

# Fibroma Cimento-ossificante Periférico – Relato de Caso Clínico

## *Peripheral Cemento-ossifying Fibroma – a Case Report*

Gibson Luiz Pilatti\*  
Fábio André dos Santos\*\*  
Ana Maria Pires Soubhia\*\*\*

Samira Cavina Passareli\*\*\*\*  
Carolina Scaramella Moreira\*\*\*\*

Pilatti GL, Santos FA dos, Soubhia AMP, Passareli SC, Moreira CS. Fibroma cimento-ossificante periférico – relato de caso clínico. Rev Int Cir Traumatol Bucomaxilofacial 2005; 3(9):26-30.

O fibroma cimento-ossificante periférico é uma lesão benigna, pediculada ou sésil, podendo apresentar-se eritematosa, com coloração semelhante a da gengiva normal, ou com áreas esbranquiçadas. Geralmente possui consistência firme à palpação. Origina-se a partir do ligamento periodontal e geralmente está associada a presença de fatores irritantes locais. Localiza-se, na maioria das vezes, na gengiva inserida e tem predomínio no sexo feminino. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de fibroma cimento ossificante periférico de uma paciente de sexo feminino, com 31 anos de idade, não fumante, a qual apresentava periodontite crônica generalizada e intenso quadro inflamatório possivelmente relacionado ao uso de contraceptivo oral. Durante exame físico, observou-se a presença de uma lesão na região de rebordo edêntulo da mandíbula (região de dente 46), com dimensões de 12x10x8mm. Foi realizado tratamento periodontal básico, antibioticoterapia, substituição do contraceptivo oral Ciclo 21® por contraceptivo trifásico (Triquilar®) e biópsia excisional da lesão, a qual confirmou o diagnóstico clínico inicial. Observou-se um adequado reparo na região, com ausência de recidiva após preservação ao longo de doze meses.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fibroma cimento-ossificante periférico; Gengiva; Diagnóstico; Tratamento.

### INTRODUÇÃO

O fibroma cimento-ossificante periférico é uma lesão benigna, assintomática, pediculada ou sésil, podendo apresentar coloração semelhante a da gengiva marginal ou aparecer eritematoso com áreas esbranquiçadas e/ou ulceradas. Possui consistência firme à palpação e geralmente está associado a um trauma, presença de cálculo dental, restaurações com excesso cervical, próteses mal adaptadas, raízes residuais ou corpos estranhos

no sulco gengival (Araújo, Araújo, 1984; Boraks, 1999; Ferraz, Nogueira, 1998; Neville *et al.*, 1998; Mesquita *et al.*, 1996; Moreira *et al.*, 1998; Silva *et al.*, 1987; Tagliavini *et al.*, 1987; Tommasi, 1982; Walters *et al.*, 2001).

Sua etiologia ainda não está bem clara, entretanto, a ocorrência deste tipo de lesão parece estar associada às células do ligamento periodontal (Mesquita *et al.*, 1996; Moreira *et al.*, 1998; Silva *et*

\* Mestre e Doutor em Periodontia; Professor Adjunto do Departamento de Odontologia – Universidade Estadual de Ponta Grossa – PR; Rua Xavier da Silva, 440/ap.42 – CEP 84010-250, Ponta Grossa, PR; e-mail: gibsonluiz@uol.com.br

\*\* Mestre e Doutor em Periodontia; Professor Adjunto do Departamento de Odontologia – Universidade Estadual de Ponta Grossa – PR

\*\*\* Professora Assistente Doutora do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica – Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

\*\*\*\* Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – PR

al., 1987; Tagliavini *et al.*, 1987; Walters *et al.*, 2001). O fibroma cimento-ossificante periférico pode exibir, radiograficamente, calcificações radiopacas no seu interior, porém nem todas as lesões apresentam estas características (Moreira *et al.*, 1998; Silva *et al.*, 1987; Tommasi, 1982; Walters *et al.*, 2001). Localiza-se na maioria das vezes na gengiva e, usualmente, se originando a partir da papila interdental. Possui predileção pelo sexo feminino, sendo mais freqüente entre as idades de 25 a 35 anos. Pode, no entanto, acometer pessoas de qualquer idade (Ferraz, Nogueira, 1998; Neville *et al.*, 1998; Mesquita *et al.*, 1996; Moreira *et al.*, 1998; Silva *et al.*, 1987; Tommasi, 1982; Walters *et al.*, 2001).

Histologicamente, o fibroma cimento-ossificante periférico pode apresentar epitélio estratificado intacto ou ulcerado. Frequentemente, o componente fibroblástico profundo é celular, especialmente nas áreas de mineralização. Os tecidos mineralizados podem consistir de osso, cimento, calcificações distróficas ou uma combinação de cada (Ferraz, Nogueira, 1998; Neville *et al.*, 1998; Mesquita *et al.*, 1996; Sakuma *et al.*, 1998; Silva *et al.*, 1987; Tagliavini *et al.*, 1987; Walters *et al.*, 2001).

O tratamento é cirúrgico, com uma freqüência de recidiva relativamente alta, em torno de 16% a 20% (Neville *et al.*, 1998; Tagliavini *et al.*, 1987; Walters *et al.*, 2001). A lesão deve ser excisada subperiosticamente, porque as recidivas são mais comuns se a base da lesão permanecer. Além disso, os dentes adjacentes devem ser vigorosamente raspados, para eliminar qualquer possível fator irritante local. O fibroma cimento ossificante periférico não atinge grandes dimensões, não origina metástase e não sofre transformação maligna.

O objetivo deste trabalho é relatar as características clínicas e histopatológicas de um caso de fibroma cimento-ossificante periférico.

### RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente G.T., 31 anos, sexo feminino, não fumante e sem alterações sistêmicas foi encaminhada ao curso de especialização de Periodontia da EAP- ABO/ PG para terapia periodontal. Frente à anamnese a paciente relatou fazer uso de contraceptivo oral (Ciclo 21). Ao exame físico intra-bucal constatou-se a presença de periodontite crônica moderada a avançada, com alterações inflamatórias condizentes com a presença de alterações hormonais (Figura 1). Além disso, foi detectada a presença de uma lesão na região de rebordo

edêntulo da mandíbula (entre os dentes 45 e 47), de base sésil, consistência firme à palpação, indolor, superfície hiperqueratinizada e com dimensões aproximadas de 12x10x8mm (Figura 2). Ao exame radiográfico, observou-se discreta radiopacidade no interior da lesão (Figura 3), características clínicas estas compatíveis com fibroma cimento-ossificante periférico.



FIGURA 1: *Aspecto clínico inicial demonstrando periodontite crônica generalizada, com intensa inflamação, grande quantidade de placa bacteriana e cálculo dental.*



FIGURA 2: *Aspecto clínico da lesão, de base pediculada e consistência firme à palpação.*



FIGURA 3: *Aspecto radiográfico da lesão demonstrando pontos de calcificação em seu interior.*

Após a realização do tratamento periodontal básico, incluindo orientação de higiene bucal, raspagem, alisamento radicular e antibioticoterapia com metronidazol 400mg a cada oito horas, durante sete dias, observou-se uma expressiva regressão dos sinais clínicos da doença periodontal (profundidade clínica de sondagem, sangramento à sondagem e supuração), mantendo-se ainda certo grau de inflamação na região anterior, mesmo sob adequado controle de placa dental pela paciente. Foi sugerido à paciente a substituição do contraceptivo oral Ciclo 21 por contraceptivo trifásico (Triquilar®), sob orientação médica, o que contribuiu para a remissão do quadro inflamatório após três a quatro semanas (Figura 4). Nenhuma alteração foi observada na região da lesão.



**FIGURA 4:** Após a conclusão da terapia periodontal básica, medicação antibiótica e substituição da especialidade farmacêutica do contraceptivo oral.

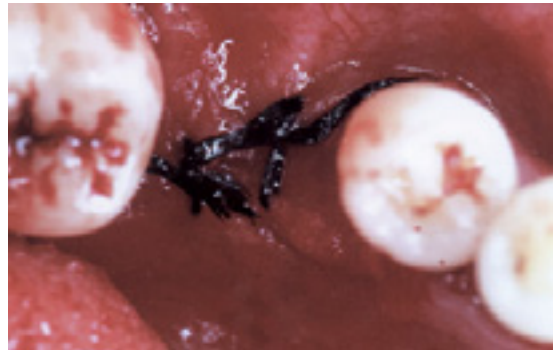
O tratamento da lesão consistiu na realização de biópsia excisional sob anestesia local por bloqueio regional dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal. A lesão foi removida através de incisão com lâmina 15 e a região suturada com fio de seda 4-0 (Figuras 5 e 6). A fixação da peça foi feita em solução de formalina a 10%.



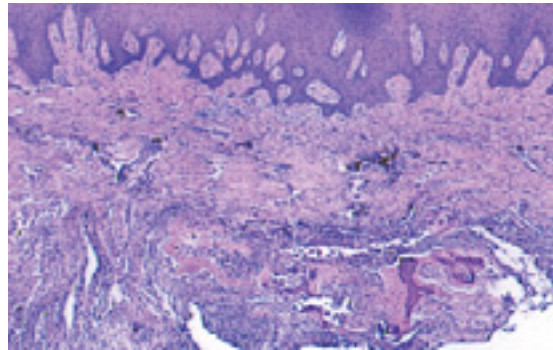
**FIGURA 5:** Lesão removida através de biópsia excisional.

Após processamento laboratorial de rotina, a análise histopatológica revelou a presença de uma lesão com revestimento epitelial íntegro e tecido conjuntivo apresentando área focal com intensa proliferação de fibroblastos, na qual observam-se formações de tecido mineralizado em vários estágios de calcificação e ainda presença de células gigantes multinucleadas, caracterizando, portanto, um quadro histológico típico de fibroma cemento-ossificante (Figuras 7 e 8).

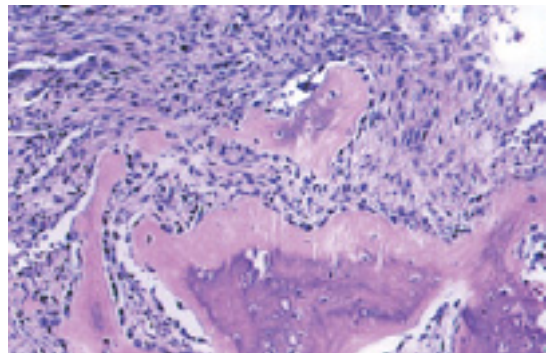
Observou-se um adequado reparo da região durante a proervação clínica, sem sinais de recidiva da lesão após um ano (Figuras 9 e 10).



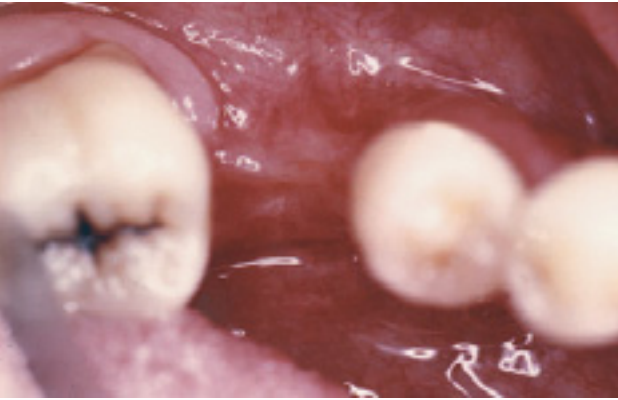
**FIGURA 6:** Sutura após a remoção da lesão.



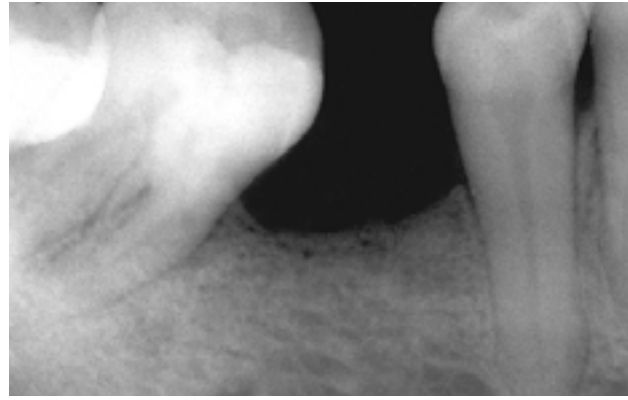
**FIGURA 7:** Aspecto histopatológico da lesão demonstrando revestimento epitelial íntegro, estroma bem celularizado com a presença de tecido mineralizado neoformado (aumento de 5x).



**FIGURA 8:** Aspecto histopatológico da lesão evidenciando tecido mineralizado, com presença de osteócitos e osteoblastos inseridos no estroma conjuntivo altamente celularizado (aumento de 20x).



**FIGURA 9:** Aspecto da região 12 meses após a remoção da lesão.



**FIGURA 10:** Aspecto radiográfico da região após 12 meses.

## DISCUSSÃO

Com relação à origem do fibroma ossificante periférico, a maioria dos autores atribui ao ligamento periodontal. No entanto, ainda há dúvidas quanto a sua real origem. Além disso, fatores irritantes ao ligamento periodontal, como cálculo subgengival, excesso de restaurações, corpos estranhos no sulco, entre outros, podem agir estimulando a proliferação celular, provocando, desta maneira, um crescimento tecidual que pode resultar no surgimento de um fibroma cimento-ossificante periférico. No caso da paciente em questão, o fato da mesma apresentar um quadro de periodontite pode ter contribuído para o surgimento da lesão.

O tratamento de eleição para o fibroma cimento-ossificante periférico é cirúrgico, porém, a possibilidade de recidiva é descrita por diversos autores, variando em torno de 16% dos casos.

A ocorrência deste tipo de lesão com maior frequência em indivíduos do sexo feminino é consenso entre os autores. O local de maior incidência do fibroma ossificante periférico, segundo Araújo, Araújo (1984), é a mandíbula, novamente coincidindo com as características do presente caso clínico. Silva *et al.* (1987), no entanto, relatam igual incidência entre mandíbula e maxila. Segundo Mesquita *et al.* (1996), Walters *et al.* (2001), Neville *et al.* (1998) e Moreira *et al.* (1998), o fibroma ossificante periférico possui uma ligeira predileção pela região anterior da maxila, acometendo mais frequentemente a região de incisivos e caninos.

O fibroma ossificante periférico, segundo Moreira *et al.* (1998), possui a capacidade de promover o afastamento dos dentes adjacentes à lesão quando localizado na papila interdental. Por outro lado, Neville (1998) contradiz esta afirmação ressaltando que raramente os

dentes adjacentes podem estar deslocados ou virem a apresentar mobilidade.

Clinicamente, o fibroma ossificante periférico pode ser confundido com o granuloma piogênico, hiperplasia fibrosa inflamatória, odontoma periférico e lesão periférica de células gigantes (Moreira *et al.*, 1998), devendo tais lesões serem consideradas durante o diagnóstico diferencial.

A análise histopatológica da lesão revelou um epitélio íntegro, com o tecido conjuntivo apresentando área focal com intensa proliferação de fibroblastos e formações de tecido mineralizado em vários estágios de calcificação, e ainda presença de células gigantes multinucleadas, coincidindo em grande parte com a descrição de outros autores (Mesquita *et al.*, 1996; Silva *et al.*, 1987; Moreira *et al.*, 1998; Ferraz, Nogueira, 1998).

Com relação à idade dos pacientes acometidos pelo fibroma ossificante periférico, a maioria dos autores cita a segunda e terceira décadas de vida (Mesquita *et al.*, 1996; Walters *et al.*, 2001; Tommasi, 1982) ou entre a segunda e quarta décadas de vida (Moreira *et al.*, 1998), com variações para mais ou menos, o que vai de encontro com a idade da paciente do presente relato.

Radiograficamente, nem sempre é possível identificar as calcificações no interior da massa tumoral, que, segundo Tommasi (1982), são vistas quase sempre histologicamente. No entanto, no presente caso, discreta radiopacidade foi observada ao exame radiográfico. Além disso, a intensidade de calcificação pode estar relacionada também ao tempo de evolução da lesão (Moreira *et al.*, 1998).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico clínico, a remoção cirúrgica através de biópsia excisional e a análise histopatológica subsequente consistem no tratamento de eleição para o fibroma cimento-ossificante periférico, tendo conduzido à resolução do presente quadro clínico, sem a ocorrência de recidiva até o momento. Uma vez que sua etiologia não está completamente esclarecida, podendo

ter havido neste caso uma interação entre fatores locais como placa e cálculo dental e fatores sistêmicos como alterações hormonais, faz-se necessária a preservação a longo prazo, bem como a manutenção de adequadas condições de saúde periodontal pela interação entre o paciente e o profissional.

---

Pilatti GL, Santos FA dos, Soubhia AMP, Passareli SC, Moreira CS. Peripheral cemento-ossifying fibroma – a case report. *Rev Int Cir Traumatol Bucomaxilofacial* 2005; 3(9):26-30.

Peripheral cemento-ossifying fibroma is a benign, pedunculated or sessile lesion which may appear erythematous or exhibiting a color similar to the normal gingiva, with hyperkeratotic areas. It may originate from the periodontal ligament, being always associated with local irritant factors. Most of the time it is located in the attached gingiva, occurring most frequently in females than in males. This paper describes a case of peripheral cemento-ossifying fibroma in a 31 years-old non-smoking woman presenting with a chronic generalized periodontitis, also showing a severe inflammatory reaction probably due to the use of oral contraceptives. During the intra-oral exam, a 12x10x8 mm lesion was found in the right edentulous mandibular area. Non-surgical periodontal therapy was performed and metronidazol 400mg tid was prescribed to the patient. The patient's physician was asked to change the medication to a triphasic oral contraceptive (Triquilar ). The lesion was surgically excised and the histopathological analysis confirmed the clinical diagnosis. The area healed uneventfully, with no signs of recurrence after a 12-month follow-up period.

**KEYWORDS:** Peripheral cemento-ossifying fibroma; Gingiva; Diagnosis; Treatment.

---

## REFERÊNCIAS

- Araújo NS, Araújo VC. Lesões da mucosa bucal por agentes biológicos, físicos e químicos; fibroma ossificante periférico. In: \_\_\_\_\_. *Patologia bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1984. Cap.3, p.63-4.
- Boraks S. Tumores benignos. In: \_\_\_\_\_. *Diagnóstico bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1999, p.331-2.
- Ferraz TM, Nogueira TO. Histoquímica dos tecidos mineralizados nas lesões de displasia fibrosa e fibroma cimento-ossificante periférico. *Rev Odontol UNESP* 1998; 27(1):87-98.
- Neville BW *et al.* Tumores dos tecidos moles. In: \_\_\_\_\_. *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.365-6.
- Mesquita RA, Sousa SCOM, Araújo NS. Fibroma ossificante periférico e fibroma ossificante: estudo utilizando a técnica do AgNOR. *Rev Pos-Grad* 1996; 3(2).
- Moreira CA *et al.*. Fibroma ossificante periférico. *Rev Paul Odontol* 1988; 20(4):4-7.
- Sakuma T, Kawasaki T, Watanabe K. Concurrent cementifying and ossifying fibromas of the mandible: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56(6):778-82.
- Silva PJ da, Costa AS, Silva AGOB. Fibroma ossificante periférico. *Odontol Mod* 1987; 14(3):32-5.
- Tagliavini RL *et al.* Fibroma ossificante periférico. *Rev Gaucha Odontol* 1987; 35(6):461-2.
- Tommasi AF. Cistos e tumores odontogênicos. In: \_\_\_\_\_. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1982. p.264-5.
- Walters JD *et al.* Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of three cases. *J Periodontol* 2001; 72(7):939-44.

Recebido para publicação em: 16/05/03  
Enviado para análise em: 10/06/03  
Aceito para publicação em: 22/07/03