

CURSO DE ODONTOLOGIA

Rafael Trevizan Mistura

FIBROMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Santa Cruz do Sul

2015

Rafael Trevizan Mistura

FIBROMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Léo Kraether Neto

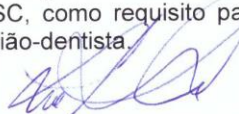
Santa Cruz do Sul

2015

Rafael Trevizan Mistura

FIBROMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação por banca examinadora do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de Cirurgião-dentista.



Prof. Dr. Léo Kraether Neto
Professor Orientador – UNISC



Prof. Me. Jamil Saleh
Professor Examinador – UNISC



Prof. Me. Jorge Ricardo Schmidt Maas
Professor Examinador - UNISC

RESUMO

O Fibroma Odontogênico Periférico (FOP) é uma lesão gengival exófica de crescimento lento, indolor e de coloração semelhante à mucosa normal. Trata-se de uma lesão infrequente, o que configura uma lesão rara. O diagnóstico definitivo é possível somente através da análise histopatológica, pois existem inúmeras alterações que apresentam semelhantes características clínicas. Deve ser considerado para o diagnóstico diferencial o granuloma piogênico, hiperplasia fibroepitelial, fibroma traumático, granuloma periférico de células gigantes e fibroma ossificante periférico. O paciente sujeito deste relato compareceu à clínica de Odontologia da UNISC com alteração gengival de evolução lenta e assintomática. Após propor biópsia excisional e confirmar o diagnóstico de FOP pela análise histopatológica, o paciente recebeu atendimento para outras necessidades odontológicas. O mesmo encontra-se em acompanhamento de 1 ano e seis meses, sem recidiva da lesão e sem sequela ocasionada por sua remoção total.

Palavras-chave: Fibroma, Diagnóstico, Gengiva.

ABSTRACT

The peripheral odontogenic fibroma (POF) is an exophytic lesion, slow-growing, painless and covered by normal appearing mucosa. It is a uncommon injury, wich sets up a rare injury. The definitive diagnosis is possible only through histopathological analysis, because there are many similar lesions. Must be differential diagnosis pyogenic granuloma, fibrous hyperplasia, traumatic fibroma, giant cell fibroma and peripheral ossifying fibroma. The patient report, attended at dental clinic of UNISC, with gingival alteration slow-growing and asymptomatic. After propose excisional biopsy for definitive diagnosis of POF, through histopathologic analysis the patient was treated by other dental necessities. The following up for one year and six months, without recurrence of lesion and sequel by total removal of the lesion.

Keywords: Fibroma, Diagnosis, Gingiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Aumento de volume entre os dentes 22 e 23	13
Figura 2	Radiografias panorâmica e periapical	14
Figura 3	Anestesia local dos tecidos gengivais	15
Figura 4	Incisão elíptica envolvendo a lesão gengival	16
Figura 5	Ferida cirúrgica	16
Figura 6	Incisões verticais para promover retalho e tracionar fechando a ferida cirúrgica	17
Figura 7	Descolamento do retalho	17
Figura 8	Sutura concluída	18
Figura 9	Prescrição medicamentosa	19
Figura 10	Imagem histopatológica. a) Ilha de epitélio odontogênico, b) Tecido fibroso celularizado, c) Áreas basofílicas de calcificação amorfa, d) Vasos sanguíneos	20
Figura 11	Caso nos dias atuais	21
Figura 12	Prontuário odontológico	21

LISTA DE ABREVIATURAS

UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
FOP	Fibroma Odontogênico Periférico
POF	Peripheral odontogenic fibroma (EUA)
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1	Definição	09
2.2	Estudos de prevalência	09
2.3	Características clínicas e radiográficas	10
2.4	Características histopatológicas	11
2.5	Recorrência ou recidiva	11
2.6	Diagnóstico, tratamento e prognóstico.....	12
3	METODOLOGIA.....	13
3.1	Delineamento do estudo.....	13
3.2	Seleção do material bibliográfico.....	13
3.3	Descrição do caso clínico.....	13
3.4	Tratamento.....	16
3.5	Diagnóstico.....	20
3.6	Prognóstico.....	21
3.7	Armazenamento do prontuário.....	22
4	DISCUSSÃO.....	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27
	ANEXO A – Laudo histopatológico.....	29
	ANEXO B – Ofício solicitando autorização da coordenadora da Instituição.....	30
	ANEXO C- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	31
	ANEXO D- Carta de apresentação do projeto de pesquisa.....	32

1 INTRODUÇÃO

O Fibroma Odontogênico Periférico é uma lesão gengival exofítica benigna e de crescimento lento. Segundo Gardner (1980), é considerada uma contraparte extra-óssea do fibroma odontogênico central. Em 1982, Gardner em seu estudo isolado de FOP definiu que o mesmo trata-se de um hamartoma, sendo uma lesão de crescimento focal, que raramente evolui para malignidade. Esta lesão surge como um aumento de volume indolor, podendo aparecer ao longo dos arcos dentários (maxila e mandíbula), geralmente na região anterior. Frequentemente a lesão se apresenta com a mesma coloração da mucosa adjacente, mas pode se apresentar inflamada e ulcerada, mimetizando diversas lesões gengivais. Acomete mais mulheres do que homens, não tendo predileção por raça (PURI; VIJAY; RAJAN, 2014).

Neville et al. (2009) afirmam que o tratamento ocorre através da excisão cirúrgica e quando for inadequada ou insuficiente favorece a recidiva da lesão. Ritwik e Brannon (2010) afirmam que a lesão apresenta recorrência em aproximadamente 50% dos casos. Assim, Narain; Gulati; Yadav (2011) reforçam a importância da remoção cirúrgica completa, como tratamento adequado e suficiente do Fibroma Odontogênico Periférico.

Todos os pacientes com este tipo de lesão devem ser examinados de forma periódica e sistemática para permitir a identificação precoce de recorrência (MICHAELIDES, 1992).

É de suma importância seguir estudando esta condição, pelo fato de ser rara. O profissional deve estar atento as manifestações clínicas para prosseguir com um tratamento adequado as lesões gengivais, a fim de evitar a recorrência e também o fracasso de uma reabilitação.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de paciente atendido na clínica de Odontologia da UNISC, com queixa de alteração gengival.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição

O Fibroma Odontogênico Periférico (FOP) é uma lesão gengival exóftica, geralmente com base séssil, benigna e de crescimento lento. Pode imitar diversas lesões gengivais. Seu surgimento inicia com um inchaço indolor no arco dentário. Pode-se considerar como diagnóstico diferencial hiperplasia fibrosa, fibroma de células gigantes, fibroma ossificante periférico, granuloma de células gigantes e granuloma piogênico (PURI; VIJAY; RAJAN, 2014). Garay et al. (2009) acrescenta que o tamanho da lesão pode variar de 1 a 3 cm de diâmetro.

Gardner em 1980 classificou o FOP como uma variação periférica extra-óssea do fibroma odontogênico central.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Fibroma Odontogênico Periférico como uma neoplasia benigna rara, de origem fibroblástica caracterizada pela presença de epitélio odontogênico.

Segundo Gardner (1982), o FOP é uma lesão de crescimento focal, benigna e raramente evolui para uma lesão maligna, sendo considerado um hamartoma.

2.2 Estudos de prevalência

O FOP é considerado uma lesão infrequente. No estudo de Siar e Ng (2000), foi diagnosticado 1,2% de FOP em relação aos demais tumores odontogênicos. Ladeinde et al. (2005) em seu estudo com 319 casos de tumores odontogênicos, apontou que 2,19 % dos casos foram diagnosticados como FOP.

Ritwik e Brannon (2010) estudaram 151 casos de fibroma odontogênico periférico. Houve maior ocorrência em pacientes da raça branca. A prevalência por arco dentário apresentou preferência maior em mandíbula, sendo a região anterior junto aos incisivos a mais acometida.

No estudo de Kenney; Kaugars; Abbey (1989), 60% dos casos estudados foram descritos em maxila. As regiões dentárias mais frequentes foram incisivos e caninos, o qual apresentou um percentual de 50% dos casos abordados.

Lin et al. (2008) compilaram 25 casos. A média de idade dos pacientes estudados foi de 37 anos (terceira década de vida). A localização mais frequente foi a maxila, nas regiões de canino e pré-molares. Em se tratando de predileção, o estudo apresentou um maior número de casos no sexo feminino.

Segundo Ritwik e Brannon (2010) e Silva et al. (2012) há uma maior taxa de ocorrência entre a segunda e a quarta década de vida.

No estudo de Daley e Wysocki (1994) houve maior prevalência no sexo feminino, onde dos 107 casos estudados, 59 foram do sexo feminino e 48 do sexo masculino. Quanto à localização, o estudo revelou maior incidência na região anterior de mandíbula, seguindo para região anterior de maxila.

2.3 Características clínicas e radiográficas

O Fibroma Odontogênico Periférico geralmente surge como um aumento de volume indolor, podendo aparecer ao longo dos arcos dentários (maxila e mandíbula), geralmente em região anterior. Frequentemente a lesão se apresenta com a mesma coloração da mucosa adjacente, mas pode apresentar-se inflamada e ulcerada. Há uma ampla faixa etária, que se estende desde o primeiro ano de idade até a nona década de vida, tendo maior incidência na terceira década. Estudos apontam um aparecimento mais elevado em mulheres do que em homens, não tendo predileção por raça. Em estudos radiográficos, pode apresentar focos de calcificação interna (PURI; VIJAY; RAJAN, 2014).

Quando acomete o espaço interdentário, muitas vezes causa separação dos dentes adjacentes (MARTELLI-JUNIOR et al., 2006).

As forças e movimentos mastigatórios podem traumatizar e tornar a lesão ulcerada (COBOS; PAYARES; CABALLERO, 2010).

No estudo de Lin et al. (2008), 60% dos casos, num total de 25 casos, apresentaram focos radiopacos aos exames radiográficos intrabucais convencionais.

Para Narain et al. (2011) os estudos radiográficos revelam uma massa de tecido mole, podendo em alguns casos apresentar áreas de calcificação. A lesão, no entanto, não envolve o osso subjacente.

2.4 Características histopatológicas

O aspecto histológico do Fibroma Odontogênico Periférico é complexo e variável. A presença de ilhas epiteliais é o melhor recurso para a conclusão do diagnóstico (DALEY; WYSOCKI, 1994).

Histologicamente, o Fibroma Odontogênico Periférico consiste em uma proliferação de tecido conjuntivo com ilhas de epitélio odontogênico inativo e colágeno abundante, composto por uma ampla quantidade de células fibroblásticas. Pode apresentar sítios de calcificação composto por tecidos dentinóide, cementóide e osteóide (SILVA et al., 2012).

Os aspectos histológicos são semelhantes ao do fibroma odontogênico central, porém, com focos de calcificação de tecidos dentinóide, cementóide e ou osteóide (SILVA et al., 2013).

Nichos de epitélio odontogênico estão espalhados pelo tecido conjuntivo. Focos de dentina, cimento e osso podem estar presentes (PURI; VIJAY; RAJAN, 2014).

As ilhas de epitélio odontogênico em meio ao tecido conjuntivo podem se apresentar de forma abundante ou escassa (GARCIA et al., 2007).

Ao fazer análise de imunohistoquímica, se observa foco de citoqueratina em meio à ilha de epitélio odontogênico e vimentina aos componentes fibroblásticos (SIAR; NG 1996).

2.5 Recorrência ou recidiva

Há pouca informação sobre o comportamento biológico e recorrência desta lesão. No estudo de Ritwik e Brannon (2010) houve uma taxa de 50% (cinquenta por cento) de recorrência. No estudo de Garcia et al. (2007) foi encontrado 17,6% de recorrência. No estudo de Daley e Wysocki (1994), em 38,9% dos casos houve recidiva.

Paul Michaelides (1992) descreveu em seu estudo que a taxa de recorrência é altamente incomum quando a remoção cirúrgica se dá por completa e satisfatória. O acompanhamento dos pacientes após o procedimento cirúrgico é fundamental para permitir identificação precoce da recorrência.

Por causa da escassez de casos relatados e a falta de informações, o Fibroma Odontogênico Periférico é considerado uma lesão rara e sua recorrência é relativamente desconhecida (DALEY; WYSOCHI, 1994).

O prognóstico é excelente quando o tratamento é feito através de excisão local (PURI; VIJAY; RAJAN, 2014).

2.6 Diagnóstico, Tratamento e Prognóstico

Aquino et al. (2010) alega que o diagnóstico final em patologia oral e estomatologia se fundamenta entre o que se obtém de forma clínica e os aspectos histopatológicos presentes, por isso é importante realizar a remoção cirúrgica da peça e mandar o material para análise histológica.

O tratamento de Fibroma Odontogênico Periférico é garantir a remoção cirúrgica completa da lesão gengival (NARAIN; GULATI; YADAV, 2011).

É de extrema importância realizar o acompanhamento pós-operatório, para que se houver recorrência, esta seja diagnosticada antes de seu desenvolvimento (SILVA et al., 2012).

3.0 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Este trabalho foi um estudo de caso clínico.

3.2 Seleção do material Bibliográfico

O material bibliográfico foi composto por livros e artigos da biblioteca central da Universidade de Santa Cruz do Sul e artigos científicos e revistas que foram coletados nas seguintes bases de dados: PubMed, BIREME, LILACS, Scielo, Google Acadêmico e Portal da Capes. Este material é referente ao período de 1980 a 2014. Para a seleção dos artigos, a procura foi feita a partir das palavras chaves: *fibroma*, *diagnóstico*, *gengiva*.

Os artigos selecionados foram em português, inglês e espanhol.

3.3 Descrição do caso clínico

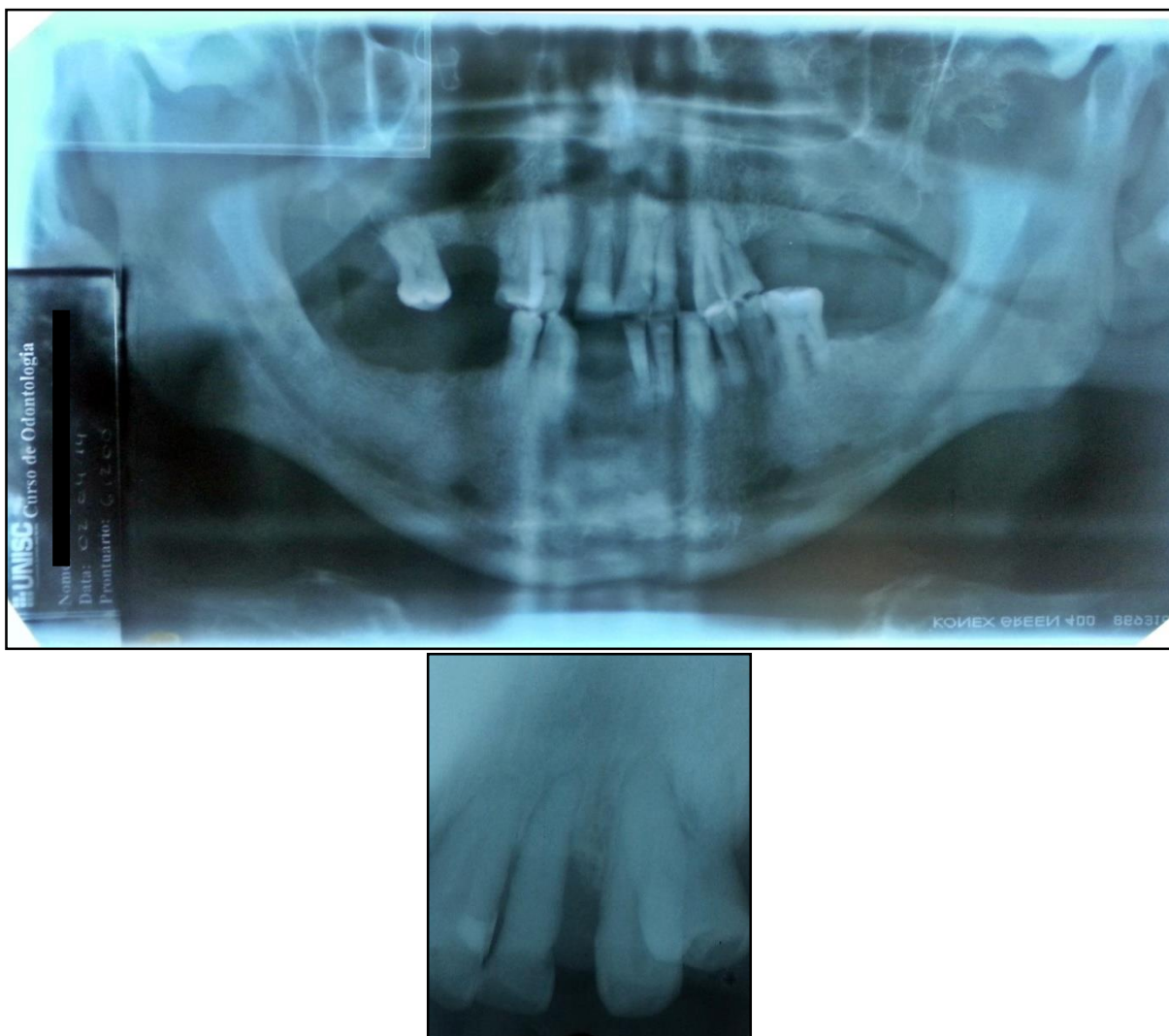
Paciente J.M.P., gênero masculino, melanoderma, 57 anos, compareceu a clínica de Odontologia do Pró-Saúde, situada no ESF Glória-Imigrante para tratamento de rotina. No exame clínico foi observado aumento de volume gengival entre os dentes 22 e 23 (figura 1). Segundo informação do paciente, esta condição existe há 10 anos, é assintomática quanto a dor e esporadicamente sangrante ao estímulo tátil. Foram realizadas radiografias panorâmica e periapical como exames complementares por imagem para diagnóstico (figura 2). O exame clínico inicial foi realizado no primeiro semestre de 2014.

Figura 1: Aumento de volume entre os dentes 22 e 23



Fonte: Acervo do aluno.

Figura 2: Radiografias panorâmica e periapical



Fonte: Prontuário Odontológico.

Na análise dos exames radiográficos não foi observada nenhuma rarefação óssea da região anterior da maxila por conta da lesão, mas separação dos dentes 22 e 23 pela grande perda de inserção óssea. Como o paciente apresentava situação periodontal desfavorável, reabsorção óssea ao redor dos dentes remanescentes apresentava-se de forma generalizada.

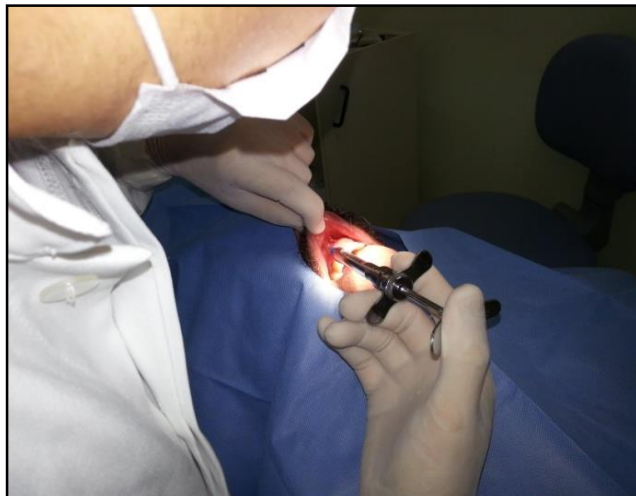
Para tratamento completo havia necessidade inicial de diagnóstico da lesão gengival. Para tal, a biópsia excisional foi indicada e realizada.

3.4 Tratamento

O tratamento para a condição gengival foi a remoção cirúrgica, com envio do material (fixado em formol 10%) para o laboratório de histopatologia do Curso de Odontologia da UNISC.

O procedimento cirúrgico iniciou com anestesia local dos tecidos gengivais, utilizando seringa carpule da marca Duflex® (SS WHITE ARTIGOS DENTÁRIOS LTDA., Rio de Janeiro, RJ) (figura 3) e o sal anestésico utilizado foi lidocaína ALPHACAINE 100 da marca DFL® (INDÚSTRIA E COMÉRCIO S.A., Rio de Janeiro, RJ). A seguir, foi realizada incisão elíptica englobando a lesão, com lâmina de bisturi 15 da marca Solidor (Suzhou Kyuan Medical App. Co. Ltd., China) acoplada a cabo de bisturi número 3 da marca JON®(Produtos Odontológicos., São Paulo, SP) (figura 4).

Figura 3: Anestesia local dos tecidos gengivais



Fonte: Acervo do aluno.

Figura 4: Incisão elíptica envolvendo a lesão gengival



Fonte: Acervo do aluno.

Ao remover a lesão gengival, restou uma ferida cirúrgica extensa (figura 5), com exposição do osso alveolar entre os dentes envolvidos. Para fechá-la por primeira intenção, foi necessário um retalho deslocado do fundo de sulco, realizado com duas incisões verticais, com origem nas margens da ferida cirúrgica (figura 6). O retalho foi descolado com instrumento Molt da marca Neumar® (Instrumentos Cirúrgicos Ltda., São Paulo, SP) (figura 7), e tracionado sem tensão.

Figura 5: Ferida cirúrgica



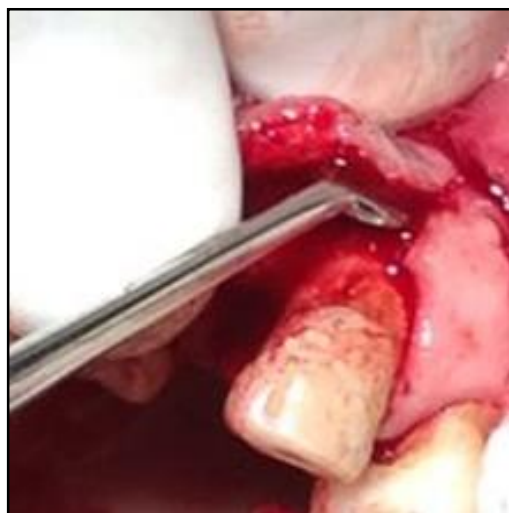
Fonte: Acervo do Aluno.

Figura 6: Retalho para promover completo fechamento da ferida cirurgica



Fonte: Acervo do aluno.

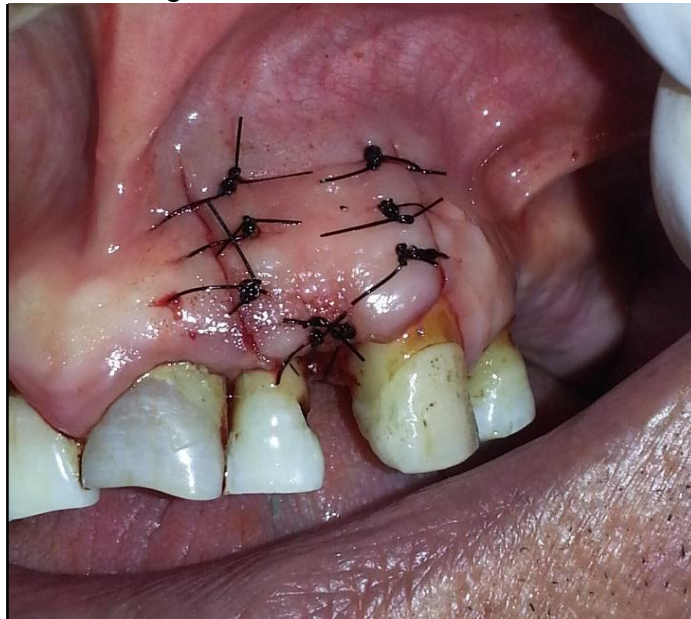
Figura 7: Descolamento do retalho



Fonte: Acervo do Aluno.

O retalho foi reposicionado e suturado com porta agulha Mayo Hegar da marca Golgran® (Indústria e Comércio de Instrumentos Odontológicos Ltda., São Caetano do Sul, SP), e fio agulhado mononylon 4.0 da marca Shalon® (Shalon Suturas, São Luis M. Belos, GO) (figura 8).

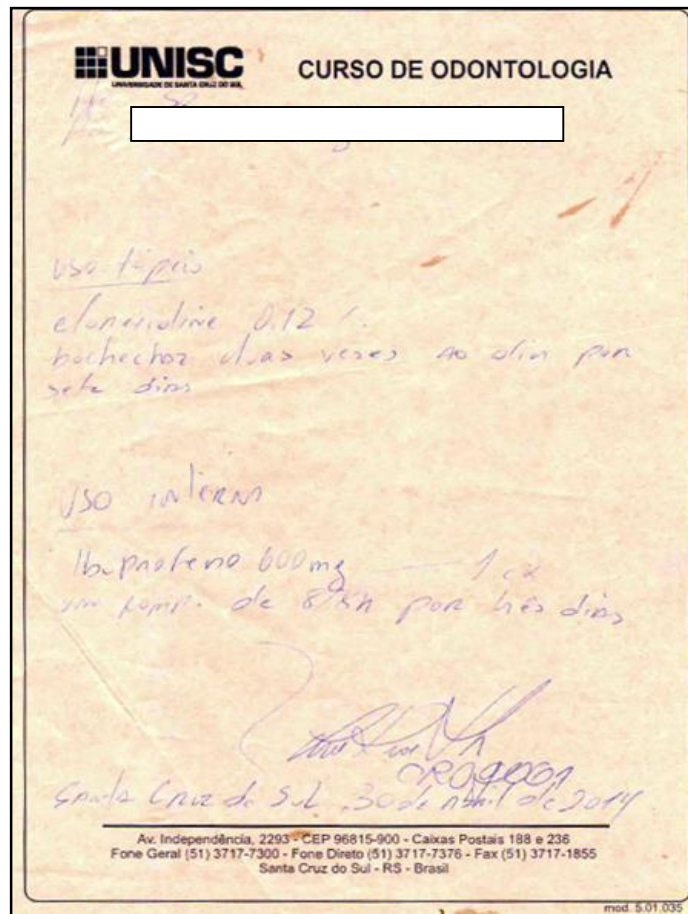
Figura 8: Sutura concluída



Fonte: Acervo do aluno.

Finalizado o procedimento cirúrgico, o paciente recebeu orientações pós-operatórias como: evitar exposição ao sol, dieta a base de alimentos frios e pastosos por no mínimo 48h, repouso sem esforço, deitar-se com a cabeça mais elevada, higienização com escova e fio dental evitando o local operado, utilizar bochechos pouco vigorosos com anti-séptico bucal à base de clorexidina 0,12% e para controle da dor e inflamação, fazer uso interno de Ibuprofeno 600mg por três dias (figura 9).

Figura 9: Prescrição medicamentosa

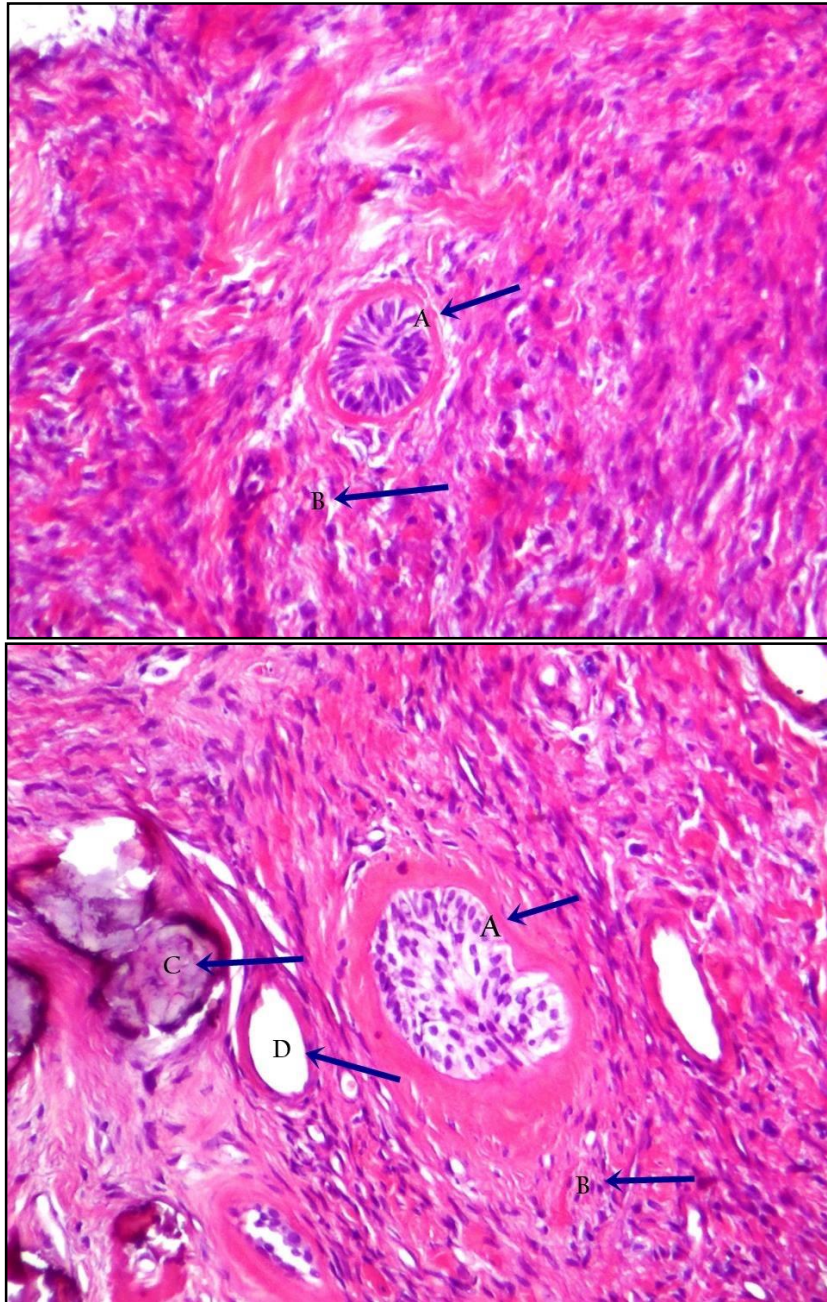


Fonte: Acervo do Aluno.

3.5 Diagnóstico

O diagnóstico definitivo da lesão foi confirmado através de análise histopatológica junto ao laboratório da Universidade de Santa Cruz do Sul (figura 10).

Figura 10: Imagem histopatológica. a) Ilha de epitélio odontogênico. b) Tecido fibroso celularizado. c) Áreas basofílicas de calcificação amorfa. d) Vasos sanguíneos.



Fonte: Acervo do Aluno.

3.6 Prognóstico

O paciente foi acompanhado por um ano e seis meses. Não foi observado nenhum sinal de recorrência, como mostra a figura 11.

Figura 11: Caso nos dias atuais



Fonte: Acervo do aluno.

3.7 Armazenamento do prontuário

O prontuário do paciente com seus dados e procedimentos realizados ficará armazenado no acervo de documentos do Curso de Odontologia da UNISC por tempo indeterminado (figura 12).

Figura 12: Prontuário Odontológico

The form includes the following sections:

- Dados Pessoais:** Patient ID 61200, Name LÍDIA TERESA PEREIRA, N.º 140270.
- Anamnese:** Questions about medical history, such as "Está atualmente sob tratamento médico?" (No) and "Tem pressão arterial alta ou baixa?" (No).
- Emergência Médica:** A section for recording any medical emergencies.
- Tratamento Realizado:** A table with columns for Date, Dente (Tooth), Face, Tratamento/Material/Cor (Treatment/Material/Color), Nome do Aluno (Student Name), and Nome e assinatura do Professor (Professor Name and Signature). It contains numerous entries of dental procedures.

Fonte: Acervo da UNISC.

4 DISCUSSÃO

O Fibroma Odontogênico Periférico (FOP) foi descrito inicialmente por Gardner et al. (1980) como sendo uma variação periférica do Fibroma Odontogênico Central. Com o passar dos anos, os estudos foram avançando e Daley e Wysocki (1994); Silva et al. (2013); e Puri; Vijay; Rajan (2014) entre outros, concordaram com Gardner. Atualmente, esta lesão também é conceituada como FOP pela Organização Mundial da Saúde e representa uma neoplasia benigna rara, de origem fibroblástica com presença de epitélio odontogênico.

Conforme Garay et al. (2009); Puri; Vijay; Rajan (2014) o FOP aparece como uma massa de crescimento lento e geralmente de base séssil, sempre recoberta por mucosa normal, o que comprova-se por nossa descrição do caso clínico.

Os estudos de Daley e Wysocki (1994); Martelli-Junior (2006); Garcia et al. (2007); Silva et al. (2012) e Silva et al. (2013) confrontam de forma diferente com o presente caso em relação ao gênero.

O fibroma odontogênico periférico ocorre principalmente em mandíbula, conforme os estudos de Ritwik e Brannon (2010); Silva et al. (2012) e Puri; Vijay; Rajan (2014), não sendo condizente com o presente estudo de caso, o qual ocorreu em maxila.

A faixa etária é bastante variável. Silva et al. (2012), em seu estudo mostra que ocorre entre a segunda e quarta década de vida, concordando com Ritwik e Brannon (2010). No estudo de Kenney; Kaugars; Abbey (1989) houve maior número de casos entre a segunda e quinta década de vida. Martelli-Junior et al. (2006) alegou em seus estudos que o FOP ocorre de 2 a 80 anos de idade, porém, apresentou um caso ocorrido em um recém-nascido.

Sob o aspecto frequência, Siar e Ng (2000) relataram que o diagnóstico de Fibroma Odontogênico Periférico é de 1,2% em relação a outros tumores odontogênicos, mostrando-se infrequente. Ladeinde et al. (2005) encontrou na Nigéria 2,19% de fibromas odontogênicos periféricos, num total de 319 casos de tumores odontogênicos.

Segundo Puri; Vijay; Rajan (2014) o fibroma odontogênico periférico geralmente não envolve osso subjacente, porém, algumas vezes pode apresentar focos de calcificação surpreendidos radiograficamente. Neste relato, não houve

envolvimento ósseo e tampouco foram observados focos radiopacos no exame radiográfico convencional.

A biópsia excisional com garantia de remoção completa da lesão gengival deve ser o tratamento de escolha, segundo Narain et al. (2011) e Silva et al. (2012). Conforme Cobos; Payares; Caballero (2010), o tratamento dessa lesão deve ser a excisão cirúrgica a nível de periósteo, a fim de evitar recorrência. Diante do aspecto físico e ausência de quaisquer características de malignidade, optou-se para o paciente, sujeito de relato, a mesma abordagem.

O processo diagnóstico de FOP é dificultado por haver diagnósticos diferenciais com as mesmas características clínicas. Podemos considerar lesões mimetizantes: hiperplasia fibrosa, fibroma de células gigantes, fibroma ossificante periférico, granuloma de células gigantes e granuloma piogênico (PURI; VIJAY; RAJAN, 2014). É imprescindível o estudo histopatológico de todas as lesões, especialmente para se chegar ao diagnóstico conclusivo. Aquino et al. (2010), reforça esta preocupação mencionando que o diagnóstico final em patologia oral e estomatologia se fundamenta em comparação entre o que se obtém de forma clínica e os aspectos microscópicos presentes.

O prognóstico é bastante variável, com controvérsias na literatura. Esta situação está associada ao baixo número de casos. Daley e Wysocki (1994) em seu estudo, encontraram 38,9 % de recorrência, Garcia et al. (2007) 17,6 %, e Ritwik e Brannon (2010) 50 %. Daley e Wysocki (1994) ressaltam que a recorrência é desconhecida devido a pouca informação acerca do comportamento desta lesão.

O acompanhamento pós-operatório e a preservação dos casos, segundo Silva et al. (2012) deve ser minucioso e sistemático, especialmente quando a lesão não tenha sido removida completamente. Nestes casos a recidiva pode ocorrer e deverá ser tratada o mais breve possível. Paul Michaelides (1992) afirma que quando a remoção cirúrgica se dá por satisfatória, a recorrência é incomum. Puri; Vijay; Rajan (2014) afirmam que o prognóstico é excelente quando o tratamento é feito através de excisão local.

Com relação aos aspectos histológicos, Silva et al. (2012) refere que o FOP apresenta um abundante tecido conjuntivo com ilhas de epitélio odontogênico inativo. Observa-se, portanto, fibras colágenas, e inúmeras células fibroblásticas, demonstrando fibroplasia tecidual. Alguns sítios de calcificação na forma de cemento, dentina e/ou osso ainda podem fazer parte do quadro histopatológico. Segundo Garcia

et al. (2007), o epitélio odontogênico presente, pode se apresentar abundante ou escasso. Assim, os aspectos histológicos são semelhantes ao do fibroma odontogênico central, porém, com focos de calcificação de tecidos dentinóide, cementóide e/ou osteóide, segundo Silva et al. (2013). No presente estudo de caso, os achados histopatológicos condizem com os da literatura. Apresenta ilha de epitélio odontogênico em meio ao tecido fibroso e áreas basofílicas de calcificações amorfas.

Foi realizado um estudo de imunohistoquímica por Siar e Ng (1996) com a finalidade de identificar proteína S-100, citoqueratina, vimentina e desmina nas amostras de FOP. Os resultados apresentaram focos positivos para citoqueratina internamente às ilhas de epitélio odontogênico e o epitélio oral de superfície não apresentou positividade para este anticorpo. A proteína S-100 e desmina não foram detectadas nos componentes epiteliais nem nos fibroblásticos. A vimentina se mostrou positiva no componente fibroblástico. O estudo de Daley e Wysocki (1994) foi semelhante ao anterior. As ilhas de epitélio odontogênico foram coradas somente com queratina. As células granulares (componentes fibroblásticos) foram coradas com vimentina.

Para Ritwik e Brannon (2010), é importante o estudo dessa condição pelo fato de ser rara e a histogênese ainda não ser completamente estabelecida, merecendo ser referida e relatada.

Por se tratar de uma lesão infrequente, é importante que se trace um perfil epidemiológico, contrastado com os poucos achados na literatura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos com este trabalho, sugere-se que no momento em que se está realizando exame físico dos pacientes e se percebe algum crescimento gengival, é importante realizar o diagnóstico adequado, bem como indicar e planejar o tratamento resolutivo. Somente o aspecto físico das lesões gengivas exofíticas não é suficiente para o diagnóstico definitivo. É necessária a complementação da análise histopatológica, após biópsia total ou parcial, com uso de técnicas rotineiras de coloração, mas em algumas situações há necessidade de complementação imunohistoquímica.

Uma anamnese rica em informações sempre deve ser praticada. Frente à presença de alterações e/ou lesões gengivais, as seguintes perguntas devem ser dirigidas ao paciente:

- 1- há quanto tempo você possui essa lesão?
- 2- é indolor?
- 3- sangramento espontâneo ao toque ou a escovação?
- 4- se há crescimento, qual é o seu ritmo?

O mesmo cuidado deve haver com relação aos seguintes aspectos:

- 1- houve afastamento de dentes;
- 2- houve mudança de coloração.

Após diagnóstico definido, deve-se fazer acompanhamento sistemático, observando possíveis recidivas.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, S. N. et al. Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais. *RGO – Rev Gaúcha Odontol*, v. 58, n. 3, p. 345-349, 2010.
- COBOS, R.; PAYARES, C.; CABALLERO, D. Fibroma periférico odontogênico: a propósito de un caso. *Avances en odontoestomatología*, v. 26, n. 4, p. 183-387, 2010.
- DALEY, T. D.; WYSOCKI, G. P. Peripheral Odontogenic Fibroma. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, v. 78, n.3, p. 329-336, 1994.
- GARAY, F. et al. Fibroma odontogênico periférico: o propósito de 2 casos clínicos. *Odontoestomatologia*. v. 11, n. 12, p. 28-33, 2009.
- GARCIA, B. G. et al. Retrospective analysis of peripheral odontogenic fibroma (WHO-type) in Brazilians. *Minerva Stomatologica*, v. 56, n. 3, p. 115-9, 2007.
- GARDNER, D. G. The central odontogenic fibroma: an attempt at clarification. *Oral Surg*, v. 50, n. 5, p. 425-32, 1980.
- GARDNER, D. G. The peripheral odontogenic fibroma: an attempt at clarification. *Oral Surg Oral Med, Oral Pathol*, v. 54, n. 1, p. 40-8, 1982.
- KENNEY, J. N.; KAUGARS, G. E.; ABBEY, L. M. Comparison Between the Peripheral Ossifying Fibroma and Peripheral Odontogenic Fibroma. *J Oral Maxillofac Surg*. v. 47 p. 878-382, 1989.
- LADEINDE, A. L. et al. Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod*, v. 99, n. 2, p. 191-5, 2005.
- LIN, C. et al. Peripheral Odontogenic Fibroma in a Taiwan Chinese Population: A Retrospective Analysis. *Kaoshiung J Med Sci*, v. 24, n. 8, p. 415-421, 2008.
- MARTELLI-JUNIOR, H. et al. Peripheral odontogenic fibroma (WHO type) of the newborn: a case report. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 16, p. 376-379, 2006.
- MICHAELIDES, Paul L. Recurrent Peripheral Odontogenic Fibroma of the Attached Gingiva: A Case Report. *J Periodontol*, v. 63, n. 7, p. 645-647, 1992.
- NARAIN, S.; GULATI, A.; YADAV, R. Peripheral Odontogenic Fibroma – A clinic pathologic presentation and differential diagnosis. *Journal of Clinical Dental Science*, v. 2, n. 4, p. 21-24, 2011.
- NEVILLE, B. W. et al. *Oral and maxillofacial pathology*. 3 ed. Philadelphia: WB. Saunders, 2009, p. 727-9.

PURI, A. A.; VIJAY, G.; RAJAN, S. Peripheral Odontogenic Fibroma: A clinic pathologic case report. *International Journal of Dental and Health Sciences*, v. 1, n. 1, p. 104-109, 2014.

RITWIK, P.; BRANNON, R. B. Peripheral odontogenic fibroma: a clinic pathologic study of 151 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol*, v. 110, n. 3, p. 357-363, 2010.

SIAR, C. H.; NG, K. H. An immunohistochemical study of two cases of either peripheral odontogenic fibroma (WHO type) or peripheral ameloblastoma. *J. Nihon Univ. Sch. Dent*, v. 38, n. 1, p. 52-56, 1996.

SIAR, C. H.; NG, K. H. Clinic pathological study of peripheral odontogenic fibroma (WHO type) in Malaysians (1967–95). *Br J Oral Maxillofac Surg*, v. 38, p. 19-22, 2000.

SILVA, B. S. F. et al. Peripheral odontogenic fibroma: case report of a rare tumor mimicking a gingival reactive lesion. *Revista de odontologia da UNESP*, v. 41, n. 1, p. 64-67, 2012.

SILVA, C. A. B. et al. Peripheral Odontogenic Fibroma: An Uncommonly Overlooked Lesion. *The Journal of Craniofacial Surgery*, v. 24, n. 3, p. 216-219, 2013.

www.who.int

ANEXO A - Laudo histopatológico

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA
LABORATÓRIO DE HISTOLOGIA E PATOLOGIA**

Laudo de Exame AnatomopatológicoExame nº: **0726/14**

Prontuário nº:

61200

Identificação do Paciente:

Nome: **José Miguel Pereira****02/07/14**

Data:

Descrição do Material:

Localização: entre dentes 22 e 23, gengival.

Material encaminhado por: Estágio I (Prof. Leo Kraether Neto) - Curso de Odontologia – UNISC.

Macroscopia:

Um fragmento de tecido rígido, superfície lisa, formato irregular e coloração esbranquiçada. Mede 8 x 7 x 5 mm. Ao corte apresenta interior maciço. Bloco I – 03 peças. D.R.D.

Microscopia:

O corte exhibe mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado hiperplásico. O conjuntivo é fibroso celularizado com presença de ilhas de epitélio odontogênico. Calcificações amorfas basofílicas também são observadas no interior do tecido conjuntivo.

Diagnóstico:**Fibroma odontogênico periférico.****Patologista Responsável:**

Michele Gassen Kellermann, CD

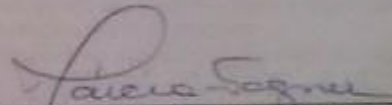
CRO-RS 15307

ANEXO B**OFÍCIO SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA INSTITUIÇÃO****DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

Santa Cruz do Sul, 03 de junho de 2015.

Eu, Prof. Dra. Márcia Helena Wagner coordenadora do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, declaro ter conhecimento do Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso "FIBROMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO" que será desenvolvido pelo acadêmico do Curso de Odontologia da UNISC Rafael Trevizan Mistura, sob orientação do Prof. Dr. Leo Kraether Neto.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Márcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia da
UNISC

Prof. Dra. Márcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FIBROMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FIBROMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Este trabalho tem por objetivo tratar lesão gengival através de remoção cirúrgica, acompanhar o paciente ao longo do tempo para verificar comportamento após cirurgia e poder verificar a interferência no plano de reabilitação do paciente. O caso será realizado na clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, e a lesão será encaminhada ao laboratório de Patologia da mesma Universidade.

Com a execução deste procedimento o paciente será beneficiado com o diagnóstico da lesão em gengiva e plano de reabilitação. Terá também benefício científico, pelo fato de este tipo de lesão ser raro. O caso não apresenta riscos ou complicações ao paciente. O projeto não apresenta nenhum tipo de patrocínio.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serão submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é 160 X RAFAEL (FONE 9990 4355)
 O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.
 O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data 02/06/2015


 JOSE MIGUEL PEREIRA
 Paciente


 RAFAEL TREVIZAN MISTURA
 Acadêmico do Curso de Odontologia

ANEXO D**CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

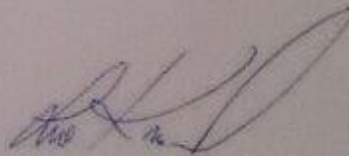
Carta de apresentação do Projeto de Pesquisa

Santa Cruz do Sul, 02 de maio de 2015

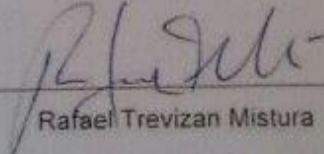
Este Projeto de pesquisa intitulado "FIBROMA ODONTOGÊNICO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO CLÍNICO" foi realizado pelo aluno Rafael Trevizan Mistura, sob orientação da Professor Dr. Leo Kraether Neto, como requisito da disciplina de Seminário de trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Declaramos estar cientes do conteúdo deste projeto de pesquisa aqui apresentado.

Atenciosamente,



Dr. Leo Kraether Neto



Rafael Trevizan Mistura