



Fibroma ossificante periférico: um levantamento clínico e epidemiológico

Peripheral ossifying fibroma: a clinical and epidemiological survey

Fabrizio dos Santos Menezes

Juliana da Silva Barros

Deyvid da Silva

Graduandos de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Claudia Leal Sampaio Suzuki

Cirurgiã-dentista

Tarsila Moraes de Carvalho Freitas

Mestre em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Professora Assistente de Microbiologia e Imunologia da UEFS

Michelle Miranda Lopes Falcão

Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS

Professora Substituta de Odontologia Preventiva e Social IV da UEFS

Resumo

Este artigo aborda 18 casos de fibroma ossificante periférico (FOP) diagnosticados no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana/Bahia, no período de 2002 a 2008. Para descrever a relação entre as variáveis sociodemográficas com o FOP, utilizou-se o *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 10.0 for Windows (1998). Observou-se maior acometimento desta doença na quarta década de vida, sexo feminino e cor não branca. A gengiva superior anterior foi a região de maior prevalência. Faz-se importante que os cirurgiões-dentistas conheçam as características do FOP para o correto diagnóstico.

Palavras-chave: fibroma ossificante periférico; patologia bucal; epidemiologia.

Abstract

This paper reports 18 cases of peripheral ossifying fibroma (FOP) diagnosed in the Oral Lesions Reference Center, Feira de Santana State University, during the period from 2002 to 2008. To describe the relationship between sociodemographic data with the FOP, the *Statistical Package for Social Science - SPSS, version 10.0 for Windows* (1998) was used. The disease was more prevalent on non-white females in their fourth decade of life. The upper anterior gingiva was the most affected region. It is important to clinicians to know the clinical characteristics of FOP for proper diagnosis.

Keywords: peripheral ossifying fibroma; oral pathology; epidemiology.

Introdução

No periodonto, os crescimentos teciduais são relativamente comuns nas diversas faixas etárias, sexos e etnias, no entanto, a maioria apresenta componente inflamatório decorrente de irritação local, como o fibroma ossificante periférico (FOP), que pode ser um desses crescimentos teciduais definido como hiperplasia inflamatória reativa benigna (4, 10). Primeiramente descrito por Menzel, em 1842, foi Montgomery, que, em 1927, denominou-o “fibroma ossificante periférico” (2). No que diz respeito à nomenclatura, essa lesão pode receber as sinônimas: fibroma cementificante periférico, fibroma periférico com calcificações, fibroma cimento-ossificante e epúlde fibrosa calcificante ou ossificante (1).

Fatores irritantes da mucosa gengival como força mastigatória, placa, cálculo dentário, impacção de alimentos estão associadas à lesão (5, 7, 10). Clinicamente, pode se apresentar como uma massa gengival firme, de coloração rósea com alguns pontos avermelhados, de crescimento lento (em média dois anos) e implantação sésil ou pediculada. Seu diâmetro, comumente, varia entre 1,5 a 3,5 cm (8), a superfície pode se apresentar de consistência fibrosa (3), intacta ou ulcerada (2, 5), e o crescimento predominantemente exófito (3). A literatura aponta uma maior prevalência em indivíduos do sexo feminino (7, 10), cor branca (3) e faixa etária entre a segunda e quarta décadas de vida (3).

Em relação ao aspecto radiográfico, a lesão apresenta variações diretamente relacionadas à formação de substância mineralizada no seu interior, com focos de material calcificado semelhantes a tecido ósseo, cimento ou na forma de calcificação distrófica (2). Há uma ligeira predileção pelo arco maxilar e mais de 50% dos casos ocorrem na região dos incisivos e caninos. Usualmente os dentes não são afetados, contudo em alguns casos as peças dentárias adjacentes podem estar deslocadas e apresentarem mobilidade (8). Não se observa presença de sintomatologia (2, 7).

A terapia de escolha para o FOP é a remoção cirúrgica, devendo-se estender a incisão ao periósteo e ao ligamento periodontal com a concomitante eliminação dos fatores irritantes locais (9). O prognóstico para esta patologia é favorável, com recidivas que variam de 7 a 20% (9), e o encaminhamento da peça cirúrgica para exame histopatológico é condição fundamental para o diagnóstico e tratamento da lesão (8).

O propósito desse estudo foi descrever os casos de FOP diagnosticados no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana/Bahia, no período de 2002 a 2008, haja vista a importância de saber identificá-la e distingui-la das demais doenças que acometem a cavidade bucal.

Material e Método

Foi realizado um estudo seccional com 18 casos de FOP de indivíduos atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no período compreendido entre 2002 e 2008.

As variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária e cor) e clínicas (localização anatômica, características clínicas da lesão e presença de fatores de risco) foram coletadas em formulário específico e analisadas descritivamente pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 10.0 for Windows (1998). As informações foram sistematizadas e apresentadas em gráficos e tabelas a partir do Microsoft Office 2007.

Vale ressaltar, que o artigo foi realizado consoante com a resolução 196/96 (Cap. IX. 2) que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, sendo um dos produtos do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UEFS sob Protocolo Nº 015/2008, CAAE 0015.0.059.000-08.

Resultados

Dos 18 casos de FOP encontrados, 72,2% (13) ocorreram no sexo feminino e 44,4% dos pacientes (8) tinham entre 30 e 39 anos. Observou-se, ainda, na amostra uma maior prevalência em indivíduos não brancos (melanoderma ou faioderma), representando 94,4% do total de casos (17) (Gráfico 1).

Ao analisar os fatores associados ao surgimento da lesão, observou-se que 38,9% (7) dos pacientes apresentaram precária higiene bucal, com presença de cálculo nas unidades dentárias associadas à lesão. Apenas 16,7% (3) dos indivíduos faziam uso de prótese traumatizante associada à lesão.

Ao se analisar as características clínicas do FOP, identificou-se que 58,8% (10) dos casos eram de cor avermelhada; 64,7% (11) exibiram consistência fibrosa; 100% (17) apresentaram crescimento exofítico; 77,8% (14) evidenciaram desenvolvimento lento, superior a 6 meses; 66,7% (12) dos casos foram pedunculados; 64,7% (11) das lesões exibiram superfície lisa e apenas 5,6% (1) dos pacientes relataram dor na região (Tabela I e Figuras 1 e 2).

Dos 18 casos que constituíram a amostra, 33,3% (6) foram encontrados na gengiva superior anterior enquanto 16,7% (3) localizaram-se em mucosa gengival do palato duro. Em um paciente, em que a lesão situava-se no rebordo gengival mandibular, não foi especificada a localização exata do FOP (Tabela I).

Quanto à realização de exames de imagens para diagnóstico, apenas em 50% (9) dos prontuários foram encontradas radiografias e destes apenas 16,7% (3) pacientes apresentaram áreas radiopacas (Figura 3). Os achados histopatológicos revelaram que em 16,7% (3) dos casos encontrou-se somente cimento, em 38,9% (7) trabécula óssea e em 44,4% (8) apenas presença de matriz osteoide (Tabela I).

Tabela I. Distribuição dos casos de FOP quanto às características clínicas e histopatológicas observadas no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da UEFS entre 2002 e 2008

Característica	n	%
Cor* (n = 17)		
Vermelha	10	58,8%
Rósea	7	41,2%
Consistência* (n = 17)		
Fibrosa	11	64,7%
Dura	5	29,4%
Mole	1	5,9%
Crescimento* (n = 17)		
Exofítico	17	100%
Desenvolvimento (n = 18)		
+ 6 meses	14	77,8%
0 - 6 meses	4	22,2%
Implantação (n = 18)		
Pedunculada	12	66,7%
Séssil	6	33,3%
Superfície* (n = 17)		
Lisa	11	64,7%
Rugosa	6	35,3%
Localização anatômica de maior prevalência (n = 18)		
Gengiva superior anterior	6	33,3%
Outros locais**	12	66,7%
Sintomatologia dolorosa associada à lesão (n = 18)		
Não	17	94,4%
Sim	1	5,6%
Substância encontrada no exame histopatológico da lesão (n = 18)		
Matriz osteoide	8	44,4%
Trabécula óssea	7	38,9%
Cimento	3	16,7%

*Houve perda ou ausência de dados nesta variável.

** Palato duro, gengiva inferior anterior, mucosa alveolar inferior anterior, mandíbula não especificada, rebordo alveolar inferior anterior, rebordo alveolar inferior posterior, rebordo alveolar superior anterior, rebordo alveolar superior posterior.

Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia para remoção completa da lesão e as peças cirúrgicas foram encaminhadas para exame histopatológico. Houve recidiva de apenas 16,7% (3) das lesões e estas foram tratadas através de uma segunda intervenção cirúrgica.

Discussão

O FOP é de natureza etiológica controversa. Alguns pesquisadores sustentam que é uma neoplasia fibroblástica, enquanto outros afirmam ser de caráter reacional e que podem estar associados aos traumatismos que afetam as estruturas periodontais (1). Assim, para KENDRICK & WAGGONER (4) e ROJAS (10) esta patologia é um crescimento não neoplásico da gengiva classificado como uma lesão hiperplásica inflamatória reativa, de origem incerta, mas acredita-se estar relacionada ao ligamento periodontal.

Entende-se que estejam associados à lesão, fatores irritantes da mucosa gengival como forças mastigatórias, placa, cálculo dentário e impacção de alimentos (5, 7, 10). Neste estudo, observou-se que 38,9% dos pacientes apresentaram precária higiene bucal e 16,7% faziam uso de próteses mal adaptadas.

Em relação à faixa etária mais acometida, NEVILLE, DAMM, ALLEN *et al.* (8) sugeriram que a tumefação pode ocorrer em qualquer idade. ABTIBOL & SANTI (1) e FERRAZ & NOGUEIRA (2) apontaram uma maior predominância em crianças e adultos jovens, enquanto que MARTIN-GRANIZO, SANCHEZ-CUELLAR e FALAHAT (6) citaram a segunda e

terceira décadas de vida. Para KENDRICK & WAGGONER (4), a faixa etária de maior ocorrência seria entre a terceira e quarta décadas, o que corrobora com os achados deste estudo, onde 50% dos pacientes, encontraram-se neste intervalo de idade.

A literatura aponta uma predileção pelo sexo feminino (4, 7, 10), o que se confirmou neste estudo, onde 72,2% dos pacientes eram do sexo feminino. FREITAS, SOARES, FREITAS *et al.* (3) apontaram uma maior frequência da lesão para indivíduos de cor branca. Discordando dos autores citados, este estudo encontrou uma prevalência de 94,4% de casos de FOP em indivíduos não brancos. Este achado pode denotar as características raciais da população do local onde o estudo foi realizado.

Segundo ROJAS (10), KOHLI, CHRISTIAN, HOWELL (5) e MESQUITA, SOUSA, ARAÚJO (7), a localização de maior incidência foi a região anterior da maxila, especificamente a gengiva vestibular, equivalente aos achados de FREITAS, SOARES, FREITAS *et al.* (3) que encontraram 37 casos na região de maxila e 26 na região de mandíbula dos 67 casos de FOP coletados em sua pesquisa. Na amostra estudada, 33,3% dos pacientes apresentaram a lesão localizada em gengiva superior anterior.

Para ABTIBOL & SANTI (1), NEVILLE, DAMM, ALLEN *et al.* (8), o FOP se apresenta como uma lesão frequentemente sés-sil, por outro lado, MESQUITA, SOUSA, ARAÚJO (7), SHEKAR, REDDY, ANEGUNDI (11) e FERRAZ & NOGUEIRA (2) caracterizaram a lesão como geralmen-

te pedunculada e eventualmente sés-sil. Neste estudo, verificou-se que a implantação pedunculada foi a mais prevalente, representando 66,7% dos casos, sendo 33,3% das lesões do tipo sés-sil.

As lesões podem recidivar com certa frequência e, na verdade, não são raras as recidivas repetidas (4). Contrário a isso, NEVILLE, DAMM, ALLEN *et al.* (8) afirmaram que o tratamento tem um excelente prognóstico, havendo pouca ou nenhuma tendência à recorrência. No presente estudo, observou-se recidiva em 16,7% dos casos, sendo que um paciente foi acometido quatro vezes. MESQUITA, SOUSA, ARAÚJO (7) acrescentaram ao tratamento a identificação e remoção de possíveis fatores irritantes. Para KENDRICK & WAGGONER (4), a excisão deve ser suficientemente profunda para que inclua o periósteo e o ligamento periodontal. O tratamento do FOP se baseia na excisão cirúrgica completa, sendo o diagnóstico confirmado após análise histopatológica (6, 8).

Quanto à sintomatologia, para MESQUITA, SOUSA, ARAÚJO (7) e FERRAZ & NOGUEIRA (2), o FOP não apresenta dor. Entretanto, a presente pesquisa encontrou em 5,6%, ou seja, um caso em que o paciente relatou sintomas associados à lesão. Este achado pode ser confirmado na literatura pelos achados de FREITAS, SOARES, FREITAS *et al.* (3), que identificaram em 67 casos analisados, 17,9% dos indivíduos com sintomatologia dolorosa.

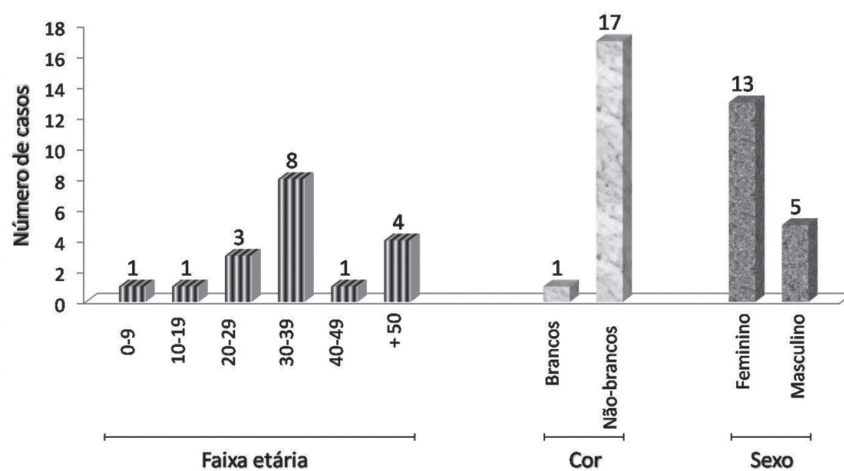


Gráfico 1. Distribuição dos casos de fibroma ossificante periférico diagnosticados no Centro de Referência de Lesões Bucais da UFSJ entre 2002 e 2008 quanto à faixa etária, cor e sexo dos pacientes



Figura 1. Fibroma ossificante periférico em região anterior de mandíbula

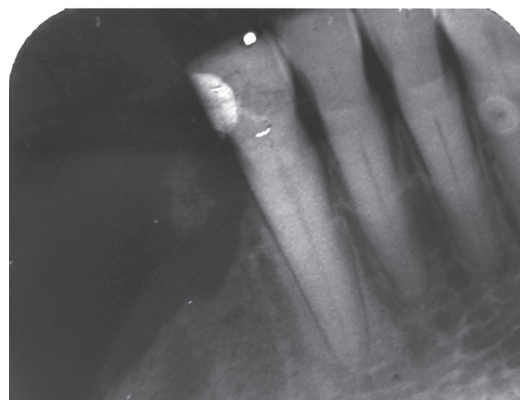


Figura 2. Fibroma ossificante periférico em região posterior de maxila



Figura 3. Fibroma ossificante periférico em região de rebordo alveolar anterior da mandíbula apresentando área radiopaca

Conclusão

Observou-se maior acometimento do FOP na quarta década de vida, sexo feminino e cor não branca. A gengiva superior anterior foi a região de maior prevalência. Uma vez que na literatura há uma escassez de estudos epidemiológicos acerca do FOP, faz-se necessário uma casuística mais ampla a fim de tornar essa patologia mais conhecida pelos cirurgiões-dentistas, para que estes possam identificá-la e distingui-la das demais doenças que acometem a cavidade bucal. Com este estudo, pôde-se observar clínica e histopatologicamente tal entidade, mostrando que a mesma, apesar de possuir características histopatológicas semelhantes a outras doenças, requer para elucidação do diagnóstico a associação do exame clínico, radiográfico e histopatológico.

Referências Bibliográficas

1. ABITBOL, T. E., SANTI, E. Peripheral ossifying fibroma: literature update and clinical case. *Periodontal Clin. Investig.*, v. 19, n. 1, p. 36-7, Spring, 1997.
2. FERRAZ, T. M., NOGUEIRA, T. O. Histoquímica dos tecidos mineralizados nas lesões de displasia fibrosa e fibroma cemento-ossificante periférico. *Rev. Odontol. UNESP*, v. 27, n. 1, p. 87-98, jan./jun., 1998.
3. FREITAS, T. M. C., SOARES, A. F., FREITAS, R. A. *et al.* Fibroma ossificante periférico: estudo clínico de 67 casos em Natal, RN. *Rev. ABO Nac.*, v. 14, n. 2, p. 113-6, abr./maio, 2006.
4. KENDRICK, F., WAGGONER, W. F. Managing a peripheral ossifying fibroma. *ASDC J. Dent. Child.*, v. 63, n. 2, p. 135-8, Mar./Apr., 1996.
5. KOHLI, K., CHRISTIAN, A., HOWELL, R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. *Pediatr. Dent.*, v. 20, n. 7, p. 428-9, Nov./Dec., 1998.
6. MARTIN-GRANIZO, R., SANCHEZ-CUELLAR, A., FALAHAT, F. Cemento-ossifying fibroma of the upper gingivae. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, v. 122, n. 5, p. 775, May, 2000.
7. MESQUITA, R. A., SOUZA, S. C. O. M., ARAÚJO, N. S. Fibroma ossificante periférico e fibroma ossificante: estudo utilizando a técnica do AgNOR. *RPG rev. pós-grad.*, v. 3, n. 2, p. 161-7, abr./jun., 1996.
8. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. *et al. Patologia Oral e maxillofacial*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
9. POON, C., KWAN, P., CHAO, S. Giant peripheral ossifying fibroma of the maxilla: Report of a case. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 53, n. 6, p. 695-8, June, 1995.
10. ROJAS, B. V. Fibroma cemento ossificante periférico. Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Valparaíso*, v. 2, n. 1, p. 48-52, Jul., 1997.
11. HEKAR, I., REDDY, R., ANEGUNDI, R. Peripheral fibroma with calcification—a case report. *J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent.*, v. 15, n. 4, p. 130-3, Dec., 1997.

Recebido em: 18/05/2009

Aprovado em: 19/03/2010

Michelle Miranda Lopes Falcão
Rua Belmonte, 285/102 - Rio Vermelho
Salvador/Bahia, Brasil - CEP: 41940-260
E-mail: michellefalcão@gmail.com