometidas com maior frequência. (SPEIGHT; CARLOS, 2006; EVERSOLE; SU; ELMOFTY, 2008). A mandíbula é envolvida com mais frequência que a maxila, especialmente nas regiões de pré-molares e molares (CHANG et al. 2008).

Ribeiro et al. (2011) confirmam que o FO é um tumor benigno bem demarcado, encontrado principalmente na mandíbula, composto de tecido fibrocelular e material mineralizado. Porém essas lesões fibro-ósseas benignas são pobremente definidas e até certo ponto controversas. Esses tumores são tipicamente encontrados como lesões solitárias, em pacientes com histórico médico irrelevante

ou ocorrência de lesões similares no passado.

O presente artigo objetiva relatar observações clínicas e histológicas de uma lesão maxilar, diagnosticada como Fibroma Ossificante Periférico.

RELATO DE CASO

Paciente C.F.B., feoderma, sexo feminino, 38 anos, compareceu ao curso de especialização em Periodontia, do Centro de Estudos Odontológicos do Instituto da Previdência Social do Estado de Minas Gerais (CEO-IPSEMG), encaminhada por uma colega cirurgiã-dentista, para avaliação de nódulo em maxila, região anterior envolvendo o dente 1.1 – incisivo central superior direito – sendo relatado início de crescimento a aproximadamente 2 anos. Na anamnese, o histórico médico da paciente relata hipertensão controlada, fazendo uso regular de Enalapril 20mg uma vez ao dia. Ao histórico odontológico, relatou que quando iniciou o crescimento do nódulo, procurou tratamento, sendo realizado a endodontia do referido dente.



Figura 1 - Aspecto clínico inicial.

Ao exame clínico intrabucal observou-se lesão nodular em gengiva inserida, localizada na região vestibular do dente 1.1., com aproximadamente 10mm de diâmetro, apresentando morfologia de superfície lisa, fibrosa a palpação, indolor e de coloração rósea. A extrusão do incisivo central superior esquerdo sugere o envolvimento com o desenvolvimento da lesão. (Figura 1). Ao exame radiográfico periapical, na técnica do paralelismo, observou-se presença de tratamento endodôntico, perda óssea vertical por mesial e a extrusão dentária. (Figura 2).

Em acordo com a literatura consultada (NEVILLE et al., 1998; RIBEIRO et al., 2011), o tratamento de escolha foi a biópsia excisional, sendo o tecido removido enviado para análise histopatológica na Faculdade de Odontologia da UFMG.

A técnica cirúrgica utilizada foi: anestesia local, bloqueio de campo (Alphacaine 100 DFL – lidocaina HCl 2% + epinefrina 1:100.000 – 1 tubete) ao redor na lesão. Com uma lâmina de bisturi 15C, a lesão foi incisada pelas bordas, contornando todo o nódulo. Devido ao avançado comprometimento com o periodonto de inserção, foi realizada a exodontia



Figura 2 - Aspecto radiográfico.



Figura 3 - Aspecto clínico do pós-operatório imediato.

do dente 1.1. seguido por curetagem, irrigação com soro fisiológico para hemostasia local, sendo a ferida cirúrgica suturada com fio nylon 4.0 (Figura 3). Para o pós-cirúrgico foi receitado Nimesulida 100mg por 12 em 12 horas durante 3 dias e Dipirona sódica 500mg, por 8 em 8 horas em caso de dor. Todo o material removido foi acondicionado em formalina neutra tamponada a 10% (FNT 10%), e enviado ao Laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFMG, para análise histológica (Figura 04).



Figura 4 - Biópsia e dente 1.1 extraído.

AVALIAÇÃO HISTOLÓGICA

Conforme parecer histopatológico, o fragmento demonstrou epitélio estratificado pavimentoso, hiperparaceratinizado, acantótico, com área focal de ulceração e deposição de membrana fibrionopurulenta. Na lâmina própria observou-se um tecido conjuntivo denso, celularizado e vascularizado, exibindo uma proliferação de fibroblastos ovóides e poligonais entremeados por formações trabeculares ósseas imaturas (Figuras 5 e 6). Coleções de células inflamatórias mononucleares completaram o quadro. Sendo confirmado o diagnóstico de Fibroma Ossificante.

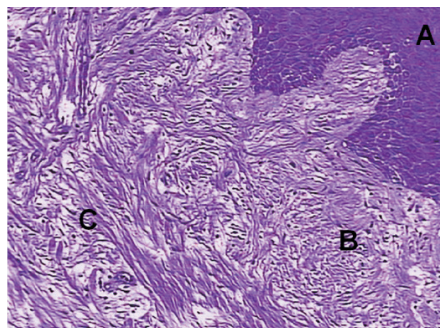


Figura 5 - 100x (HE) Epitélio pavimentoso estratificado (A), estroma de tecido conjuntivo (B) e focos de calcificação distrófica (C)

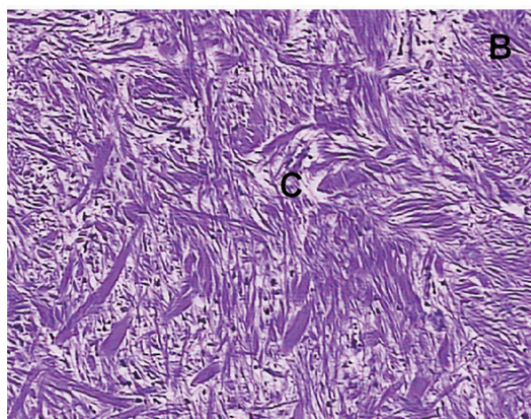


Figura 6 - 100x (HE) Estroma de tecido conjuntivo (B) e focos de calcificação distrófica (C)

DISCUSSÃO

Martins Junior, Keim e Kreibich (2008) colocam o Fibroma Ossificante Periférico (FOP) como uma das lesões hiperplásicas inflamatórias reacionais mais comuns da cavidade bucal. Devido suas similaridades clínicas e histopatológicas, acreditam que alguns fibromas ossificantes periféricos desenvolvem-se inicialmente, como um granuloma piogênico, que sofre maturação fibrosa e subsequente ossificação. No entanto, Ribeiro et al. (2011) ressaltam que essas lesões fibro-ósseas benignas são pobremente definidas, sendo que sua etiologia e patogênese permanecem desconhecidas.

Em um estudo Chang et al. (2008) observou uma predileção para pacientes do gênero feminino (79%, 22 em 28 pacientes). Uma predominância feminina similar foi reportada em 3 estudos prévios (EVERSOLE; LEIDER; NELSON, 1985; SCIUBBA; YOUNAI, 1989; MINTZ; VELEZ, 2007). O presente relato clínico ocorre no sexo feminino, em concordância com a predominância observada nesses estudos. Todavia a região afetada, área de incisivo central maxilar, não sugere ser tão comum conforme observado nesse mesmo estudo de Chang et al. (2008), onde 93% foi encontrado em mandíbula, mostrando ainda uma predileção na região de molares (61%, 17 em 28 pacientes). Um resultado semelhante de preferencia na mandíbula foi também demonstrado em estudos anteriores (EVERSOLE; LEIDER; NELSON, 1985; SCIUBBA; YOUNAI, 1989; MINTZ e VELEZ, 2007). A área do presente relato de caso clínico se mostra como a segunda menos frequente em acordo com o estudo de Eversole, Leider e Nelson (1985).

Nos 64 casos de FO relatados, a lesão foi encontrada mais frequentemente na região de molares (52%), seguido pela região de pré-molares (25%), região de incisivos (12%) e região dos caninos (11%).

A apresentação clínica do FO é usualmente redondo ou ovóide, expansivo, assintomático, podendo deslocar raízes de dentes adjacentes e algumas vezes causam reabsorção radicular.

As lesões iniciais são pequenas e radiolúcidas. Quando amadurecem, tornam-se lesões mistas radiolúcidas e radiopacas, e finalmente uma lesão radiopaca (CHANG et al. 2008). Os aspectos ovóide, expansivo e assintomático foram observados no presente relato.

Ainda conforme Chang et al.(2008), o diagnóstico diferencial do FO depende das características radiográficas da lesão. Uma lesão radiolúcida pode ser diagnosticada como displasia cemento-óssea (estágio inicial), cisto odontogênico, granuloma periapical, cisto ósseo traumático, ameloblastoma ou granuloma de células gigantes.

Outros diagnósticos diferenciais de FO com características radiológicas mistas podem incluir rarefação e condensação óssea, displasia cemento-óssea (estágio intermediário), displasia fibrosa, tumor odontogênico epitelial calcificante ou fibroma odontogênico. Já os achados completamente radiopacos podem ser diagnosticados como raiz retida, odontoma, osteoclerose idiopática, condensação óssea, displasia cemento-óssea (estágio final) ou osteoblastoma. Além de que, num tamanho muito grande, pode ser sugerido um osteossarcoma. No presente relato, radiograficamente foi observado uma área radiolúcida, visível principalmente por mesial, sugerindo que o FO estaria em seu início, apesar de clinicamente estar envolvendo grande parte do dente em questão e levando ao prognóstico desfavorável, justificando a sua extração.

Finalmente, como tratamento Sciubba e Younai (1989) relataram que a enucleação, ou curetagem de toda a lesão, é o tratamento inicial de escolha para o FO. Com este tratamento simples, a taxa de recidiva variou de 0% a 28% (WALDRON, 1970; EVERSOLE; LEIDER; NELSON, 1985). Independentemente do tipo de tratamento dado, deve ser salientado o papel do cuidadoso acompanhamento em longo prazo. Se notado casos recorrentes, após simples curetagem, uma segunda excisão se faz necessária (EVERSOLE; MERRELL; STRUB, 1985).

Para lesões que não produzem deformidade marcada ou obstrução no estágio inicial, a curetagem somente, ou associada a uma osteotomia periférica, parece ser a decisão adequada, juntamente com o acompanhamento clínico e radiográfico, em longo prazo (Chang et al. 2008).

Após exérese, a paciente foi acompanhada aos 10 e 30 dias sem qualquer indício de recidiva. Devido ao sucesso da resolução inicial, o tratamento ter sido realizado num curso de especialização e a paciente alterar os dados para sua localização, sem atualizá-los no prontuário do curso, não foi possível um acompanhamento por um período maior.

CONCLUSÃO

Dessa forma, concluímos que a correlação dos exames: clínico, radiográfico e histopatológico confirmam o diagnóstico de Fibroma Ossificante Periférico, em maxila anterior.

REFERÊNCIAS

BARNES, Leon et al. *Pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon: IARC, 2005. 430 p. (World Health Organization classification of tumours).

CHANG, C. C. et al. Central ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 28 cases. *J. Formos. Med. Assoc.*, v.107, n.4, p.288-294, 2008.

EVERSOLE, L. R.; LEIDER, A. S.; NELSON, K. Ossifying fibroma: a clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v.60, n.5, p. 505-511, 1985.

EVERSOLE, L. R.; MERRELL, P. W.; STRUB, D. Radiographic characteristics of central ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v.59, n. 5, p. 522-527, 1985.

EVERSOLE, R.; SU, L.; ELMOFTY, S. Benign fibro-osseous lesions of the craniofacial complex. A review. *Head Neck Pathol.*, v.2, n.3, p.177-202, sep. 2008.

MARTINS JUNIOR, J. C.; KEIM, F. S.; KREIBICH M. S. Fibroma ossificante periférico maxilar: relato de caso clínico. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo, v.12, n.2, p.295-299, 2008.

MINTZ, S.; VELEZ, I. Central ossifying fibroma: an analysis of 20 cases and review of the literature. *Quintessence Int.*, v.38, n. 3, p.221-227, 2007.

NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 705p.

RIBEIRO, A.C.P. et al. Bilateral central ossifying fibroma affecting the mandible: report of an uncommon case and critical review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v.111, n.2, p.21-26, 2011.

SCIUBBA, J.J.; YOUNAI, F. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J Oral Pathol Med.*, v.18, n. 6, p.315-321, jul. 1989.

SPEIGHT, P.M.; CARLOS, R. Maxillofacial fibro-osseous lesions. *Curr. Diagn. Pathol.*, v.12, n. 1, p.1-10, 2006.

WALDRON, C. A. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Surg.*, v.28, n.1, p.58-64, jan. 1970.