

Fibroma Odontogênico Periférico Exuberante com Cimento-Ossificação em Paciente Indígena: Relato de Caso

Cemento-Ossifying Peripheral Odontogenic Fibroma with Large Size in Indigenous Patient: Case Report
Fibroma Odontogênico Cimento Ossificante Periférico de Grandes Proporções em um Indígena: Reporte de Caso

Karolina Vidinha Figueiredo de **SOUZA**

Graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9466-8751>

Lioney Nobre **CABRAL**

Professor Adjunto, Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil
Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM
<https://orcid.org/0000-0002-0505-4070>

Tiago Novaes **PINHEIRO**

Professor Adjunto, Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2987-4759>

Vivian Bentes de **OLIVEIRA**

Graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências do Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas, ESA-UEA, 69050-030 Manaus – AM, Brasil

Resumo

Introdução: na classificação da OMS de 2017, o fibroma cimento-ossificante se enquadra no grupo de tumores odontogênicos benignos mesenquimais/ectomesenquimais, sendo definido como uma neoplasia rara de tecido conjuntivo fibroso maduro, clinicamente se apresenta como lesão exóftica bem delimitada na gengiva, de superfície lisa, formando nódulos macios ou sólidos, com base sésil ou pediculada de coloração rósea, consistência chegando por vezes à dureza óssea. **Objetivo:** mostrar caso clínico de paciente gênero feminino de 32 anos, apresentando massa nodular, pediculada, com coloração normocrômica em região vestibular e lingual de rebordo mandibular esquerdo, tamanho de 5cm, com consistência firme à palpação. **Material e método:** por exames de imagem de tomografia computadorizada foi observada lesão hipodensa nodular, expansiva e corticalizada, em vertente esquerda do corpo mandibular. Para elucidação diagnóstica, foi realizada bópsia excisional, sendo a peça foi submetida à análise histopatológica. **Resultado:** feita a interrelação das características clínicas, imageológicas e exame histopatológico, obteve-se diagnóstico de fibroma odontogênico cimento-ossificante periférico. **Conclusão:** o controle dos prováveis fatores causais auxilia na prevenção, para pacientes já acometidos e tratados, faz-se necessário o acompanhamento e orientações pós-operatória para evitar recidiva.

Descritores: Fibroma Ossificante; Tumores Odontogênicos; Tomografia Computadorizada por Raios X.

Abstract

Introduction: in the 2017 WHO classification, cemento-ossifying fibroma falls into the group of benign mesenchymal/ectomesenchymal odontogenic tumors, being defined as a rare neoplasm of mature fibrous connective tissue, clinically presenting as a well-delimited exophytic lesion in the gingiva, smooth surface, forming soft or solid nodules, with a sessile or pedunculated base, pink in color, consistency sometimes reaching bone hardness. **Objective:** to show a clinical case of a 32-year-old female patient, presenting a nodular, pedunculated mass, with normochromic coloring in the buccal and lingual region of the left mandibular ridge, size of 5 cm, with a firm consistency on palpation. **Material and method:** computed tomography imaging revealed a nodular, expansive, corticalized hypodense lesion on the left side of the mandibular body. For diagnostic clarification, an excisional biopsy was performed, and the specimen was submitted to histopathological analysis. **Result:** after interrelation of clinical, imaging, and histopathological characteristics, a diagnosis of peripheral cemento-ossifying odontogenic fibroma was obtained. **Conclusion:** the control of the probable causal factors helps in the prevention, for patients already affected and treated, it is necessary the follow-up and postoperative orientations to avoid recurrence.

Descriptors: Fibroma, Ossifying; Odontogenic Tumors; Tomography, X-Ray Computed.

Resumen

Introducción: en la clasificación de la OMS de 2017, el fibroma cimento-ossificante se encuadra en el grupo de tumores odontogênicos mesenquimatosos/ectomesenquimatosos benignos, definiéndose como una neoplasia rara de tejido conectivo fibroso maduro, que se presenta clinicamente como una lesión exóftica bien delimitada en la encía, lisa superficial, formando nódulos blandos o sólidos, de base sésil o pedunculada, de color rosa, consistencia que alcanza a veces la dureza del hueso. **Objetivo:** mostrar un caso clínico de una paciente de 32 años de edad, que presenta una masa nodular, pedunculada, de coloración normocrômica en la región vestibular y lingual del rebordo mandibular izquierdo, de 5 cm de tamaño, de consistencia firme a la palpación. **Material y método:** la tomografía computarizada reveló una lesión hipodensa corticalizada, expansiva y nodular en el lado izquierdo del cuerpo mandibular. Para aclaración diagnóstica, se realizó una biopsia excisional y el espécimen se sometió a análisis histopatológico. **Resultado:** luego de la interrelación de las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas, se obtuvo el diagnóstico de fibroma odontogênico cimento-ossificante periférico. **Conclusión:** el control de los probables factores causales ayuda en la prevención, para los pacientes ya afectados y tratados, es necesario el seguimiento y las orientaciones postoperatorias para evitar la recurrencia.

Descriptores: Fibroma Ossificante; Tumores Odontogênicos; Tomografía Computarizada por Rayos X.

INTRODUÇÃO

A classificação da OMS de 2017 para cistos e tumores odontogênico os classifica em tumores odontogênicos malignos, tumores odontogênicos benignos (epiteliais, mistos e mesenquimais/ectomesenquimais) e cistos odontogênicos de desenvolvimento. Os tumores

odontogênicos tendem a mimetizar microscopicamente o tecido de origem. O fibroma cimento-ossificante faz parte do grupo de tumores odontogênicos benignos mesenquimais/ectomesenquimais, sendo definido como uma neoplasia rara de tecido conjuntivo fibroso maduro, com quantidades

variáveis de epitélio odontogênico com aspecto inativo, com ou sem evidência de calcificação¹⁻³.

Existem dois tipos de fibroma ossificante, o central e o periférico, o primeiro estando associado adjacente ao ápice radicular de um dente, causando expansão da cavidade medular e o segundo, com maior proximidade dos tecidos moles que recobrem os ossos gnáticos⁴.

O fibroma cimento-ossificante periférico é uma neoplasia rara, apresentando-se clinicamente como lesão exofítica bem delimitada na gengiva, de superfície lisa, formando nódulos macios ou sólidos, com base sésil ou pediculada de coloração rósea, consistência chegando por vezes à dureza óssea⁵. Sua proporção geralmente não ultrapassa 3,5 cm, sendo assim, lesões que apresentam proporções maiores são consideradas exuberantes⁶. Parece ter predileção pelo sexo feminino, sendo mais frequente entre as idades de 25 a 35 anos. Pode, no entanto, acometer pessoas de qualquer idade⁷.

Quanto a sua etiologia, parece estar associado a alterações no gene HRPT2 em células do ligamento periodontal e fatores irritantes locais⁸⁻⁹. O fibroma cimento-ossificante, parece ter origem no ligamento periodontal¹⁰. Os crescimentos teciduais no periodonto são relativamente comuns em diversas faixas etárias. A maior parte dos crescimentos teciduais decorre de uma inflamação associadas a um irritante local, diversos são os fatores que podem ser considerados irritantes à mucosa gengival, tais como o cálculo dental, força mastigatória, placa bacteriana, próteses mal adaptadas, restaurações irregulares, impacção de alimentos, raízes residuais ou corpos estranhos no sulco gengival¹¹⁻¹³. Tais crescimentos podem ser associados, além do fibroma cimento ossificante periférico, aos diagnósticos de lesões inflamatórias, hiperplasia fibrosa, fibroma de células gigantes, lesão de células gigantes periférica e granuloma piogênico¹⁴.

Para a obtenção do diagnóstico de fibroma cimento-ossificante, além do exame clínico minucioso, faz-se necessário a associação de exames complementares, como a radiografia e a histopatologia, dando assim maior assertividade ao diagnóstico¹⁵⁻¹⁶. Radiograficamente, pode se apresentar como halo radiopaco sem base ligada ao osso gnático, pode parecer com variados graus de radiopacidade e com margem esclerótica, os dentes próximos, associados ao tumor, podem apresentar divergência radicular ou reabsorção

radicular e haver perda generalizada da inserção óssea^{8,17-18}. Histopatologicamente, é vista proliferação de fibroblastos associada à formação de material mineralizado. Esse pode consistir em osso, material cementoide ou calcificações distróficas; o tecido conjuntivo fibroso celularizado se mostra intercalado com fibroblastos grandes entre os feixes de colágeno^{8,10,19}.

É importante obter o correto diagnóstico do fibroma cimento-ossificante periférico para assim realizar o melhor tratamento. A modalidade de tratamento padrão-ouro para essa lesão benigna consiste na excisão total da lesão e extração de dentes remanescentes envolvidos. Sua recorrência é alta, estando associada a remoção incompleta da lesão, logo, o paciente deve ser acompanhado anualmente para avaliar recorrência²⁰⁻²¹.

O presente estudo objetiva relatar um caso de fibroma odontogênico cimento-ossificante periférico exuberante em paciente indígena, o que confere a grande relevância ao relato deste caso, sobretudo ao serem consideradas as peculiaridades desta lesão.

CASO CLÍNICO

Paciente gênero feminino, indígena 32 anos, encaminhada à clínica de Estomatologia da instituição dos autores, queixando-se de crescimento de uma massa na região posterior da mandíbula esquerda, dificultando sua mastigação. Relatou que a lesão apresentava crescimento lento, indolor e não sangrava.

No exame intraoral constatou-se massa nodular, pediculada, com coloração normocrômica em região vestibular e lingual do rebordo mandibular esquerdo, tamanho de 5cm, com consistência firme à palpação (Figura 1). A paciente apresentava cálculos dentários, indicando deficiência da higienização bucal.



Figura 1: Aspecto inicial da lesão, mostrando massa nodular, pediculada, com coloração normocrômica em região vestibular e lingual do rebordo mandibular esquerdo, com tamanho de 5cm, com consistência firme à palpação.

Diante do exposto, prosseguiu-se com a realização de exame complementar, necessário para melhor visualização das estruturas bucais acometidas pela lesão. Optou-se pela realização de tomografia computadorizada dos maxilares, a fim de observar com maior exatidão, sem influências de sobreposição, a lesão e as estruturas bucais adjacentes.

A tomografia computadorizada revelou região hipodensa no lado esquerdo do rebordo mandibular correspondente à lesão (Figura 2). Observou-se em corte axial lesão hipodensa, expansiva e corticalizada, em vertente esquerda do corpo mandibular (Figura 3).

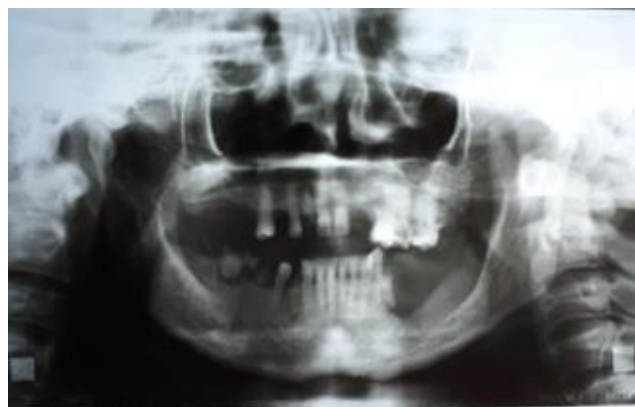


Figura 2: Aspecto Tomográfico- Corte panorâmico. Visão ampla radiográfica da condição de saúde oral da paciente, apresentando restos radiculares, perda óssea periodontal acentuada e lesão hipodensa em região mandibular esquerda, acima do corpo da mandíbula em contato com resto cadicular do elemento 45.

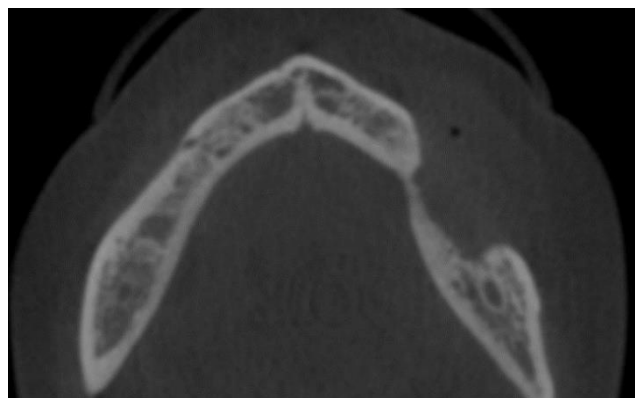


Figura 3: Corte axial. Visualização de lesão hipodensa, expansiva e corticalizada, em vertente esquerda do corpo mandibular.

Em corte coronal, foi possível observar uma massa hipodensa e nodular em região esquerda de mandíbula (Figura 4). Em reconstrução 3D pela tomografia computadorizada, foi possível observar ausência de destruição óssea no rebordo mandibular (Figura 5). Optou-se assim pela realização de biópsia excisional (Figura 6), o que se caracteriza como medida de tratamento da lesão, além de posteriormente, ao ser enviada a peça cirúrgica ao laboratório, a confirmação do diagnóstico.



Figura 4: Corte coronal. Massa hipodensa e nodular em região esquerda de mandíbula.



Figura 5: Reconstrução 3D, vista lateral esquerda. Ausência de destruição óssea no rebordo mandibular.



Figura 6: Peça Cirúrgica

Dentre as hipóteses diagnósticas estavam: fibroma cemento-ossificante periférico, lesão periférica de células gigantes e granuloma piogênico. Após a remoção completa da lesão, e de um resto radicular que se encontrava abaixo da mesma, foi feita a sutura, a fim de conter o coágulo para cicatrização adequada da região mandibular (Figura 7). A peça cirúrgica foi encaminhada para realização de avaliação histopatológica. Ao exame histopatológico, evidenciou-se fragmento de mucosa bucal revestida parcialmente por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com hiperplasia pseudoepiteliomatosa (Figura 8). A porção mais

profunda apresentou áreas mixóides, com células fusiformes arredondadas, áreas ricamente celularizadas e bem colagenizadas com ossículos arredondados, ora cementóide pouco celularizado, ora osteóide bem celularizados (Figura 9).



Figura 7: Sutura com três pontos simples.

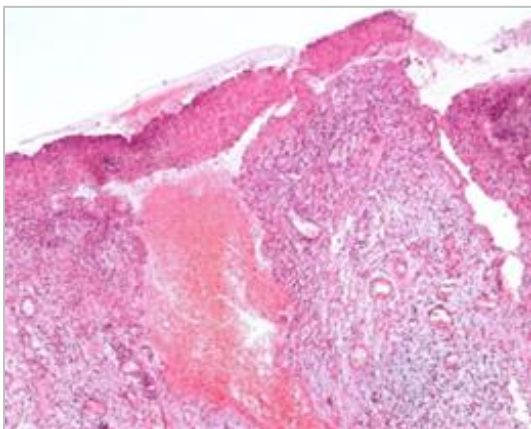


Figura 8: Mucosa bucal revestida parcialmente por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

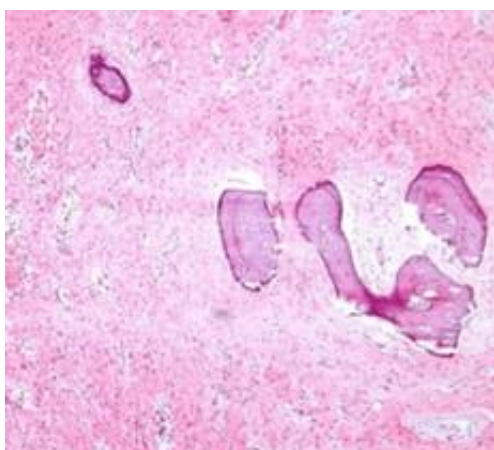


Figura 9: Áreas mixóides, com células fusiformes arredondadas, áreas ricamente celularizadas e bem colagenizadas com ossículos arredondados, ora cementóide pouco celularizado, ora osteóide bem celularizados.

Observou-se também o aspecto de um epitélio odontogênico pavimentoso, com cordões e ilhotas (Figura 10). Diante das características clínicas, tomográficas e histopatológicas, foi confirmado o diagnóstico de

fibroma odontogênico cemento-ossificante periférico exuberante.

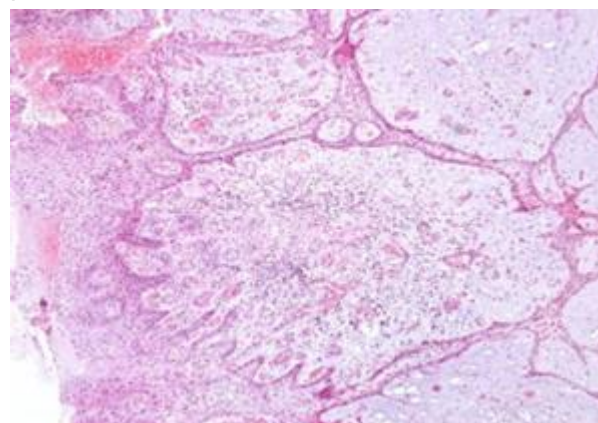


Figura 10: Aspecto de um epitélio odontogênico pavimentoso, com cordões e ilhotas.

A paciente retornou após 7 dias ao atendimento. Foi feita a remoção da sutura e observada a cicatrização do tecido (Figura 11).



Figura 11: Aspecto da área após 7 dias com a remoção dos pontos.

Na segunda semana após a cirurgia, a paciente retornou para preservação, onde foi observada a cicatrização do rebordo e iniciou-se raspagem supragengival da arcada superior, diante da grande quantidade de cálculo dental apresentado pela paciente, como já mencionado anteriormente. Após 21 dias observou-se o aspecto do rebordo (Figura 12) que já se apresentava bem cicatrizado e prosseguiu-se com a raspagem supra e subgengival na arcada inferior (Figura 13).



Figura 12: Aspecto da área após 21 dias.



Figura 13. Dentes inferiores anteriores após raspagem supra e subgingival.

A paciente não prosseguiu com o tratamento após o término da raspagem, pois era residente em outra cidade.

DISCUSSÃO

Na classificação da OMS de 2005, o fibroma odontogênico era subdividido em “simples/pobre em epitélio” ou “rico em epitélio”, na classificação de 2017 para cistos e tumores de cabeça e pescoço, foi excluída a subdivisão, sendo este apenas definido como fibroma odontogênico²²⁻²³. O fibroma cemento-ossificante foi incluído em tumores odontogênicos de origem mesenquimal na classificação de 2017, destacando sua origem odontogênica, sendo provável que seja oriundo do tecido periodontal^{3 e 24}.

O fibroma odontogênico periférico é uma neoplasia benigna rara de origem mesenquimal odontogênica, que pode ser diagnosticada clinicamente erroneamente como outras lesões inflamatórias reativas comuns que ocorrem na gengiva, como o granuloma piogênico, sendo necessário o exame histopatológico para elucidação diagnóstica. Existe ainda certa confusão quanto ao diagnóstico de fibroma odontogênico cemento-ossificante periférico com outras patologias, em especial com o fibroma ossificante periférico, no entanto, suas origens são distintas, sendo o primeiro de origem odontogênica e o segundo de origem óssea²⁵⁻²⁶. No presente estudo, as hipóteses diagnósticas contemplavam além de fibroma cemento-ossificante periférico, também lesão periférica de células gigantes e granuloma piogênico, devido as suas similaridades clínicas, sendo as demais descartadas, pela associação das informações obtidas nos exames complementares de tomografia computadorizada e principalmente, de análise histopatológica, onde foram visualizadas características dessa condição, como a presença de ossículos

arredondados, ora cementóide pouco celularizado, ora osteóide bem celularizados (evidência de calcificação), tecido conjuntivo fibroso maduro e epitélio odontogênico pavimentoso.

Num estudo envolvendo uma mulher de 41 anos, que apresentava lesão com evolução de 4 anos, sendo essa nódular, séssil e firme à palpação, com áreas eritematosas e com tamanho de cerca de 6cm, localizada entre os dentes 41 e 43. A lesão foi submetida à biópsia excisional e posteriormente foi realizada análise histopatológica da peça cirúrgica, obtendo-se o diagnóstico de fibroma odontogênico periférico rico em epitélio (classificação da OMS de 2005), os autores questionaram a respeito da origem do tumor, onde esta poderia ser neoplásica ou hiperplásica, alegaram que a lesão, apesar de extensa, não estaria em constante trauma, pois a paciente não fazia uso de prótese, logo, dificilmente seria reacional, foi realizada avaliação das fibras colágenas pela determinação da histoquímica com luz polarizada e fluorescência, revelando um padrão diferente de cores de fibras colágenas presentes em outras condições de origem reacional²⁷. Em estudo comparativo dos fibromas odontogênicos periférico e central, onde se aborda a origem do FOP, pois alguns estudos alegam que a mesma poderia ser reacional, e não neoplásica, para isso, foi realizada análise histoquímica, não havendo marcação para actina muscular nos miofibroblastos, este é um importante marcador em hiperplasias oriundas de agente agressor de baixa intensidade e longa duração. Mesmo que o FOP fosse de origem reacional, este não deixaria de ser neoplásico, pois nos processos de reparação, o ciclo celular dos fibroblastos está efetivamente acelerado e pode dar lugar à perda da coordenação da proliferação celular, gerando neoplasias benignas como esta²⁸.

A etiologia do fibroma odontogênico cemento-ossificante periférico, geralmente, advém das células do ligamento periodontal, aparecendo como uma resposta a estímulos crônicos de longo prazo^{6,29}. Isso pode ocorrer quando o tecido gengival reage em resposta a irritantes, como biofilme, cálculo subgingival, dentes mal posicionados, restaurações com sobrecontorno, próteses inadequadas, restos radiculares, corpos estranhos no sulco gengival e lesões causadas por tratamentos ortodônticos³⁰. Em caso de paciente de 32 anos apresentou crescimento bem definido em relação à região 31, 41 e 42, onde à palpação, o

inchaço era indolor, sésil e de consistência mole, os dentes anteriores inferiores apresentavam mau posicionamento em decorrência de um trauma sofrido, o paciente alegava sangramento durante a escovação, os autores sugerem como causa o fator irritante local o mal posicionamento dos dentes³¹. Em um caso clínico envolvendo uma criança de 11 anos do sexo feminino, com crescimento assintomático de uma massa gengival marrom clara, sólida e não hemorrágica em região de segundos molares e pré-molares inferiores esquerdos, o que também impedia a erupção dos pré-molares, radiograficamente havia falta de envolvimento ósseo, porém uma lesão cariosa envolvendo o dente 36 foi constatada. Os autores sugerem como possíveis causas a hiperplasia inflamatória do ligamento periodontal, fatores hormonais e presença de lesão cariosa grave envolvendo o dente 36, levando também ao acúmulo de biofilme na região³². Outro caso envolvendo uma criança de 13 anos do sexo masculino, na história odontológica constava que o paciente teve abscesso bucal orindo do dente 85, passado algum tempo o dente esfoliou e após a esfoliação a paciente notou um nódulo nessa região, esse se apresentava como massa nodular fibrosa, indolor, com base sésil na margem gengival inferior direita, estendendo-se da superfície mesial do 44 até a superfície distal do 45, os autores levantaram a hipótese de irritantes locais, irritação constante presente durante a esfoliação dos dentes decíduos e erupção dos dentes permanentes, o que pode resultar em lesões reativas que são oriundas do ligamento periodontal, como possivelmente ocorre com o fibroma cemento-ossificante periférico³³. No presente caso relatado, a paciente apresentava cálculos dentários, indicando deficiência da higienização bucal, bem como sua localização na gengiva, tendo proximidade com o ligamento periodontal, podendo ser estes corroboradores para o surgimento do fibroma cemento-ossificante periférico.

A condição em estudo possui maior índice de prevalência entre a segunda e a terceira décadas e predileção pelo sexo feminino e pela maxila^{7-8 e 34}. Em um estudo clínico envolvendo 16 casos de fibroma cemento-ossificante, participaram 6 homens e 10 mulheres com idades entre 10 e 48 anos, sendo a idade média 26,5 anos. Houve 8 casos na maxila e 8 casos na mandíbula, as características mais citadas foram inchaço sobre

a área afetada seguido de dificuldade na fala e mastigação, quanto à apresentação clínica, estava presente em todos os casos imobilidade e firmeza à palpação, 14 casos mostraram reabsorção radicular em radiografia e mobilidade à palpação³⁵. No presente caso relatado, a paciente apresentava clinicamente lesão de crescimento lento, indolor e sem sangramento à palpação e tomograficamente lesão hipodensa em região mandibular esquerda, acima do corpo da mandíbula em contato com resto cadicular do elemento 45.

Clinicamente a lesão se apresenta como massa de aspecto nodular e firme à palpação, de base sésil ou pediculada, apresentando coloração similar à mucosa adjacente, possui dimensões de até 3cm, quando ultrapassa esse tamanho, é considerado exuberante^{6,36-37}. Em caso clínico envolvendo mulher de 24 anos, que apresentava crescimento bem circunscrito, solitário, ovalado, eritematoso e pedunculado presente na gengiva labial envolvendo a papila interdental entre 31, 32, 33, a mucosa de crescimento sobrejacente parecia áspera, lobulada, de cor rosada com áreas avermelhadas intercaladas, à palpação, o crescimento era firme a duro, indolor³⁸. O caso apresentou ao exame físico intraoral massa nodular e firme à palpação, pediculada, apresentando coloração similar à mucosa adjacente, a lesão apresentou dimensões de 5cm, senso assim, considerado exuberante.

O Fibroma Cemento Ossificante Periférico apresenta áreas radiopacas interpostas com um halo radiolúcido do tecido mole, e apresenta variações 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 em suas características radiográficas^{12,39}. Em um estudo de uma série de três casos, onde os pacientes apresentavam idades entre 32 e 52 anos, os cortes tomográficos apresentavam imagens que variavam de radiolucência unilocular bem circunscrita com corticação fina na periferia à áreas de radiopacidade difusas e imagem mista radiolúcida-radiopaca. Os exames de imagem auxiliam na descrição das lesões dos maxilares quanto à localização, expansão das placas corticais, arquitetura interna, periferia da lesão e efeito da lesão nas estruturas adjacentes, bem como auxilia no diagnóstico e no plano de tratamento⁴⁰. No caso de estudo, após tomografia computadorizada da região da cabeça, revelou uma região radiolúcida no lado

esquerdo do rebordo mandibular corresponde à lesão, em corte axial exibiu lesão hipodensa, expansiva e corticalizada, em vertente esquerda do corpo mandibular e em corte coronal foi possível observar que a massa hipodensa e nodular em região esquerda de mandíbula.

O tratamento de escolha para o Fibroma Cimento Ossificante Periférico é a enucleação total da lesão juntamente com o ligamento periodontal envolvido e a remoção de possíveis agentes causadores, sendo a excisão subperiosteal. Há relatos de recidivas, mas seu risco é diminuído se a excisão for realizada sob o periosteio⁴¹. Em uma série de dois casos, foi realizada profilaxia oral, seguida de excisão das lesões e acompanhamento e não apresentaram recidiva⁴². O acompanhamento pós-operatório é necessário, pois a lesão tem alta taxa de recorrência. Em caso de paciente de 18 anos, que apresentava evolução de lesão à cerca de 3 meses, esta se apresentava como inchaço rosa avermelhado, firme em região da papila interdental entre 31 e 32 e levava ao deslocamento desses, relatou que 6 meses antes do surgimento dessa lesão havia removido uma lesão similar, mas que a atual possuía o dobro de tamanho da lesão inicial, foi realizada excisão da lesão e acompanhamento por 6 meses, o paciente não apresentou recidiva⁴³. No presente caso, o tratamento consistiu em excisão da lesão, raspagens supragengivais na arcada superior, raspagem supragengival e subgengival na arcada inferior, diante dessas condutas não foi observada recidiva da lesão.

CONCLUSÃO

Exames complementares como aspectos tomográficos e histopatológicos associados ao exame clínico auxiliam no correto diagnóstico e tratamento. O tratamento de escolha, a partir da biopsia excisional e remoção dos agentes causais dificulta a recidiva da lesão. O controle dos prováveis fatores causais auxilia na prevenção, para pacientes já acometidos e tratados, faz-se necessário o acompanhamento e orientações pós-operatórias para evitar recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Tolentino ES. Nova classificação da OMS para tumores odontogênicos: o que mudou?. RFO. 2018;23(1):119-23.
2. Regezi JÁ, Ciubba JJ, Morgan RK. Tradução de: Oral pathology: clinical pathologic correlations. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. p. 272-281.
3. Wright JM, Vered M. Update from the 4th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumors. Head Neck Pathol 2017;11(1):68-77.
4. Neville BW, Allen CM, Damm DD, Allen CM, Jerry E. Patologia: Oral & Maxilofacial. 3ª ed. Elsevier Editora Ltda; Capítulo 15, Cistos e Tumores Odontogênicos— Fibroma Odontogênico Central e Fibroma Odontogênico Periférico; 2009.p.727-729.
5. Gardner D, Baker, D. Fibromatous epulis in dogs and peripheral odontogenic fibroma in human beings: Two equivalent lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991;71:31721.
6. Marcos JA, Marcos MJ, Rodríguez SA, Rodrigo JC, Poblet E. Peripheral ossifying fibroma: A clinical and immunohistochemical study of four cases. J Oral Sci. 2010;52(1):95-9.
7. Reddy GV, Reddy J, Ramlal G, Ambati M. Peripheral ossifying fibroma: Report of two unusual cases. Indian J Stomatol. 2011; 2(2):130-33.
8. Neville BW, Allen CM, Damm DD, Allen CM, Jerry E. Patologia: Oral & Maxilofacial. 3ª ed. Elsevier Editora Ltda; Capítulo 14, Patologias Ósseas – Fibroma Ossificante; 2009. p. 650-652.
9. França DC, Silva LS, Marinho VN, Junior JM, Aburad AT, Aguiar SM. Fibroma Ossificante Periférico: Relato de Caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2011;11(1):9-12.
10. Barnes L, Eveson JL, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics Head and Neck Tumours. International Agency for Research on Cancer. Chapter 6, Odontogenic tumours – Ossifying fibroma; 2005. p. 319-320.
11. Menezes FS, Juliana SB, Silva D. Fibroma Ossificante Periférico: um levantamento clínico e epidemiológico. Rev Bras Odontol. 2010; 67(1):106-10.
12. Sheethalan MS, Kaarthikeyan G, Sankari M. Occurrence of Oversized Peripheral Cemento Ossifying Fibroma in the Gingival Region of all the Molars – A Case Report. J Pharm Sci & Res. 2016;8(2):79-81.
13. Pilatti GL, Santos FA, Soubhia AM, Passarelli SC, Moreira CS. Fibroma Cimentoossificante Periférico – Relato de Caso Clínico. Rev Int Cir Traumatol Bucocomaxilofac. 2005;3(9):26-30.
14. Vieira JB, Jardim EC, Castro AL. Fibroma ossificante periférico de mandíbula - relato de caso clínico. RFO UPF.2009;14(3):246-49.
15. Pal S, Tomar Bhattacharya P, Sinha R, Sarkar S. Case report of an unusual evolution of peripheral ossifying fibroma. J Stomat Occ Med. 2015;8:47-50.

16. Oliveira AL, Santos AS, Santos AS. Fibroma Ossificante Periférico: relato de caso. Rev ACBO. 2018;27(1):90-5.
17. Gomes VR, Marques GM, Turatti E, Albuquerque CG, Cavalcante RB, Santos E. Fibroma ossificante periférico na mandíbula: relato de caso atípico. J Bras Patol Med Lab. 2019;55(5):522-29.
18. Godinho GV, Silva CA, Noronha BR, Silva EJ, Volpato LE. Peripheral Ossifying Fibroma Evolved From Pyogenic Granuloma. Cureus. 2019;14(1):e20904.
Godinho G V, Silva C A, Noronha B R, et al. (January 03, 2022) Cureus 14(1): e20904. DOI 10.7759/cureus.20904
19. Mohiuddin K, Priya NS, Ravindra S, Murthy S. Peripheral ossifying fibroma. J Indian Soc Periodontol. 2013;17(4):507-9.
20. Mariano RC, Oliveira MR, Silva AC, Almwidia OP. Large peripheral ossifying fibroma: Clinical, histological, and immunohistochemistry aspects. A case report. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2017; 39(1):39-46.
21. Silva BS, Yamamoto FP, Da Costa RM, Silva BT, Carvalho RW, Pontes HA. Peripheral odontogenic fibroma: case report of a rare tumor mimicking a gingival reactive lesion. Rev Odontol UNESP. 2012;41(1):64-7.
22. Wright JM, Odell EW, Speight PM, Takata T. Odontogenic tumors, WHO 2005: where do we go from here? Head Neck Pathol. 2014; 8(4):373-82.
23. Filho MR, Lima TM, Neto AD, Silva AL, Pereira JC, Albuquerque RL. Fibroma odontogênico central em mandíbula: relato de caso com breve revisão da literatura. Rev Odontol Bras Central. 2017;26(79):86-91
24. Barrios-Garay K, Agudelo-Sánchez L, Aguirre-Urizar J, Gay-Escoda C. Analyses of odontogenic tumours: the most recent classification proposed by the World Health Organization (2017). Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020;25(6):e732-38.
25. Sena LS, Miguel MC, Pereira JV, Gomes DQ, Alves PM, Nonaka CF. Peripheral odontogenic fibroma in the mandibular gingiva: case report. J Bras Patol Med Lab. 2019;55(2):192-201.
26. Ganji KK, Chakki AB, Nagaral SC, Verma E. Peripheral Cemento-Ossifying Fibroma: Case Series Literature Review. Case Rep Dent. 2013;2013:930870.
27. Nascimento SB, Fayad FT, Pinheiro TN, Oliveira MV, Motta Jr J, Albuquerque GC, et al. Fibroma odontogênico periférico gigante tipo rico em epitélio. Rev. UNINGÁ. 2018; 55(4):101-9.
28. Taveira LA. Estudo comparativo dos fibromas odontogênicos periféricos e central [tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo; 2003.
29. Kendrick F, Waggoner WF. Managing a peripheral ossifying fibroma. ASDC J Dent Child. 1996;63(2):135-38
30. Baumgartner JC, Stanley HR, Salomone JL. Peripheral ossifying fibroma. J Endod. 1991; 17:182-185.
31. Chakrabarty's S, Chandra's C, Yadav S, Peripheral Cemento-ossifying Fibroma Peripheral Cemento-Ossifying Fibrom - A Clinical Case Report. Asian J Oral Health Allied Sci. 2018;8(1): 10-14.
32. Passos M, Azevedo R, Janini ME, Maia LC. Peripheral cemento-ossifying fibroma in a child: a case report. J Clin Pediatr Dent. 2007 Fall;32(1):57-9.
33. Rane J, Winnier J, Bhatia R. Peripheral Cemento Ossifying Fibroma – A Case Report. J Dent Oral Implants. 2016; 1(3): 55-58.
34. Baumgartner JC, Stanley HR, Salomone JL. Peripheral ossifying fibroma. J Endod. 1991;17:182-85.
35. Kaur T, Dhawan A, Bhullar RS, Gupta S. Cemento-Ossifying Fibroma in Maxillofacial Region: A Series of 16 Cases. J Maxfac Oral Surg. 2019;20(2):240-45.
36. Kendrick F, Waggoner WF. Managing a peripheral ossifying fibroma. J Dent Children. 1996;63:35-138.
37. Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. Ped Dent. 1998;20:428-29.
38. Sachdeva SK, Mehta S, Sabir H, Rout P. Peripheral Cemento-Ossifying Fibroma with Uncommon Clinical Presentation: A Case Report. Odovtos Int J Dent Sci. 2018;20(1):17-23.
39. Mesquita RA, Sousa SCOM, Araújo NS. Proliferative activity in peripheral ossifying fibroma and ossifying fibroma. J Oral Pathol Med. 1998; 27: 64–7.
40. Mithra R, Baskaran P, Sathyakumar M. Imaging in the Diagnosis of Cemento-Ossifying Fibroma: A Case Series. J Clinic Imag Science. 2012;2(3):1-6.
41. Ribeiro AO, Silveira CE, Maciel RM. Fibroma Cemento-Ossificante Periférico: Relato de um Caso Clínico. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2010;51(1):61-4.
42. Guru SR, Singh SS, Guru RC. Peripheral Cemento-ossifying Fibroma: A Report of Two Cases. J Health Sci Res. 2016;7(2):71-5.
43. Kurdukar PA, Kurdukar AA, Chaudhari VV. Peripheral Cemento-Ossifying Fibroma - A Clinical and Histomorphological Case Report. In J Contemp Medical Res. 2016; 3(7) 2020-22.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Karolina Vidinha Figueiredo de Souza
Avenida Parintins, n546, Bairro Cachoeirinha,
69065-050 Manaus – Amazonas, Brasil
Email: kvfs.odo@uea.edu.br

Submetido em 09/03/2022

Aceito em 08/04/2022