

FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Arthur Nunes Rios Vicente¹; Tarsila de Carvalho Freitas Ramos²; Michelle Miranda Lopes Falcão³; Valéria Souza Freitas⁴

1. Bolsista FAPESB, Graduando em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: anrvrios@hotmail.com
2. Orientadora, Departamento de Ciências Biológicas, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: tarsilafreitas@yahoo.com.br
3. Discente, Pesquisadora do Núcleo de Câncer Oral, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: michellefalcao@gmail.com
4. Discente, Coordenadora do Núcleo de Câncer Oral, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, email: valeria.souza.freitas@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Fibroma ossificante periférico, patologia bucal, epidemiologia.

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. No que diz respeito à nomenclatura, essa lesão pode receber as sinônimas: fibroma cementificante periférico, fibroma periférico com calcificações, fibroma cimento-ossificante e epúlide fibrosa calcificante ou ossificante.

Fatores irritantes da mucosa gengival, como força mastigatória, placa, cálculo dentário, impacção de alimentos, estão associadas à lesão. 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 séssil ou pediculada. Seu diâmetro, comumente, varia entre 1,5 a 3,5 cm, a superfície pode se apresentar de consistência fibrosa, intacta ou ulcerada, e o crescimento predominantemente exofítico. A literatura aponta uma maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, cor branca e faixa etária entre a segunda e quarta décadas de vida.

A terapia de escolha para o FOP é a remoção cirúrgica. O prognóstico para esta patologia é favorável, com recidivas que variam de 7 a 20%, e o encaminhamento da peça cirúrgica para exame histopatológico é condição fundamental para o diagnóstico e tratamento da lesão.

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.

O estudo foi realizado de acordo 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 N° 015/2008, CAAE 0015.0.059.000-08.

RESULTADOS

Dos 18 casos de FOP encontrados, 72,2% ocorreram no sexo feminino e 44,4% dos pacientes 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 (Gráfico 1).

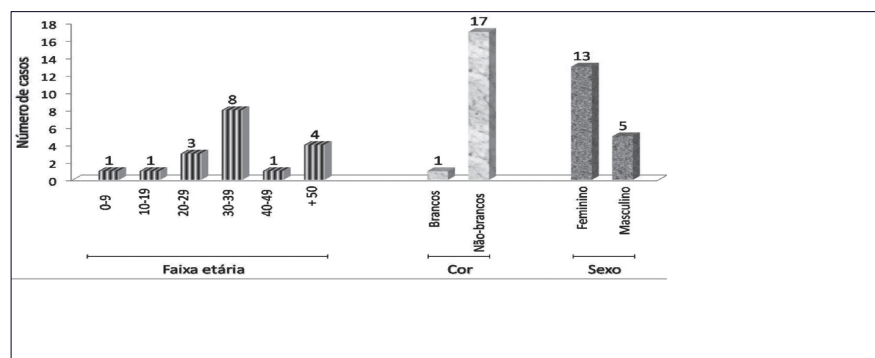


Gráfico 1. Distribuição dos casos de fibroma ossificante periférico diagnosticados no Centro de Referência de Lesões Buciais da UEFS entre 2002 e 2008 quanto à faixa etária, cor e sexo dos pacientes

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

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

Característica	n	%
Cor (n = 17)		
Vermelha	10	58,8%
Rósea	7	31,2%
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 anos	14	77,8%
0 – 6 anos	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%
Substâncias encontrada no exame histopatológico da lesão (n = 18)		
Matriz osteoide	8	44,4%
Trabécula óssea	7	38,9%
Cimento	3	16,7%

Tabela 1. 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

Dos 18 casos que constituíram a amostra, 33,3% foram encontrados na gengiva superior anterior enquanto 16,7% localizaram-se em mucosa gengival do palato duro. Quanto à realização de exames de imagens para diagnóstico, apenas em 50% dos prontuários foram encontradas radiografias e destes apenas 16,7% pacientes apresentaram áreas radiopacas (Figura 2). Os achados histopatológicos revelaram que em 16,7% dos casos encontrou-se somente cimento, em 38,9% trabécula óssea e em 44,4% apenas presença de matriz osteoide (Tabela I).

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% (três casos) das lesões e estas foram tratadas através de uma segunda intervenção cirúrgica.



Figura 1. Fibroma ossificante periférico em região anterior de mandíbula



Figura 2. Fibroma ossificante periférico em região de rebordo alveolar anterior da mandíbula apresentando área radiopaca

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. Assim, para KENDRICK & WAGGONER e ROJAS 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.

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 existem controvérsia na literatura. A literatura aponta uma predileção pelo sexo feminino, o que se confirmou neste estudo, onde 72,2% dos pacientes eram do sexo feminino. FREITAS, SOARES, FREITAS et al. 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.

Para ABTIBOL & SANTI, NEVILLE, DAMM, ALLEN et al., o FOP se apresenta como uma lesão frequentemente séssil, por outro lado, MESQUITA, SOUSA, ARAÚJO, SHEKAR,

REDDY, ANEGUNDI e FERRAZ & NOGUEIRA caracterizaram a lesão como geralmente pedunculada e eventualmente sésil. Neste estudo, verificou-se que a implantação pedunculada foi a mais prevalente, representando 66,7% dos casos, sendo 33,3% das lesões do tipo sésil.

As lesões podem recidivar com certa frequência e, na verdade, não são raras as recidivas repetidas. Contrário a isso, NEVILLE, DAMM, ALLEN ET al. 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. O tratamento do FOP se baseia na excisão cirúrgica completa, sendo o diagnóstico confirmado após análise histopatológico.

Quanto à sintomatologia, para MESQUITA, SOUSA, ARAÚJO e FERRAZ & NOGUEIRA, 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., que identificaram em 67 casos analisados, 17,9% dos indivíduos com sintomatologia dolorosa.

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

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.
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. 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.