

Fibroma odontogênico periférico: revisão da literatura e relato de caso

Peripheral odontogenic fibroma: review of the literature and case report

Ana Lúcia Avides Capelozza¹, Carla Ruffeil Moreira², Bruna F. Rahal Ferraz³, Luís Fernando de Mello Sant'ana⁴, Vanessa Soares Lara⁵

RESUMO

O fibroma odontogênico periférico (FOP) é uma neoplasia benigna com origem a partir do ectomesênquima odontogênico. A lesão possui crescimento lento e acomete a gengiva, com maior incidência na região da papila interdentária. Apresenta-se com uma massa gengival freqüentemente sésil, de consistência firme, recoberta por mucosa aparentemente normal. O presente trabalho objetiva relatar um caso de FOP na região anterior de maxila, relacionando os achados da literatura pertinente, especialmente, quanto aos aspectos clínicos e histopatológicos do tumor.

Descritores: Tumores Odontogênicos; Fibroma; Granuloma Piogênico.

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, o fibroma odontogênico periférico (FOP) é um tumor benigno originado do ectomesênquima. Trata-se de um crescimento focal benigno raro que ocorre na gengiva, com aspecto clínico similar a outros tumores epiteliais periféricos como o ameloblastoma periférico, tumor odontogênico adenomatóide periférico, tumor odontogênico calcificante e tumor odontogênico escamoso periférico. Também é indistinguível, clinicamente, das lesões gengivais mais comuns, como o granuloma piogênico, a lesão periférica de células gigantes e outros processos proliferativos não neoplásicos.¹⁻³

O FOP apresenta-se geralmente como uma lesão exofítica, não encapsulada, de aspecto nodular, freqüentemente sésil, consistente, firmemente aderida à gengiva e revestida de tecido epitelial aparentemente normal, de coloração semelhante à do tecido conjuntivo circunjacente. Seu crescimento é lento, podendo ser derivada do tecido conjuntivo da submucosa ou do ligamento

periodontal. Quando atinge proporções maiores, pode causar deslocamento de dentes^{2,4} e, raramente, erosão do osso alveolar subjacente.⁴ Em alguns casos, pode ser observada ulceração na superfície da lesão.⁴

Na literatura, não há um consenso quanto à localização, sexo, idade e raça mais atingida. Pode ocorrer em qualquer idade, embora com maior freqüência na faixa etária de 11 a 40 anos.⁴⁻⁶ A maior ocorrência já foi relatada tanto no sexo feminino⁵ quanto no masculino.⁷ A localização mais freqüente é na região anterior da maxila.⁵

O termo “fibroma odontogênico periférico” tem sido incorretamente utilizado para descrever casos de fibroma ossificante periférico, levando à confusão entre essas lesões. Todavia, alguns aspectos microscópicos devem ser observados para o diagnóstico diferencial^{8,9}, especialmente, a presença de cordões de epitélio odontogênico, dispersos no tecido conjuntivo, em maior número ou tamanho do que normalmente seria esperado.⁴

Quanto aos aspectos radiográficos, o FOP é descrito como uma lesão radiotransparente sem envolvimento de tecido ósseo, podendo haver algum grau de esclerose óssea circunscrivendo a lesão^{4,7} ou, ainda, áreas de calcificação em seu interior.⁷ Em alguns casos, pode ocorrer o deslocamento de raízes de dentes próximos à região afetada.^{4,7}

Segundo a OMS, o FOP trata-se da contraparte extra-óssea do fibroma odontogênico

¹Professora do Departamento de Estomatologia – Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

²Mestre em Estomatologia – Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

³Aluna de graduação – Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

⁴Doutor em Estomatologia – Faculdade de Odontologia de Bauru – USP; Professor de Cirurgia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

⁵Professora do Departamento de Estomatologia – Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

central (FOC). Desta maneira, as características microscópicas do FOP são semelhantes às do FOC (intra-ósseo), ou seja, uma neoplasia odontogênica benigna constituída de tecido conjuntivo e contendo fibroblastos, colágeno e epitélio odontogênico em quantidades variáveis, podendo haver calcificações osteóides semelhantes à cemento ou dentina distrófica.^{2,6,10,11} O tecido conjuntivo pode alternar áreas altamente celularizadas, com núcleos ovais, com outras áreas menos celularizadas, onde os núcleos apresentam-se fusiformes; estas, por sua vez, abrigam os restos epiteliais e apresentam-se mais vascularizadas.⁸ Esse mesmo tecido conjuntivo pode variar de denso a quase mixomatoso.^{10,11}

No FOP, o epitélio odontogênico, aparentemente inativo, dispõe-se em forma de ilhas ou cordões bem definidos,^{2,6,10,11} distribuídos pelo tecido conjuntivo. Há material calcificado em 23 a 61% dos casos.^{5,6,11} Quando presente, pode estar localizado próximo à área mais celularizada^{8,12,13} ou em continuidade com as células epiteliais odontogênicas.^{10,11} Em alguns casos, pode-se notar infiltrado inflamatório crônico focal, bem como a presença de células gigantes multinucleadas próximas às áreas de calcificação.^{10,11}

A forma de tratamento é a excisão cirúrgica completa,^{2,4,6,7,14,15} sendo o prognóstico considerado excelente, com pouca ou nenhuma recidiva. A recidiva pode significar persistência da lesão.⁶

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 23 anos, parda, compareceu à clínica de Estomatologia com queixa principal de crescimento na região anterior de maxila do lado esquerdo, com um ano e meio de evolução. A paciente relatou dor e sangramento durante a escovação. À inspeção intrabucal, placa dentobacteriana e cálculos gengivais estavam presentes em quase todos os dentes.

Um nódulo recoberto por gengiva de coloração normal, com aproximadamente 1cm e firme à palpação, estava localizado entre os dentes 22 e 23. Discreta ulceração na porção superior esquerda foi observada (Fig 1).



Figura 1. Nódulo entre os dentes 22 e 23 com discreta ulceração na porção superior esquerda

Os dentes estavam separados pela lesão que envolvia as regiões vestibular e palatina (Fig 2).



Figura 2. Lesão envolvendo as superfícies vestibular e palatina

A imagem radiográfica da região não evidenciou erosão óssea e nem mineralizações intralasionais (Fig 3).



Figura 3. Radiografia periapical da região.

O diagnóstico presuntivo foi de granuloma piogênico ou lesão periférica de células gigantes. A biópsia excisional foi realizada e os dentes adjacentes raspados e polidos (Fig 4) antes do recobrimento da área com cimento cirúrgico.

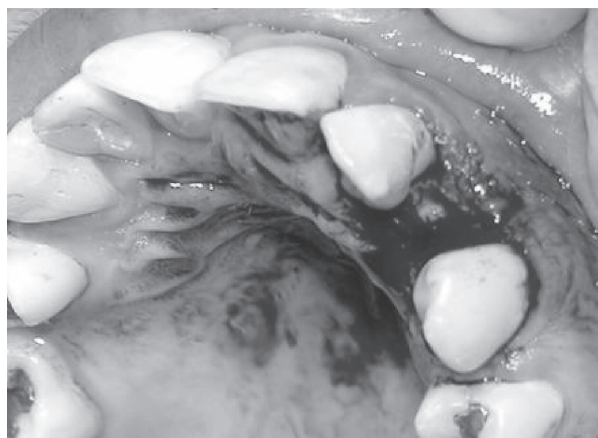


Figura 4. Pós-operatório imediato mostrando a remoção completa da lesão

O exame microscópico da peça revelou tecido conjuntivo fibroso com densos feixes de fibras colágenas compostos por células fusiformes, entremeados por inúmeras ilhotas de epitélio odontogênico (Fig. 5). Vasos sanguíneos e intenso infiltrado inflamatório mono e polimorfonuclear também foram observados. O epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado da mucosa bucal estava hiperplásico, com áreas de intensa exocitose por polimorfonucleares e de ulceração recoberta por exsudato serofibrinoso e biofilmes microbianos.

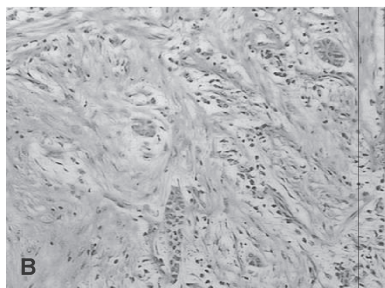


Figura 5. A-Tecido conjuntivo fibroso com densos feixes de fibras colágenas compostos por células fusiformes, entremeados por ilhotas de epitélio odontogênico. B-Cordões e ilhotas de epitélio odontogênico

O diagnóstico final foi de fibroma odontogênico periférico associado à doença periodontal inflamatória crônica. No controle pós-operatório de 7 dias, observamos processo de cicatrização normal (Fig 7).



Figura 7. Pós-operatório de 7 dias. Cicatrização normal da área

DISCUSSÃO

O FOP é um tumor raro e com terminologia bastante discutida.^{1,6,8} A confusão se dá, especialmente, com o fibroma ossificante periférico, uma lesão comum, reacional e com recorrência freqüente.^{6,8} Os aspectos clínicos das lesões gengivais reacionais são praticamente idênticos aos do FOP. Entretanto, o FOP demonstra as características histológicas da sua contraparte em tecido ósseo, o fibroma odontogênico central.¹

Em concordância com os achados da literatura, a lesão apresentada no presente relato caracterizava-se por uma massa gengival firme, sésil, recoberta por uma mucosa aparentemente normal e com uma pequena ulceração. A evolução foi lenta e os dentes adjacentes foram deslocados. A paciente era parda, da segunda década de vida e com uma lesão na região anterior de maxila.

Devido à raridade, o FOP normalmente não é incluído no diagnóstico diferencial de lesões gengivais. O diagnóstico clínico abrange lesões de origem inflamatória ou reacional como a lesão periférica de células gigantes, o granuloma piogênico ou a epúlide.¹⁻³ No caso em questão, o diagnóstico presuntivo foi de granuloma piogênico ou lesão periférica de células gigantes. Obviamente, os aspectos clínicos não nos levaram à hipótese de fibroma odontogênico periférico.

O diagnóstico foi concluído após exame microscópico, onde foram encontradas as

características microscópicas típicas desse tipo de lesão: tecido conjuntivo fibroso com densos feixes de fibras colágenas associadas a células fusiformes e inúmeros cordões de epitélio odontogênico dispersos. Também foram observados infiltrado inflamatório mono e polimorfonuclear difuso, assim como a hiperplasia do epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado da mucosa bucal, com áreas de intensa exocitose por polimorfonucleares e biofilmes microbianos, o que caracterizou uma associação do FOP à doença periodontal inflamatória crônica.

Michaelides¹⁵ relatou uma recidiva de FOP na gengiva descrevendo, além das características do tumor, a presença de numerosos vasos sanguíneos, inflamação crônica intensa e ulcerações focais cobertas por exsudato fibrino-purulento. Apesar dos aspectos microscópicos serem semelhantes aos encontrados no nosso caso, não foi citada a associação com doença periodontal crônica.

Radiograficamente notou-se deslocamento dos dentes adjacentes sem envolvimento do tecido ósseo, características descritas em outros estudos.^{2,4} Seguindo o tratamento preconizado por outros autores^{2,4,6,7,14,15}, foi realizada a excisão cirúrgica completa da lesão. Apenas um caso de recidiva de FOP foi relatado na literatura, entretanto, a hipótese de remoção incompleta da lesão foi levantada na discussão.¹⁵

ABSTRACT

Peripheral odontogenic fibroma (POF) is a slow growth benign neoplasia derived from odontogenic ectomesenchyma. It appears as a gingival sessile mass usually located in the interdental papilla. The lesion is firm to palpation usually overlaid by a normal mucosa. The aim of this paper is to report a case of POF describing the characteristics of the disease and discussing the relevant literature.

Key words: Odontogenic Tumors; Fibroma; Pyogenic granuloma.

REFERÊNCIAS

1. Manor Y, Mardinger O, Katz J, Taicher S, Hirshberg A. Peripheral odontogenic fibroma: differential diagnosis in gingival lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004;33: 268-73.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
3. Eversole LR, Rovin S. Reactive lesions of the gingival. *J Oral Pathol* 1972;1:30-8.
4. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
5. Mulcahy JV, Dahl EC. The peripheral odontogenic fibroma: a retrospective study. *J Oral Med*, 1985;40: 46-8.
6. Kenney JN, Kaugars GE, Abbey LM. Comparison between the peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:378-82.
7. Slabbert HV, Altini M. Peripheral odontogenic fibroma: a clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1991; 72: 86-90.
8. Gardner DG. The peripheral odontogenic fibroma: an attempt at clarification. *Oral Surg* 1982;54: 40.
9. Orban BJ, Sicher H. *Orban's Oral Histology and Embryology*. St. Louis: Mosby; 1966. p. 219.
10. Buchner A. Peripheral odontogenic fibroma: a report of 5 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 1989; 17:134-8.
11. Buchner A, Ficarra G, Hansen L. Peripheral odontogenic fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1987;64: 432-8.
12. Bhaskar SN, Jacoway JR. Peripheral fibroma with calcification: a report of 376 cases. *J Am Dent Assoc* 1966; 73:1312-20.
13. Mallow RD, Spatz SS, Zubrow HJ, Kline SN. Odontogenic fibroma with calcifications. *Oral Surg* 1966;22:564-8.
14. Farman AG. The peripheral odontogenic fibroma. *Oral Surgery* 1975;40: 82-92.
15. Michalides PL. Recurrent peripheral odontogenic fibroma of the attached gingiva: a case report. *J Periodontol* 1992;63: 645-7.