

Fibroma traumático em região anterior da mandíbula: Relato de caso clínico

Traumatic fibroma in the anterior region of the mandible: Clinical case report

Daniel Pereira Batista ¹

Jullia Porto Guarnieri ²

Santiele dos Santos Brixner ³

Marcos Antonio Sousa Stankiewicz ⁴

Wagner Augusto Garcia Lopes ⁵

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 40 anos, feoderma, ASA I, com lesão nodular na região papilar entre os elementos incisivo lateral e canino inferiores apresentando características de base sésil, sólida e fibrosa. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma biópsia excisional da lesão, e a peça cirúrgica foi coletada em um recipiente contendo formol 10% para exame histopatológico e confirmação para o diagnóstico de fibroma. **Resultados:** O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de fibroma. No pós-operatório, a região cirúrgica foi de início acompanhada semanalmente e, posteriormente, em intervalos mensais a partir da quarta semana, com prognóstico favorável. **Conclusão:** O diagnóstico preciso do fibroma é fundamental para garantir o melhor tratamento possível. Este caso clínico destaca a importância da biópsia excisional e do acompanhamento pós-operatório adequado para assegurar uma recuperação satisfatória do paciente.

Palavras-chave: Fibroma; Neoplasias; Diagnóstico; Cirurgia bucal, Patologia oral.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v28i1.15042>

¹ Graduando em odontologia, Faculdade Sulamérica, Luís Eduardo Magalhães, Bahia, Brasil.

² Graduando em odontologia, Faculdade Sulamérica, Luís Eduardo Magalhães, Bahia, Brasil.

³ Graduando em odontologia, Faculdade Sulamérica, Luís Eduardo Magalhães, Bahia, Brasil.

⁴ Graduando em odontologia, Faculdade Sulamérica, Luís Eduardo Magalhães, Bahia, Brasil.

⁵ Docente do curso de odontologia, Faculdade Sulamérica, Luís Eduardo Magalhães, Bahia, Brasil.

Introdução

O fibroma é o “tumor” mais comum da cavidade oral¹, geralmente desenvolvida a partir de uma reação repetitiva traumática na mucosa, que desencadeia reações inflamatórias de tecido conjuntivo causando uma hiperplasia tecidual^{2,3,4}. O sítio anatômico com maior incidência é a mucosa jugal ao longo da linha de oclusão, consequência do trauma da mordida da bochecha, seguido da mucosa labial, e língua e a gengiva¹. Em relação a prevalência observa-se maior ocorrência em mulheres⁵, embora na literatura há estudos com distribuição semelhante entre ambos os sexos para essa lesão^{6,7}, geralmente ocorre entre a segunda e quarta década de vida⁸. É provável que muitos fibromas gengivais representem uma maturação fibrosa de um granuloma piogênico preexistente. Clinicamente, a lesão se apresenta como um nódulo de superfície lisa e coloração rosada, similar à coloração da mucosa circunjacente. Em alguns casos, a superfície pode se apresentar branca em decorrência da hiperqueratose, resultante da irritação contínua. Muitos fibromas são sésseis, embora alguns sejam pedunculados, a maioria dos fibromas tem 1,5 cm ou menos de diâmetro¹. Em análise histopatológica o tecido conjuntivo fibroso denso é predominante com proliferação de fibroblastos, epitélio atrófico e infiltrado inflamatório crônico sem presença de mineralização ou células gigantes multinucleadas⁹. O diagnóstico diferencial inclui fibroma de células gigantes, lipoma, mixoma, fibroma ossificante periférico, neurofibroma, schwannoma e mucocelo^{10,11}. O tratamento padrão-ouro para diagnóstico é a excisão cirúrgica da lesão, a recidiva não é usual e pode ser causada pela permanência do agente etiológico^{12,13}. Deste modo, esse trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de fibroma traumático, tratamento proposto e sua preservação.

Relato de caso

Paciente de sexo feminino, 40 anos de idade, feoderma, compareceu à Clínica Integrada do curso de odontologia para avaliação de “Bolinha que apareceu na boca”. Não apresenta alterações sistêmicas, nega histórico de tabagismo, etilismo e hábitos parafuncionais, procedendo com a anamnese foi relatado histórico de evolução de 10 anos da lesão, em adendo, foi realizado há 08 anos uma biopsia incisional sem devolutiva do resultado do anatomopatológico. Neste sentido, iniciamos o exame clínico observando lesão nodular na região papilar entre o incisivo lateral e canino inferior do lado esquerdo com coloração rosada em sua extremidade superior e eritematosa inferiormente, consistência sólida, base sésil com dimensões 1,2 x 1,2 x 0,5 cm, sintomatologia dolorosa ao pressionar a lesão, ausência de sangramento espontâneo, não foi encontrado fator traumatizante no local da lesão. Após essa etapa, com os dados clínicos coletados levantamos como possibilidade de diagnóstico diferencial o fibroma traumático, granuloma piogênico e fibroma de células gigantes (Figura 1).



Figura 1 - Lesão hiperplásica entre os dentes 32 e 33.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Apresentamos o plano de tratamento para a paciente que incluía intervenção periodontal para adequação do meio bucal, biópsia excisional da lesão (encaminhamento para o exame anatomopatológico) e acompanhamento de 07 meses para analisarmos a evolução do quadro clínico. Por conseguinte, em âmbito ambulatorial iniciamos a cirurgia realizando o bloqueio do nervo mentoniano e região circunjacente à lesão para obtenção de vasoconstrição utilizando o anestésico local de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Em seguida, com lâminas 15c foram realizadas as incisões, com o descolador de Molt nº 9 separamos a lesão do tecido ósseo e notamos uma área de fenestração na tábua vestibular da mandíbula, com o auxílio de curetas de Gracey nº 5-6 foi realizado raspagem de cálculos dentais subgengivais encontrados na região, após excisão da lesão, essa foi armazenada em um recipiente plástico com formol tamponada 10% para preservação do espécime, a sutura foi realizado com fio de seda 3.0 e colocado superficialmente cimento cirúrgico como barreira mecânica a fim de atenuar o desconforto pós-operatório ocasionado pela ferida cirúrgica (Figura 2).

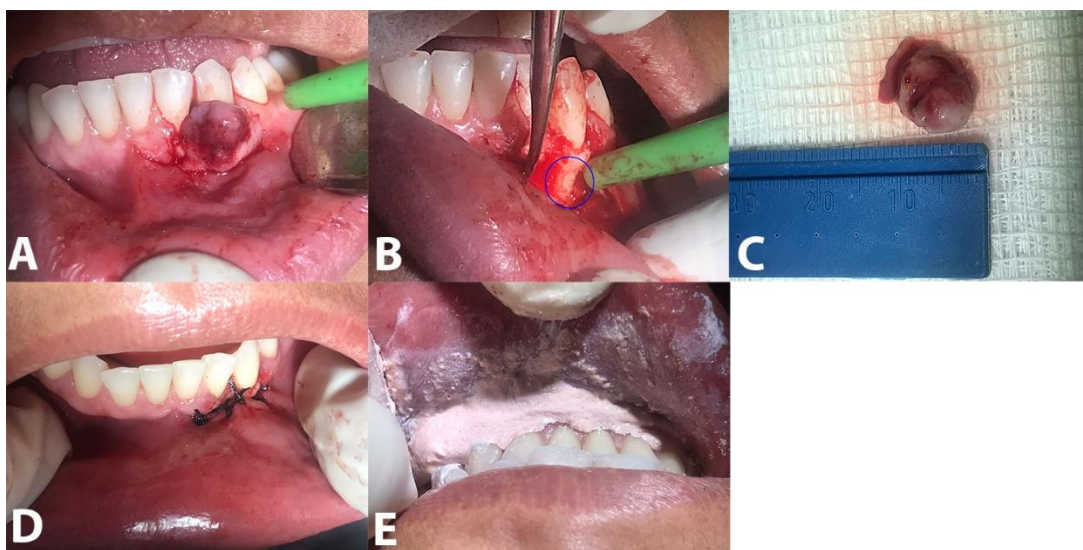


Figura 2 - A: Incisões utilizadas. B: Área de fenestração óssea. C: Lesão após biópsia excisional. D: Síntese e aproximação das margens; E: Selamento com cimento cirúrgico.

O resultado do exame anatomopatológico destacou a presença de alterações epiteliais reparativas, fibrose do colágeno, acantose irregular, hiperparaqueratose, aumento dos fibroblastos, focos edematosos, telangiectasias e leve a moderado infiltrado linfoplasmocitário de predomínio em porções subepiteliais, o diagnóstico foi confirmado como fibroma traumático.

Discussão

Em congruência a literatura estudada no que tange ao tamanho da lesão (<1,5 cm), tipo de inserção (sésil), faixa etária (40 anos) e sexo com maior prevalência (feminino), todavia o sítio anatômico (região papilar) é incomum para este tipo de lesão traumática, em consonância, o planejamento para o recobrimento tecidual causado pela remoção do espécime deve ser considerado como fator chave para sucesso do tratamento, pois existe um apelo estético, deste modo, as incisões com margem de 02 mm seguiram o formato trapezoidal em volta do fibroma, para preservação do suprimento vascular do sítio cirúrgico e lançamos mão da mucosa jugal para obter o readequamento tecidual. Vale salientar, a manutenção da papila lingual entre os dentes incisivo lateral e canino do lado esquerdo que serviu como âncora para a sutura e guia para formação de tecido diminuindo a possibilidade de espaço negro na região.

Durante os 07 meses de proervação observamos as etapas do processo de reparo da ferida cirúrgica por excisão que consiste na hemostasia, inflamação, proliferação e maturação/remodelação, isto é, a cicatrização define-se em uma sequência coordenada de fases com eventos celulares e moleculares que concorrem para o restabelecimento do tecido lesado^{14,15}. Nos primeiros 14 dias após a cirurgia observamos a formação do tecido de granulação com consistência friável e coloração avermelhada na região periférica da papila biopsiada, após alguns meses esse aspecto eritematoso tornou-se uniforme em toda região entre o incisivo lateral e canino inferior do lado esquerdo (Figura 3).



Figura 3 - A: Remoção de sutura com 07 dias. B: Pós-operatório de 14 dias. C: Acompanhamento de 04 meses. D: Resultado final após 07 meses de preservação.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir do 4º mês de acompanhamento a coloração do tecido passou a ser rosado e de consistência firme iniciando pelas bordas da papila que estavam em contato com o tecido sem alterações patológicas, este fenômeno pode ser esclarecido pelo princípio do “efeito de vizinhança livre” onde a reepitelização começa pelas células basais próximas as margens da ferida que ao perderem contato (falta de continuidade do tecido) entram imediatamente em processo mitótico em direção ao centro^{16,17}. Analogamente os meses subsequentes apresentaram evolução na queratinização do tecido cicatricial, manutenção do espaço biológico e sem quadro de recidiva, esse processo de maturação/remodelação dar-se de forma vagarosa levando meses ou anos¹⁶, não obstante aos resultados favoráveis apresentados ocorreu o encurtamento da região do fundo de vestibulo utilizado para o recobrimento do defeito cirúrgico.

Conclusão

Com base nas informações obtidas, o presente estudo demonstrou a importância de um diagnóstico preciso para adequada abordagem do fibroma. Embora esse tumor seja de caráter benigno, tal condição não anula a importância de uma investigação cuidadosa, o que permite a implementação de medidas terapêuticas eficazes para melhor atender o paciente e obter prognósticos mais favoráveis.

Abstract

Objective: The objective of this study was to report a clinical case of a 40-year-old female patient with a nodular lesion in the papillary region between elements lower lateral incisor and canine presenting features of a sessile, solid, and fibrous base. Materials and Methods: An excisional biopsy of the lesion was performed, and the surgical specimen was collected in a container containing 10% formalin for histopathological examination and confirmation of the fibroma diagnosis. Results: The histopathological examination confirmed the diagnosis of fibroma. In the postoperative period, the surgical region was initially monitored weekly and subsequently at monthly intervals from the fourth week, with a favorable prognosis. Conclusion: Accurate diagnosis of fibroma is essential to ensure the best possible treatment. This clinical case highlights the importance of excisional biopsy and appropriate postoperative follow-up to ensure a satisfactory patient recovery.

Keywords: Fibroma; Neoplasms; Diagnosis; Oral surgery, Oral Pathology.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen C. Patologia oral e maxilofacial. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
2. de Santana Santos T, Martins-Filho PR, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. J Oral Maxillofac Pathol. 2014 Sep;18(Suppl 1):S86-9.

3. Uloopi KS, Vinay C, Deepika A, Sekhar RC, Raghu D, Ramesh T. Pediatric giant cell fibroma: an unusual case report. *Pediatr Dent*. 2012 Nov-Dec;34(7):503-5. PMID: 23265171.
 4. Parwani S, Parwani RN. Diagnosis and management of focal reactive overgrowths of gingiva--a case series. *J Mich Dent Assoc*. 2014 Jul;96(7):36-47. PMID: 25163184.
 5. Bertoja IC, Tomazini JG, Braosi APR, Zielak JC, Reis LFG, Giovanini AF. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia* [Internet]. 2007;4(2):41-46. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153013620007>
 6. Gültelkin SE, Tokman B, Türkseven MR. A review of paediatric oral biopsies in Turkey. *Int Dent J*. 2003 Feb;53(1):26-32.
 7. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis*. 2005 Mar;11(2):81-7.
 8. El Toun S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry. *Int J Dent*. 2018 May 17;2018:4030134
 9. Hunasgi S, Koneru A, Vanishree M, Manvikar V. Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2017 Jan-Apr;21(1):180.
 10. Laskaris G. Color atlas of oral diseases in children and adolescents. 2nd. New York: Thieme Medical Publishers Inc., 2000.
 11. Valério RA, de Queiroz AM, Romualdo PC, Brentegani LG, de Paula-Silva FW. Mucoccele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. *Braz Dent J*. 2013 Sep-Oct;24(5):537-41
 12. Rosebush MS, Anderson KM, Rawal SY, Mincer HH, Rawal YB. The oral biopsy: indications, techniques and special considerations. *J Tenn Dent Assoc*. 2010 Spring;90(2):17-20; quiz 21-2. PMID: 20698432.
 13. Regezi JA, Sciubba JJ, Richard K. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008.
 14. Gantwerker EA, Hom DB. Skin: histology and physiology of wound healing. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2011 Aug;19(3):441-53.
 15. Ortonne JP, Clévy JP. Physiologie de la cicatrisation cutanée [Physiology of cutaneous cicatrization]. *Rev Prat*. 1994 Sep 1;44(13):1733-7. French. PMID: 7939255.
 16. Balbino CA, Pereira LM, Curi R. Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. *Rev. Bras. Ciênc. Farm.* [Internet]. 1 de março de 2005 [citado 3 de junho de 2023];41(1):27-51. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbcf/article/view/44024>
- Montesano R, Orci L. Transforming growth factor beta stimulates collagen-matrix contraction by fibroblasts: implications for wound healing. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1988 Jul;85(13):4894-7.

Endereço para correspondência:

Daniel Pereira Batista
 Rua Paraná, nº 1075, Centro
 CEP 47850-049 – Luís Eduardo Magalhães, Bahia, Brasil
 Telefone: +55 (77) 998134714
 E-mail: daniel17.pereira@gmail.com

Recebido em: 14/07/2023. Aceito: 14/07/2023.