



GODINHO M.¹, MACEDO S.¹, BEXIGA F.², TINOCO J.², AMARAL MENDES R.³

¹ Mestre em Medicina Dentária pela Universidade Católica Portuguesa

² Professor(a) Auxiliar Convidado(a) na área de Medicina Oral/ Patologia Oral/Oncologia Oral do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

³ Regente na área de Medicina Oral/ Patologia Oral/Oncologia Oral do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante periférico é uma lesão fibro-óssea benigna, caracterizada pela proliferação fibroblástica associada a áreas mineralizadas.(1-5) Clinicamente é sésil ou pediculada, eritematosa ou normo-coloreada, com tamanho < 2 cm, (2,4) frequentemente envolve a papila interdentária. (2,3,6) Na maioria dos casos não há envolvimento ósseo subjacente susceptível de ter tradução radiográfica. (3)

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 32 anos, sem antecedentes médicos patológicos dignos de registo, apresentava uma lesão exofítica de base sésil localizada na mucosa gengival com 6 meses de evolução. Referia ter tido uma lesão similar no final da gravidez, há dois anos, altura em que a mesma foi excisada, sem avaliação histológica posterior da peça operatória. O exame clínico atual revelou uma lesão exofítica envolvendo a papila interdentária do dente 4.3 e 4.4, com cerca de 8 mm, eritematosa, de consistência duro-elástica, dolorosa e sangrante à palpação, compatível com um diagnóstico clínico provisório de granuloma piogénico, granuloma periférico das células gigantes ou fibroma ossificante periférico. Dados os antecedentes clínicos, optou-se por uma biópsia excisional minimamente invasiva. Após análise histológica foi considerado como diagnóstico definitivo um fibroma ossificante periférico. Foi posteriormente realizada uma segunda intervenção uma vez que havia comprometimento de um dos bordos cirúrgicos da lesão.

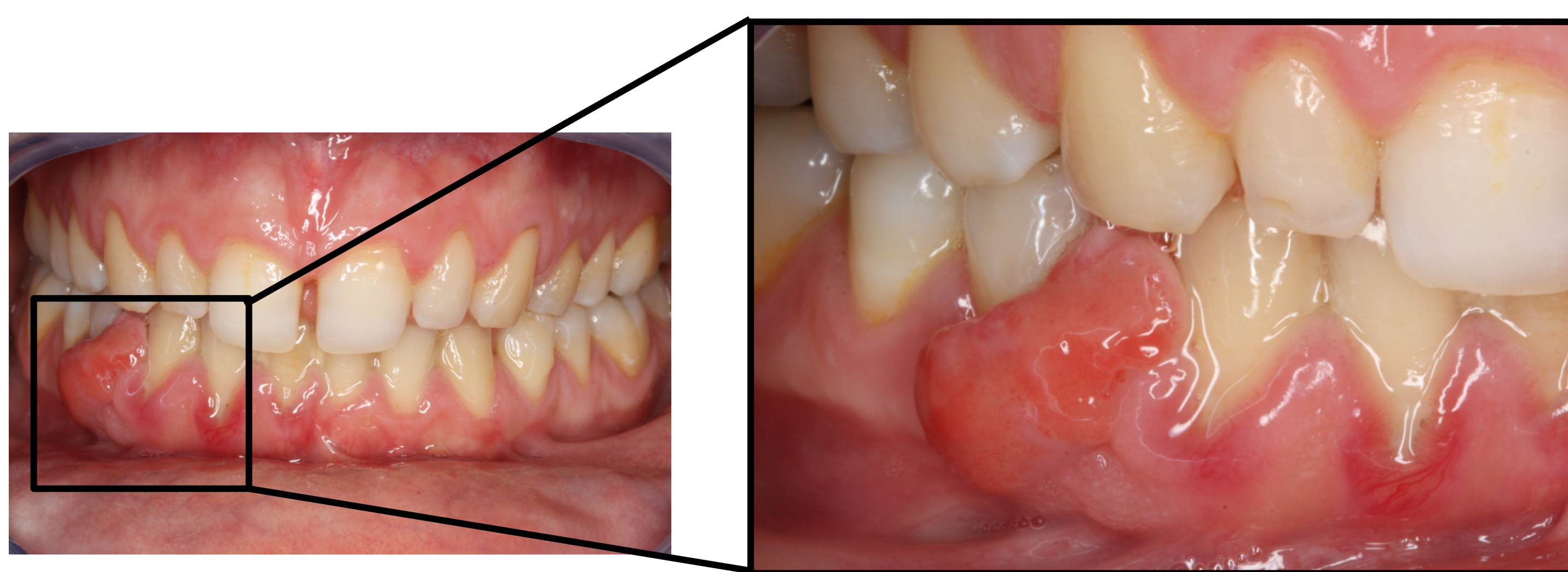


Figura 1: Lesão exofítica envolvendo a papila interdentária dos dente 4.3 e 4.4

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce e tratamento adequado são essenciais na abordagem do fibroma ossificante periférico. A sua elevada taxa de recidiva resulta da incompleta remoção da lesão, da falha na eliminação de fatores irritantes ou da dificuldade na manipulação de tecido devido à sua localização. (2,4) O tratamento deste tipo de lesões consiste na excisão cirúrgica, sendo importante assegurar a existência bordos cirúrgicos livres de lesão, de forma a minimizar os riscos de recidiva. (2,6)

CONCLUSÃO

Todas as lesões exofíticas, incluído aquelas que se enquadram num quadro clínico aparentemente menos agressivo deverão ser sujeitas a avaliação anatomo-patológico destinada a confirmar o diagnóstico clínico.(1,4) No fibroma ossificante periférico, a sua correta exerce cirúrgica e o subsequente *follow-up* assumem particular importância no controlo de recidivas. (1,3,4)

BIBLIOGRAFIA

1. Farquhar, T., et al., Peripheral ossifying fibroma: a case report. J Can Dent Assoc, 2008. 74(9): p. 809-12. 2. Shetty, D.C., et al., Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. Indian J Dent Res, 2011. 22(1): p. 56-61. 3. Yadav, R. and A. Gulati, Peripheral ossifying fibroma: a case report. J Oral Sci, 2009. 51(1): p. 151-4. 4. Das, U.M. and U. Azher, Peripheral ossifying fibroma. J Indian Soc Pedod Prev Dent, 2009. 27(1): p. 49-51. 5. Rawal, Y.B., et al., Slow-growing gingival mass. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2012. 113(2): p. 161-7. 6. Luvizuto, E.R., et al., Peripheral ossifying fibroma. J Craniofac Surg, 2012. 23(1): p. e7-10.

BIÓPSIA EXCISIONAL



Figura 2: Após excisão da lesão



Figura 3: Sutura

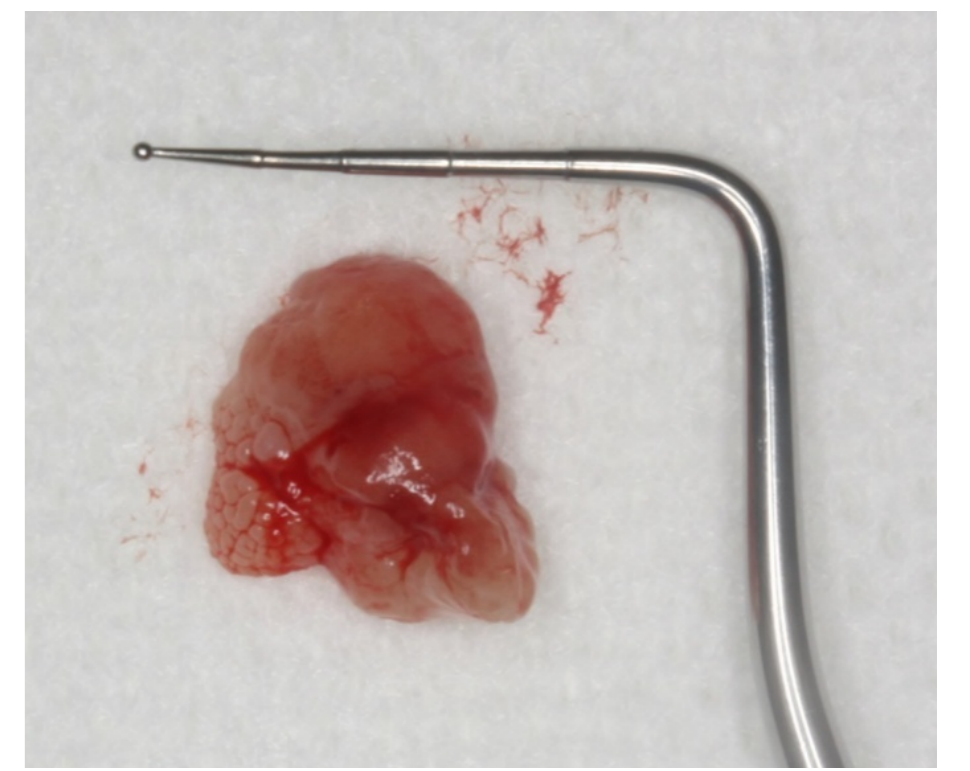


Figura 4: Peça Cirúrgica

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

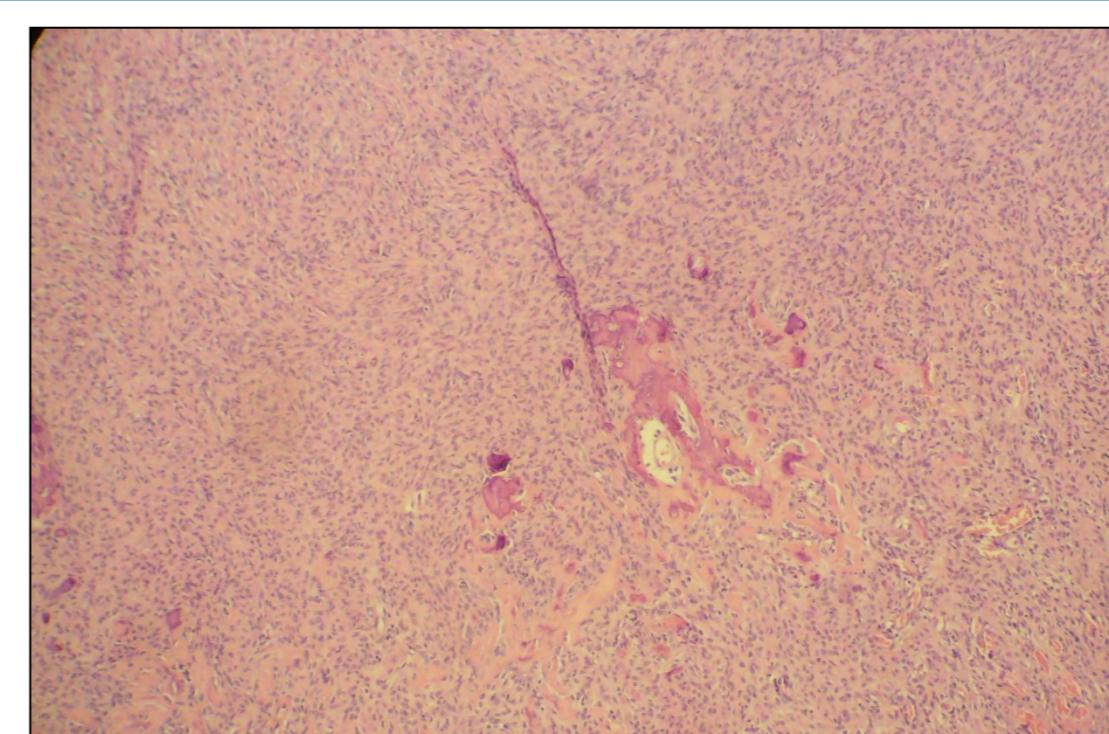


Figura 5: Ampliação 100 x, HE

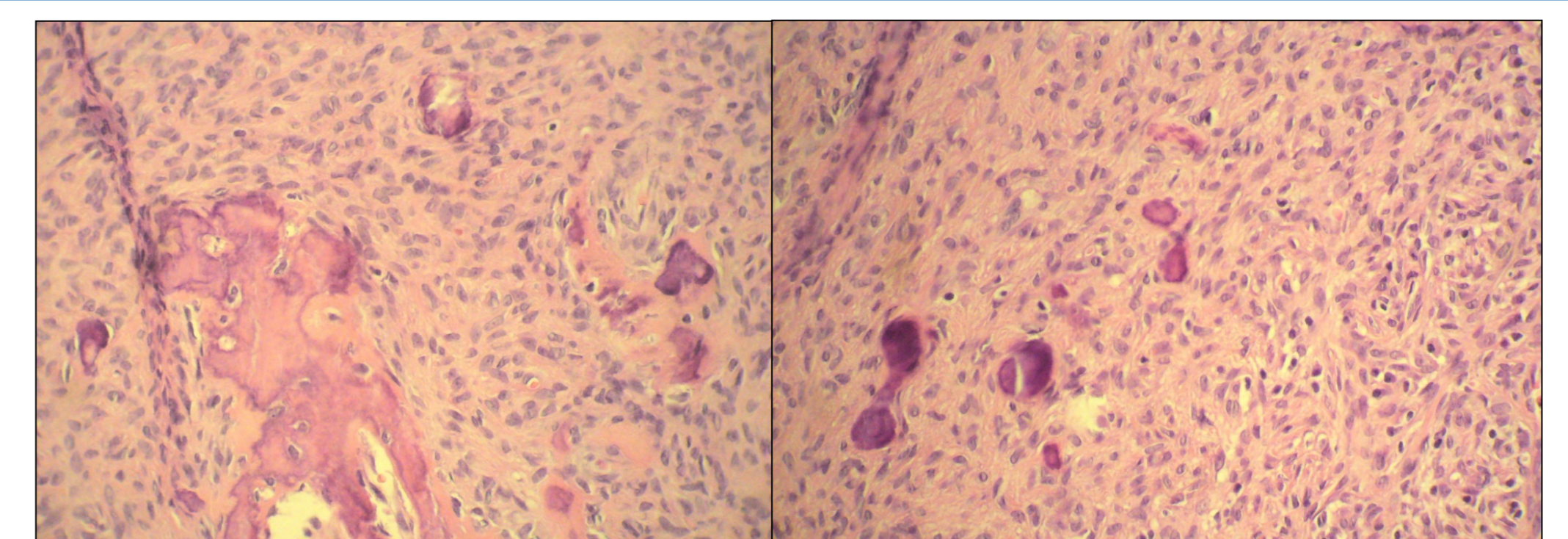


Figura 6 e 7: Ampliação 400 x, HE

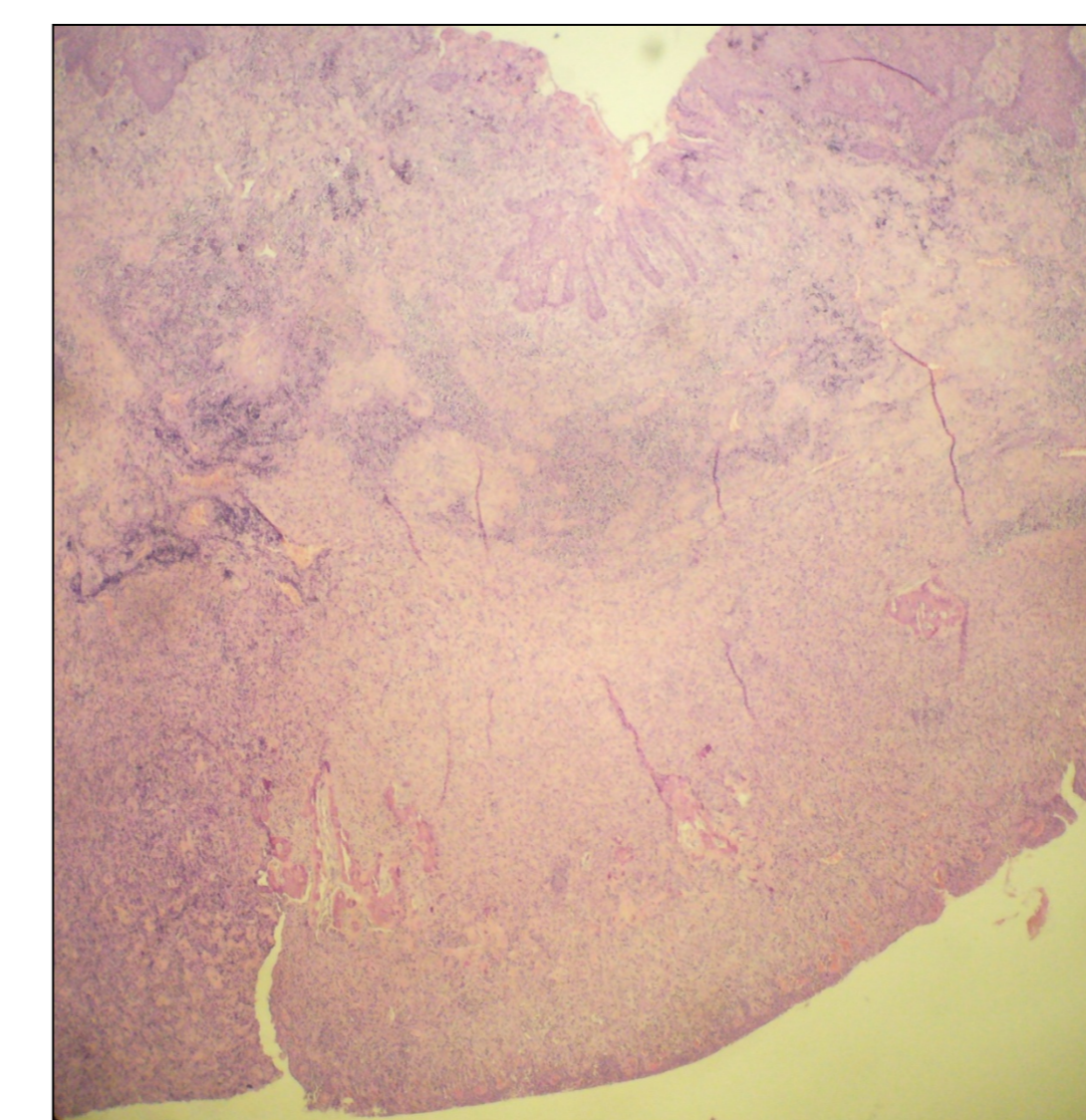


Figura 8: Ampliação 4x; HE

Figura 5, 6 e 7: Proliferação densamente celular, monomorfa, constituída por células pequenas, alongadas, com núcleos ovais, sem evidência de figuras de mitose, a par de osso esponjoso e material calcificado; não se observa hemorragia intersticial.

Figura 8: Observa-se mucosa ulcerada na profundidade da qual existe a lesão, que está presente em toda a extensão do bordo cirúrgico profundo. Verifica-se, também, que não é nítida a transição para o tecido vizinho (o que não é tão típico do fibroma ossificante mas não exclui).

2ª INTERVENÇÃO – COMPROMETIMENTO DE UM DOS BORDOS DA LESÃO



Figura 9: *Follow-up* (2 meses)



Figura 10: Excisão de tecido comprometido

O exame anatomo-patológico revelou “presença de um processo inflamatório intenso e tecido de granulação, não sendo nítida a ausência ou existência de lesão residual anterior”.

FOLLOW-UP



Figura 11: *Follow-up* após a 2ª intervenção -1 semana



Figura 12: *Follow-up* após a 2ª intervenção - 2 meses

AGRADECIMENTOS

Dr^a Maria Teresa Carvalho pelo apoio e disponibilização das imagens histológicas