

**FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: RELATO DE DOIS CASOS COM HISTÓRICO DE RECIDIVA**

*Peripheral ossifying fibroma: two case reports with a history of recurrence*

*Mauricius Tadao Nonaka<sup>1</sup>*

*Thais Sakamoto<sup>1</sup>*

*Sandra Estringhe<sup>1</sup>*

*Nelise Alexandre da Silva Lascane<sup>2</sup>*

*Fabio Daumas Nunes<sup>2</sup>*

*Priscila Lie Tobouti<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Faculdade de Odontologia- Universidade Ibirapuera

<sup>2</sup>Faculdade de Odontologia- Universidade de São Paulo

**Autor para correspondência**

Priscila Lie Tobouti  
Faculdade de Odontologia da USP  
Av. Professor Lineu Prestes, 2227  
Cidade Universitária  
05508-000- São Paulo-SP

**Artigos Científicos**

**RESUMO**

Fibroma ossificante periférico (FOP) é uma lesão fibro-óssea reativa de etiopatogenia desconhecida, mas acredita-se que é uma reação originada do ligamento periodontal. O FOP é exclusivo de gengiva e clinicamente apresenta-se como um nódulo por vezes eritematoso e ulcerado. Esta lesão pode afetar qualquer idade mas paciente jovens são os mais acometidos e sua prevalência é no sexo feminino, em uma proporção de aproximadamente 2:1. Os diagnósticos clínicos diferenciais são fibroma, granuloma piogênico e lesão periférica de células gigantes. Dentre essas lesões, o FOP possui as maiores taxas de recidivas. Este trabalho relata dois casos de FOP com história de recidiva, bem como ressalta a importância da remoção completa da lesão e das possíveis causas que podem levar ao seu desenvolvimento.

**Descritores:** Fibroma ossificante periférico; recidiva

**ABSTRACT**

Peripheral ossifying fibroma (POF) is a fibro-osseous lesion of unknown etiology with a possible origin from the periodontal ligament. POF occurs exclusively in gingiva and clinically presents as a lump sometimes erythematous and ulcerated. This lesion can occur at any age but young patient are the most affected. It is prevalent in female patients, in a ratio of approximately 2:1. The clinical differential diagnoses are with fibroma, pyogenic granuloma and peripheral giant cell lesion. Between those lesions, POF have a higher rate of recurrence. This paper reports two cases of POF with history of recurrence and emphasizes the importance to fully remove the lesion and to eliminate the possible causes that can cause its development.

**Descriptors:** Peripheral ossifying fibroma; recurrence

## **INTRODUÇÃO**

Fibroma ossificante periférico (FOP) é uma lesão reativa fibro-óssea de crescimento gengival que ocorre frequentemente na região anterior da maxila(1), com mais de 50% na região dos incisivos e caninos(2). Esta lesão pode desenvolver-se em qualquer idade mas a segunda década de vida é a mais acometida(3). O sexo mais afetado é o feminino em uma razão que varia de 2:1 até 3:2(4). A etiologia e patogênese ainda não estão esclarecidas mas alguns autores acreditam que é uma reação, originada do ligamento periodontal, frente à má higienização que pode levar à formação de placa bacteriana, cálculo dentário e doença periodontal(2-4).

Clinicamente, esta lesão apresenta-se como um nódulo avermelhado com áreas esbranquiçadas, que pode ou não estar ulcerado(4). O FOP é firme à palpação, indolor e de crescimento lento(5). Radiograficamente, áreas radiopacas podem ou não estar presentes, dependendo da maturação e quantidade de calcificações (6). Microscopicamente, nota-se presença de tecido fibroso com uma intensa celularização de fibroblastos. O componente mineralizado é variável e pode ou não estar presente. Quando

presente, este material pode assemelhar-se a osso, cimento ou calcificação distrófica(2, 4).

## **RELATO DE CASO**

### **Caso 1**

Paciente de 16 anos de idade, sexo masculino, leucoderma, compareceu à clínica odontológica da Universidade Ibirapuera, Departamento de Estomatologia, com queixa de “bolinha na gengiva que já havia sido removida por duas vezes e que voltou a crescer”. A última biópsia foi há 5 meses. Ao exame intra-bucal notou-se nódulo de coloração similar a mucosa normal com áreas eritematosas, em gengiva inserida do incisivo central superior, medindo aproximadamente 1cm. Observou-se ainda, uso de aparelho ortodôntico e presença de placa bacteriana (Figura 1).



Figura 1. Imagem clínica do caso 1: Paciente sexo masculino, 16 anos de idade, apresentando nódulo de coloração da mucosa normal com áreas eritematosas, em gengiva, região de incisivo central superior direito.

O diagnóstico clínico foi de Fibroma Ossificante Periférico. Biópsia excisional foi realizada (Figura 2) e o material foi enviado para análise anátomo-patológica.

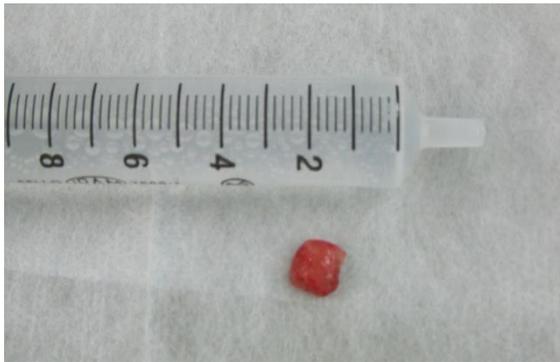


Figura 2. Biópsia excisional do caso 1, medindo aproximadamente 1cm x 0,8cm.

Microscopicamente, o material revelou fragmento de mucosa em que a lâmina própria era constituída por tecido conjuntivo denso apresentando intensa proliferação de fibroblastos e presença de trabéculas ósseas imaturas e calcificações distróficas caracterizadas por material basofílico mineralizado. O epitélio pavimentoso estratificado ortoqueratinizado que revestia a mucosa oral encontrava-se íntegro (Figura 3). O diagnóstico histopatológico final foi de FOP, confirmando a hipótese diagnóstica clínica. O paciente foi orientado quanto à higienização bucal. Após 4 meses de acompanhamento, não houve recidiva.

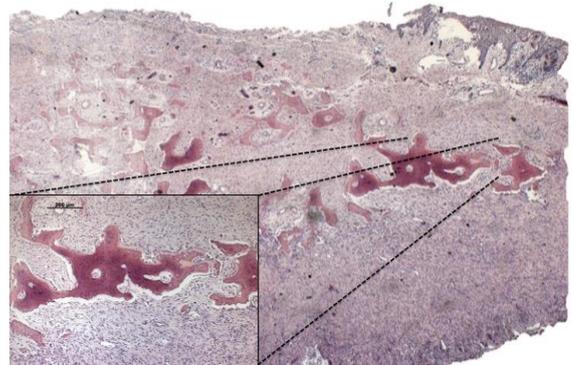


Figura 3. Cortes histológicos demonstrando intensa proliferação de fibroblastos e presença de trabéculas ósseas imaturas e calcificações distróficas caracterizadas por material basofílico mineralizado. Cortes corados em hematoxilina e eosina.

## **Caso 2**

Paciente do sexo feminino, 64 anos de idade, melanoderma, compareceu à clínica odontológica da Universidade Ibirapuera, Departamento de Estomatologia, com queixa de “aumento gengival”. Ao exame intra-bucal notou-se nódulo de coloração eritematosa com áreas ulceradas, em gengiva inserida, envolvendo desde a região de incisivo lateral até papilas interdentais dos pré-molares superiores do lado direito (Figura 4).

**Artigos Científicos**



Figura 4. Imagem clínica do caso 2: Paciente sexo feminino, 64 anos de idade, nódulo de coloração eritematosas com áreas ulceradas, em gengiva. Lesão estendia-se desde incisivo lateral à primeiro pré-molar.

A lesão medindo aproximadamente 3,5cm em seu maior eixo. A paciente apresentava periodontite crônica, mobilidade dentária no incisivo lateral, canino e primeiro pré-molar direito, e recessão gengival. As hipóteses de diagnóstico foram de granuloma piogênico (GP) e FOP. Após a anamnese e exame físico, realizou-se biópsia excisional (Figura 5) e o material foi enviado para análise anátomo-patológica. Os cortes histológicos revelaram fragmento de mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado e atrófico. A lâmina própria era constituída por tecido conjuntivo ora denso, ora frouxo apresentando proliferação de fibroblastos e presença de inúmeras trabéculas ósseas imaturas e calcificações distróficas caracterizadas

por material basofílico mineralizado ovoides (Figura 6).

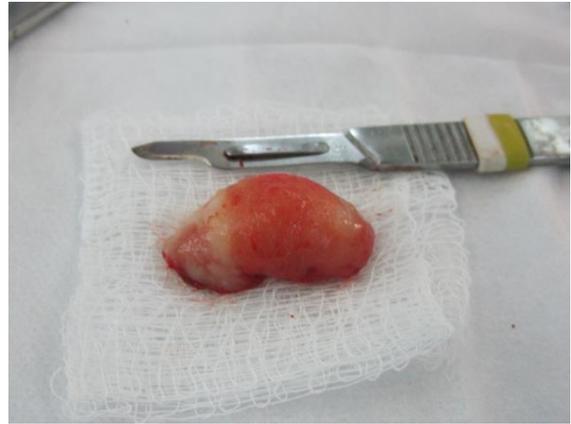


Figura 5. Biópsia excisional do caso 2.

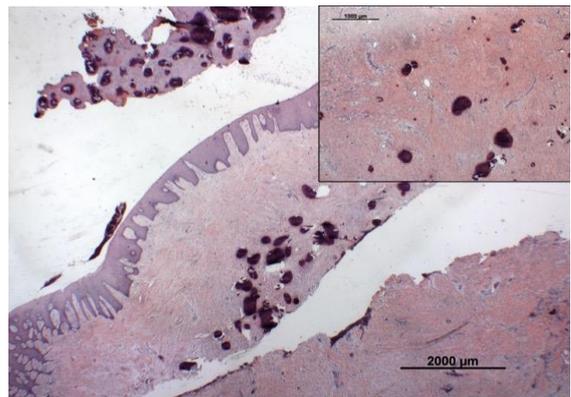


Figura 6. Os cortes histológicos revelaram proliferação de fibroblastos e presença de inúmeras trabéculas ósseas imaturas e calcificações distróficas caracterizadas por material basofílico mineralizado ovoides. Cortes corados em hematoxilina e eosina.

O diagnóstico final foi fibroma ossificante periférico. Após 2 semanas, notou-se recidiva da lesão em região de pré-molar e optou-se pela remoção da lesão recidivante e extração do pré-molar. O espécime foi enviado para análise anátomo-patológica e o diagnóstico permaneceu o mesmo - FOP. Este caso apresentou

histologicamente uma associação com o ligamento periodontal (Figura 7).

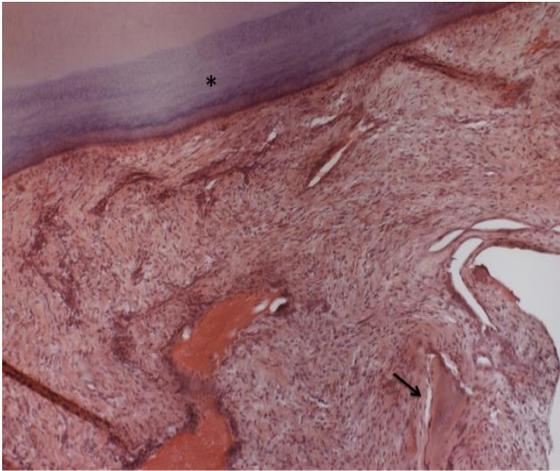


Figura 7. Os cortes histológicos revelam fragmento de dente (\*) em íntimo contato com o tecido periodontal e o tumor. O tumor revela presença de tecido mineralizado (seta preta). Coloração em hematoxilina e eosina. O tecido passou pelo processo de descalcificação com ácido fórmico.

Após 4 meses de acompanhamento, não foi observado recidiva. A paciente foi encaminhada para tratamento periodontal e reabilitação bucal.

## **DISCUSSÃO**

A primeira menção do fibroma ossificante (FO) foi por Menzel em 1872, mas esta terminologia só foi dada em 1927 por Montgomery(7). O FO pode ser central (intra-ósseo) ou periférico (extra-ósseo)(2). O FO central é considerado uma neoplasia benigna encontrada em tíbia, fibula, maxilares,

osso frontal, etmoide, esfenoide e temporal, além de órbita e fossa cranial anterior(2). Acreditava-se que a origem era do ligamento periodontal, mas como está presente em outras localizações, fora cavidade bucal, esta hipótese tem sido questionada. Por outro lado, acredita-se que o FOP é uma lesão reativa, mas até o momento sua etiologia é desconhecida. Como seu desenvolvimento é exclusivo de gengiva, acredita-se que a histogênese é do ligamento periodontal(3). A teoria mais aceita é a que reporta que células tronco encontradas no tecido gengival, quando traumatizadas ou irritadas se diferenciam em células endoteliais, fibroblastos, osteoblastos ou células similares a osteoclastos (8).

A idade mais acometida é por volta da segunda década de vida, como visto no caso 1 deste trabalho (16 anos de idade), mas pode desenvolver-se em qualquer idade como visto no caso 2 (64 anos de idade). O FOP é mais prevalente em mulheres, mas pode afetar homens, como visto no caso 1.

Os diagnósticos clínicos diferenciais incluem fibroma, GP e lesão periférica de células gigantes (LPCG). Geralmente o FOP apresenta-se clinicamente ulcerado ou com coloração mista, diferente do fibroma que frequentemente demonstra

## Artigos Científicos

superfície lisa e coloração igual da mucosa normal. A principal diferença clínica entre FOP e GP é que este é uma lesão vascular e, portanto, com aspecto mais avermelhado e frequentemente sangrante(9). A LPCG possui um aspecto clínico semelhante ao FOP e ambos podem apresentar reabsorção alveolar(10). Radiograficamente, nota-se uma maior prevalência de áreas radiopacas no FOP, devido às calcificações, e maior prevalência de reabsorção em aspecto de taça na LPCG(9).

Microscopicamente, estas lesões são bem distintas. O FOP é caracterizado pela intensa proliferação de células fusiformes com núcleos ovoides que apresentam cromatina dispersa, bem como pode haver presença de calcificações focais ou depósito de osteoide. O GP por ser uma lesão vascular, apresenta proliferação de células endoteliais e de vasos de pequeno calibre. Ambas as lesões podem apresentar ulceração. A LPCG apresenta proliferação de células gigantes multinucleadas, podendo ter de 10-20 núcleos, e células mononucleadas, bem como hemorragia e deposição de hemossiderina(8).

Dentre as 3 lesões mencionadas, o FOP é o que apresenta maiores chances de recidiva, 20% (11, 12). Esta

recorrência tem sido atribuída à remoção incompleta da lesão, permanência do trauma ou dos irritantes locais, como presença de placa bacteriana. Portanto, é de grande importância o cuidado para a remoção completa da lesão e a orientação de higiene bucal. O intervalo de recidivas é de semanas à 12 meses, assim também faz-se necessário o acompanhamento do paciente (11).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O FOP é uma lesão benigna de origem ainda desconhecida com moderada taxas de recidivas. O tratamento é a remoção completa da lesão e orientações quanto à higienização bucal, uma das possíveis contribuições para o desenvolvimento da lesão.

### REFERÊNCIAS

1. Joshi S, Mazumdar S, Pandit MK. Peripheral ossifying fibroma on edentulous mandibular alveolar mucosa. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2015;14(Suppl 1):84-6.
2. Neville BWD, D.D. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3, editor: Elsevier 2009.
3. 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. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015;19(1):83-7.

**Artigos Científicos**

4. Mishra AK, Bhusari P, Kanteshwari K. Peripheral cemento-ossifying fibroma--a case report. *International journal of dental hygiene*. 2011;9(3):234-7.
5. Chugh S, Arora N, Rao A, Kothawar SK. Laser excision of peripheral ossifying fibroma: Report of two cases. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2014;18(2):259-62.
6. Moon WJ, Choi SY, Chung EC, Kwon KH, Chae SW. Peripheral ossifying fibroma in the oral cavity: CT and MR findings. *Dento maxillo facial radiology*. 2007;36(3):180-2.
7. Bhasin M, Bhasin V, Bhasin A. Peripheral ossifying fibroma. Case reports in dentistry. 2013;2013:497234.
8. Woo SB. Atlas de patologia oral. 1, editor. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
9. Salum FG, Yurgel LS, Cherubini K, De Figueiredo MA, Medeiros IC, Nicola FS. Pyogenic granuloma, peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma: retrospective analysis of 138 cases. *Minerva stomatologica*. 2008;57(5):227-32.
10. Tandon PN, Gupta SK, Gupta DS, Jurel SK, Saraswat A. Peripheral giant cell granuloma. *Contemporary clinical dentistry*. 2012;3(Suppl 1):S118-21.
11. Sah K, Kale AD, Hallikerimath S, Chandra S. Peripheral cemento-ossifying fibroma: Report of a recurrence case. *Contemporary clinical dentistry*. 2012;3(Suppl 1):S23-5.
12. Mohiuddin K, Priya NS, Ravindra S, Murthy S. Peripheral ossifying fibroma. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2013;17(4):507-9.