CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FIP CAMPINA GRANDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

GABRIEL TOSCANO VIANA

EXTENSO FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO EM PALATO: RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE - PB
-2022-

GABRIEL TOSCANO VIANA

EXTENSO FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO EM PALATO: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos - Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Me. Luan Éverton Galdino Barnabé

CAMPINA GRANDE – PB
-2022-

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - FIP

Viana, Gabriel Toscano
V246e Extenso fibroma ossificante periférico em palato: relato de caso. / Gabriel Toscana Viana. – Campina Grande - PB: FIP, 2022
58 fls.

Orientador (a): Prof. Ms. Luan Éverton Galdino Barnabé
TCC Graduação Bacharelado em Odontologia
FIP – Campina Garnde - PB

1. Fibroma ossificante. 2. Diagnóstico Bucal. 3. Palato. I. Título II. FIP.

FIP/BC CDU: 616-071

Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

GABRIEL TOSCAO VIANA

EXTENSO FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO EM PALATO: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos - Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Data da defesa: 17/05/2022

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Hianne Cristinne de Morais Medeiros
Membro Titular (1º Examinador interno – FIP-CG)

Prof. Me. William Alves de Melo Junior
Membro Titular (2º Examinador interno – FIP-CG)

Prof. Me. Luan Éverton Galdino Barnabé
Membro Titular (Orientador - FIP-CG)

DEDICATÓRIA

A Deus, a meus pais, a minhas irmãs, a Lily. A Luan por sua presença nos últimos 5 anos. E a todos aqueles que torcem por mim. Dedico.

EPÍGRAFE

“Sem mais peso na consciência

Com facilidade, eu volto para o começo”

ionnalee

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e ao sagrado que sempre estiveram comigo me possibilitando trilhar esse caminho até aqui. A meus pais que nunca mediram esforços para me dar uma boa educação. Obrigado por todo o apoio, compreensão e por enxergarem mais do que eu vejo em mim. Eu amo vocês! A Natália e Ana Flávia, que compartilham comigo não apenas o laço de sangue, mas a própria vida.

Agradeço imensamente a Geraldo e Gicélia Toscano por serem dois faróis em minha vida.

Agradeço ao querido professor William que foi quem primeiro abriu as portas científicas para mim.

Sou grato também a todos os professores que passaram por mim durante a minha graduação. Em especial: Hianne, Sylvana, Ítalo, Rodolpho, Smyrna Thiago e Paula Vanessa. E a todos os funcionários da FIP. A Marny a qual tenho um carinho enorme.

Agradeço também a Nathália Uchôa e a Natália Vitória, dois presentes que o curso me deu. Essa faculdade ficou mais leve com vocês. A Arthur que foi luz nesse momento tão específico da minha vida e a Toretto também.

Minha eterna gratidão a Luan pela grande amizade nos últimos cinco anos e por ser o melhor orientador que alguém poderia ter.

Agradeço ao querido paciente que possibilitou a escrita desse trabalho.

RESUMO

RESUMO

As lesões fibro-ósseas (LFOs) são alterações teciduais raras de etiologia discutível e afetam as estruturas craniofaciais. O fibroma ossificante periférico (FOP) é uma LFO normalmente vista nas papilas interdentais que surge de células do ligamento periodontal e periósteo, se caracterizando como tumor com focos calcificados de base séssil ou pediculada, coloração que varia do avermelhado ao róseo e sua superfície pode ser intacta ou ulcerada. O FOP é mais comumente achado entre a terceira e quarta década de vida acometendo mais a região posterior da mandíbula, sendo raro no palato. Embora tenha etiopatogenia incerta, a OMS aponta a etiologia do FOP como neoplásica. Radiograficamente, o FOP tem aspecto radiolúcido e com o tempo o tumor se torna progressivamente mais radiopaco. No exame histopatológico é observado infiltrado intenso de células inflamatórias crônicas com focos de cemento e calcificações distróficas evidenciando áreas de tecido ósseo imaturo. O tratamento proposto para o FOP é a remoção cirúrgica. O objetivo desse estudo é relatar um caso de extenso FOP em palato. Paciente do sexo masculino, não branco, 39 anos, compareceu à Clínica Escola de Odontologia da FIP - Campina Grande se queixando de um tumor no palato, com evolução de cerca de 1 ano. Ao exame intraoral foi observada extensa massa tumoral avermelhada, ulcerada com focos calcificados visíveis sobre região do palato duro e mole estendendo-se para orofaringe e região vestibular e rebordo maxilar do lado direito, com base pediculada e grande mobilidade. Solicitou-se a realização de tomografia de feixe cônico para avaliação da extensão da lesão, bem como, foi realizada biópsia incisional e encaminhamento para análise histopatológica. Após análise histopatológica confirmou-se a hipótese de fibroma ossificante periférico. O paciente foi encaminhado para excisão completa e encontra-se em acompanhamento. Com base nisso, conclui-se a necessidade de um diagnóstico prévio feito pelo cirurgião-dentista das lesões para minimizar riscos de comprometimento estéticos e/ou funcionais e intervenções mais segura.

PALAVRAS-CHAVE: Fibroma Ossificante. Diagnóstico Bucal. Palato.

ABSTRACT

ABSTRACT

Fibro-osseous lesions (FOLs) are rare tissue alterations of debatable etiology and affect craniofacial structures. Peripheral ossifying fibroma (POF) is an FOL normally seen in the interdental papillae that arises from cells of the periodontal ligament and periosteum, characterized as a tumor with calcified foci of sessile or pedicled base, coloration that varies from reddish to pink and its surface can be intact or ulcerated. POF is most commonly found between the third and fourth decade of life, affecting more the posterior region of the mandible, being rare in the palate. Although its etiopathogenesis is uncertain, the WHO points out the etiology of POF as neoplastic. Radiographically, the POF has a radiolucent appearance and over time the tumor becomes progressively more radiopaque. In the histopathological examination, an intense infiltrate of chronic inflammatory cells with foci of cementum and dystrophic calcifications is observed, evidencing areas of immature bone tissue. The proposed treatment for POF is surgical remotion. The aim of this study is to report a case of extensive POF on palate. Non-white, 39 year-old male patient came to the Clínica Escola de Odontologia da FIP - Campina Grande compaining of a tumor on the palate, with an evolution of about 1 year. On intraoral examination, an extensive reddish, ulcerated tumor mass with visible calcified foci was observed on the region of the hard and soft palate, extending to the oropharynx and vestibular region and the maxillary ridge on the right side, with a pedicled base and great mobility. Cone-beam tomography was requested to assess the extent of the lesion, as well as an incisional biopsy and referral for histopathological analysis, the hypothesis of peripheral ossifying fibroma was confirmed. The patient was referred for complete excision and is under follow-up. Based on this, the need for a prior diagnosis made by the dentist of aesthetic and/or functional impairment and safer interventions.

KEYWORDS: Peripheral ossifying fibroma, Oral Diagnosis, Palate.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

PÁGINAS

Figura 1.	Aspecto clínico inicial. Extenso tumor localizado na região de palato duro e mole, estendendo-se para orofaringe e região vestibular do rebordo maxilar do lado direito, apresentando 8cm em seu maior diâmetro, coloração avermelhada e superfície ulcerada.	36
Figura 2.	Aspecto clínico final pós-operatório imediato.	37
Figura 3.	Fotomicrografia em menor aumento destacando neoformação óssea com pavimentação osteoblástica.	38
Figura 4.	Fotomicrografia em menor aumento destacando neoformação de espículas ósseas.	38
Figura 5.	Imagem tomografia evidenciando extenso tumor hipodenso com focos hiperdensos, com diâmetro médio de 8 cm, expandindo-se para a região orofaringe.	39

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELA

PÁGINAS

Tabela 1. Descrição dos casos de FOP em palato. 41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIGLAS E ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
LFO	Lesões fibro-ósseas;
FOP	Fibroma Ossificante Periférico;
DF	Displasia Fibrosa;
DO	Displasia Óssea;

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS 24
1.1 FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO 24
1.1.1 ETIOLOGIA 25
2.1.2 EPIDEMIOLOGIA 25
2.1.3 DIAGNÓSTICO 26
2.1.3.1 ASPECTOS CLÍNICOS 26
2.1.3.2 ASPECTOS IMAGINOLÓGICOS 26
2.1.3.3 ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS 27
2.1.4 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO 27
3 OBJETIVOS 29
3.1 GERAL 29
3.2 ESPECÍFICOS 29
4 MATERIAL E MÉTODOS 31
4.1CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA 31
4.2 CUIDADOS COM A COVID-19 31
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 31
5 ARTIGO 33
5.1 INTRODUÇÃO 36
5.2 RELATO DE CASO 37
5.3 DISCUSSÃO 40
5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 43
5.5 REFERÊNCIAS 43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 47
7. REFERÊNCIAS 49
ANEXO A 52

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO

A expressão LFOs tem sido empregada por patologista a mais de meio século e não indica um diagnóstico exato, mas apenas conceituando uma classe de lesões onde um tecido ósseo normal é substituído por um tecido conjuntivo com uma variedade de material mineralizado semelhante ao osso e ao cemento (KATO et al., 2019). O principal achado histopatológico nas LFOs são fibroblastos e mineralizações. Osteoblastos e células gigantes semelhantes a osteoclastos também podem aparecer (KATO et al., 2018; PORTO et al., 2021).

Na última classificação da OMS para Tumores Odontogênicos, foi adotada a terminologia para essas lesões incluindo a DF, o fibroma ossificante e a DCO e seus subtipos (KATO et al., 2019). O termo “lesões fibro-ósseas” é oriundo do trabalho de Charles Waldron, não sendo mencionado nas classificações da Organização Mundial da Saúde. Engloba uma série de crescimentos reativos, displásicos e neoplásicos marcados pela substituição de osso saudável por uma matriz colágena abrangendo trabeculado ósseo imaturo (WALDRON, 1993).

O FOP, também chamado de fibroma cemento-ossificante, é uma neoplasia benigna pertencente ao grupo das LFOs que afeta os ossos craniofaciais (EL-NAGGAR et al., 2017). É normalmente observada nas papilas interdentais, se caracterizando como massa nodular indolor com focos calcificados de implantação séssil ou pediculada com coloração variando do avermelhado ao róseo. A superfície pode estar intacta ou ulcerada (ASHARIF et al., 2008; NELSON e PHILLIPS, 2018; HENRIQUES et al., 2016; GOMES et at., 2019). O FOP é mais comumente achado entre a terceira e quarta década de vida acometendo mais a região posterior da mandíbula. Possui crescimento lento e lesões bem delimitadas (KATO et al., 2018; KATO et al., 2019; MORAIS et al., 2021; MOHANTY et al., 2014; KHARSAN et al., 2018). O FOP pode ser juvenil e o juvenil tem os subtipos histológicos: fibroma ossificante trabecular ou psamomatóide. O juvenil se caracteriza pela rápida progressão e às vezes rápida do osso afetado e o cemento-ossificante se diferencia por possuir uma matriz mineralizada com pequenas esferas lembrando o cemento (EL-NAGGAR et al., 2017). Ocorre principalmente em região interdental anterior da mandíbula (ALBAGIEH, 2021), podendo também ocorrer próximo ao ramo mandibular de forma expressiva como evidenciou ALSHARIF et al

(2008) num estudo bibliográfico com 127 paciente em um hospital na China. No entanto, outros sítios raros como o palato também foram reportados (AGARWAL et al., 2019).

Em crianças e indivíduos mais jovens o FOP pode ter potencial para causar movimentação dentária causando maloclusão devido à expansão da lesão (ALBAGIEH et al., 2021). Os fatores irritantes permanecem como a principal etiologia do FOP, sendo seu diagnóstico dado principalmente através do exame histopatológico, com a identificação de tecido conjuntivo ósseo e/ ou outras (MORETI et al., 2016; GOMES et al., 2019).

1.1.1 ETIOLOGIA

Apesar da etiopatogênese incerta, a OMS aponta a etiologia do FOP como neoplásica (EL-NAGGAR et al., 2017). Alguns autores apontam a etiologia do FOP como relacionado a uma resposta do tecido a fatores traumáticos crônicos como cálculos dentais, placa bacteriana, próteses mal adaptadas, restaurações excedentes e alimentos duros durante o ato mastigatório que podem estimular o crescimento reacional. Além disso, é mais provável que o FOP se origine das células do ligamento periodontal e periósteo, segundo várias hipóteses propostas na literatura (ALBAGIEH et al., 2021; SINGH et al., 2021; MORETI et al., 2016; HENRIQUES et al., 2016; GOMES et al., 2019). O FOP origina-se de células mesenquimais do ligamento periodontal associado a irritantes locais. A presença de fibra oxitalânicas no FOP aponta sua origem no ligamento periodontal (BABU e HALLIKERI, 2017). A proliferação excessiva de tecido conjuntivo fibroso maduro seria uma resposta à irritação da gengiva e uma irritação crônica do do periósteo e membrana periodontal causam metaplasia do tecido conjuntivo com formação óssea e calcificação distrófica. Outra teoria bem aceita é a de que o FOP também pode ser causado devido a mutações genéticas, muitas vezes raras, que induzem a gengiva a um exacerbado crescimento de tecidos moles contendo focos de mineralização ou ossificação (AGARWAL el al., 2019; ALBAGIEH et al., 2021).

2.1.2 EPIDEMIOLOGIA

O FOP é uma lesão rara acometendo predominantemente o sexo feminino entre a terceira e quarta década de vida, com proporção mulher-homem de 5:1 (EL-NAGGAR et al., 2017). É estimado que o FOP representa entre 2-9% de todas as lesões de gengiva (FRANCO-BARRERA et al., 2015). Apesar de raro, o FOP é a LFO mais frequente. Em região maxilofacial, a maxila é mais acometida que a região madibular podendo envolver de forma geral ossos vizinhos, como frontal, zigomático ou esfenóide (KATO et al., 2019)

Alsharif et al. (2009) avaliaram127 casos de LFOs em mandíbula diagnosticadas entre 1985 e 2005. As mulheres foram as mais acometidas (1:0,54), com uma faixa etária média de 33,7 anos. O tamanho médio das lesões foi de 3,22 cm de diâmetro. As regiões posterior de ramo de mandíbula e posterior de maxila foram mais acometidas pelo FOP. Radiograficamente, as lesões apresentaram limites bem definidos e formado oval com radiolucidez.

Um estudo retrospectivo por BABU e HALLIKERI (2017) avaliaram o perfil das lesões reativas e um serviço de referência em diagnóstico oral. Foram analisados 5000 prontuários, sendo identificados 659 casos de lesões reativas da cavidade oral num período de 10 anos. O FOP representou 18,5% dos casos, sendo o tamanho das lesões entre 0,5-1 cm de diâmetro e mais prevalente em indivíduos na terceira década de vida. com taxa de recorrência de mais de 20%.

2.1.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico do FOP é desafiador tendo em vista que muitas lesões orais compartilham da mesma apresentação clínica. Desse modo, o diagnóstico diferencial inclui granuloma piogênico, fibroma periférico, granuloma periférico de células gigantes, osteomielite esclerosante crônica, odontoma e osteoblastomas, displasia fibrosa, cisto odontogênico calcificante, cementoblastoma, condrossarcoma e osteosarcoma (KATO etl al., 2016; KHARSAN et al., 2018). Assim, o diagnóstico do FOP é baseado nos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos (KATO et al., 2019; KHARSAN el al., 2018; ALBAGIEH et al., 2021).

2.1.3.1 ASPECTOS CLÍNICOS

O FOP normalmente se apresenta como uma massa tumoral assintomática de crescimento lento que pode em casos raros ser grande o suficiente para causar assimetria facial (EL-NAGGAR et al., 2017; KHARSAN et al., 2018). Pode ser pediculada ou séssil, a coloração pode variar do rosa ao avermelhado. O FOP raramente atinge grande extensão, sendo a maioria dos casos reportados de 2cm no maior diâmetro. Embora casos de FOP de 4 cm ou mais em sua maior extensão foram reportados (ALBAGIEH, 2021). O FOP é comumente visto nas papilas interdentais da região maxilar anterior, sendo rara sua presença em palato (SINGH et al., 2021; AGARWAL et al., 2019).

2.1.3.2 ASPECTOS IMAGINOLÓGICOS

Radiograficamente, o FOP costuma ser unilocular e bem definido, contendo diversos graus de tecido calcificado semelhante a osso, cemento ou ambos. No geral, o

FOP tem aspecto radiolúcido e com o tempo o tumor se torna progressivamente mais radiopaco (EL-NAGGAR et al., 2017; NELSON e PHILLIPS, 2019; KATO et al., 2019). A lesão apresenta uma borda mais esteita e uniforme, parcial ou completa, radiolúcida, representando encapsulamento por tecido mole (NELSON e PHILLIPS, 2019; KHARSAN, 2018).

A tomografia multislice é bem utilizada na análise de FOPs devido ao seu tratamento ser mais realizado em centros hospitalares, mostrando margens bem demarcadas, com expansão esférica e densidade heterogênea no FOP, assim como deslocamento ou reabsorção radicular em dentes associados (KATO et al., 2019). (Possibilidade da avaliação de tecido mole)

2.1.3.3 ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS

O exame histopatológico mostra estroma de tecido conjuntivo denso com proliferação fibroblástica e proliferação de células mesenquimais de morfologia variável. Além disso, infiltrado intenso de celulas inflamatórias crônicas com focos de calcificações distróficas são evidentes evidenciando áreas de tecido ósseo imaturo sugestivo de LFO (MORAIS et al., 2021; KHARSAN et al., 2018; BABU e HALLIKERI, 2017). Pode mostrar também epitélio escamoso intacto e na lâmina própria a componente altamente celular de fibroblastos foi observado com área central de calcificação, definindo o diagnóstico para FOP (HENRIQUES et al., 2016).

2.1.4 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

O tratamento proposto para o FOP é a remoção cirúrgica, retirando também o ligamento periodontal e o periósteo com raspagem com intuito de evitar a ocorrência de recidiva, frequente em cerca de 15% dos casos evidenciados na literatura (KATO et al., 2019; KHARSAN, 2018; MORETI, 2016; ALSHARIF et al., 2009). Intervenções precoces são altamente recomendadas para evitar desalinhamento dentário, problemas oclusais, incompetência labial e assimetria facial (ALBAGIEH et al., 2021). A literatura mostra várias formas de remover a lesão, como o uso do laser de alta potência Nd:YAG ou cirurgia convencional com bisturi (HENRIQUES et al., 2016).

O FOP quando não tratado pode atingir um tamanho enorme podendo exigir ressecção em bloco. Após a excisão não apresenta recidiva na maioria dos casos. Além disso, não foi reportada transformação maligna dessa lesão. (EL-NAGGAR etl al., 2017). O objetivo do referido trabalho é relatar um caso de extenso FOP em palato.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Relatar um caso de extenso FOP em palato.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os aspectos clínicos relacionados ao FOP.
- Ressaltar os principais aspectos imaginológicos do diagnóstico do FOP.
- Apresentar os principais aspectos histopatológicos para o diagnóstico do FOP.
- Caracterizar o plano de tratamento e prognóstico para o FOP.

MATERIAL E MÉTODOS

4 **MATERIAL E MÉTODOS**

4.1CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso. Paciente referenciado para o serviço de Estomatologia da FIP-Campina Grande para avaliação de um extenso tumor na região de palato. Após a avaliação, o paciente foi submetido a uma biópsia incisional seguida de solicitação de exames imaginológicos. Após confirmação radiológica ou imaginológica ou histopatológica foi estabelecido plano de tratamento com a remoção da lesão e reavaliação clínica após a remoção.

4.2 CUIDADOS COM A COVID-19

Foi estabelecido protocolo de biossegurança adotado pelo comitê de biossegurança da FIP em relação aos cuidados para a COVID-19. Foi usado um avental de TNT descartável, óculos de proteção, touca descartável, máscara N-95 e faceshield. Além disso, foi realizado em um ambiente aberto e arejado para reduzir os riscos de contaminação pela COVID-19.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O paciente que foi encaminhado assinou o termo de consentimento livre e esclarecido segundo a resolução 510/16 do Ministério da Saúde para o fornecimento das informações relacionadas ao caso.

ARTIGO

5 ARTIGO

O presente estudo foi desenvolvido para a apresentação do trabalho de conclusão de curso em graduação em odontologia das Faculdades Integrada de Patos/Campina Grande – FIP/CG

Como resultado do mesmo o artigo intitulado “EXTENSO FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO EM PALATO: RELATO DE CASO”**,** será apresentado como fruto deste trabalho de conclusão de curso.

Após as devidas considerações da banca da defesa deste trabalho de conclusão de curso, o artigo será colocado nas normas e enviado para submissão no periódico “Journal of Oral and Maxillofacial Surgery” (ISSN: 0278-2391, Fator de Impacto: 1.895, Qualis para Odontologia: A3).

EXTENSO FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO EM PALATO: RELATO DE CASO

Gabriel Toscano Viana[1], Natália Vitória Araújo Lopes[2], Luan Éverton Galdino Barnabé[3], Hianne Cristinne de Morais Medeiros[4], William Alves de Melo Junior[5],

1- Graduando do curso de graduação em odontologia das Faculdades Integradas de Patos/Campina Grande – FIP/CG

2- Graduanda do curso de graduação em odontologia das Faculdades Integradas de Patos/Campina Grande – FIP/CG

3- Professor do curso de graduação em odontologia das Faculdades Integradas de Patos/Campina Grande – FIP/CG

4- Professora do curso de graduação em odontologia das Faculdades Integradas de Patos/Campina Grande – FIP/CG

5- Professor do curso de graduação em odontologia das Faculdades Integradas de Patos/Campina Grande – FIP/CG

RESUMO

As lesões fibro-ósseas (LFOs) são alterações teciduais raras com crescimento neoplásico e afetam as estruturas craniofaciais. O fibroma ossificante periférico (FOP) é uma LFO normalmente vista nas papilas interdentais que surge de células do ligamento periodontal e periósteo, se caracterizando como tumor com focos calcificados de base séssil ou pediculada, coloração que varia do avermelhado ao róseo e sua superfície pode ser intacta ou ulcerada. O FOP é mais comumente achado entre a terceira e quarta década de vida acometendo mais a região posterior da mandíbula, sendo raro no palato. Embora tenha etiopatogenia incerta, a OMS aponta a etiologia do FOP como neoplásica. Radiograficamente, o FOP tem aspecto radiolúcido e com o tempo o tumor se torna progressivamente mais radiopaco. No exame histopatológico é observado infiltrado intenso de células inflamatórias crônicas com focos de cemento e calcificações distróficas evidenciando áreas de tecido ósseo imaturo. O tratamento proposto para o FOP é a enucleação cirúrgica. Paciente do sexo masculino, não branco, 39 anos, compareceu à Clínica Escola de Odontologia da FIP - Campina Grande se queixando de um tumor no palato, com evolução de cerca de 1 ano. Ao exame intraoral foi observada extensa massa tumoral avermelhada, ulcerada com focos calcificados visíveis sobre região do palato duro e mole estendendo-se para orofaringe e região vestibular e rebordo maxilar do lado direito, com base pediculada e grande mobilidade. Solicitou-se a realização de tomografia de feixe cônico para avaliação da extensão da lesão, bem como, foi realizada biópsia incisional e encaminhamento para análise histopatológica. Após análise histopatológica confirmou-se a hipótese de fibroma ossificante periférico. O paciente foi encaminhado para excisão completa e encontra-se em acompanhamento. Com base nisso, conclui-se a necessidade de um diagnóstico prévio feito pelo cirurgião-dentista das lesões para minimizar riscos de comprometimento estéticos e/ou funcionais e intervenções mais segura.

PALAVRAS-CHAVE: Fibroma Ossificante. Diagnóstico Bucal. Palato.

ABSTRACT

Fibro-osseous lesions (FOLs) are rare tissue alterations with neoplastic growth and affect craniofacial structures. Peripheral ossifying fibroma (POF) is an FOL normally seen in the interdental papillae that arises from cells of the periodontal ligament and periosteum,

characterized as a tumor with calcified foci of sessile or pedicled base, coloration that varies from reddish to pink and its surface can be intact or ulcerated. POF is most commonly found between the third and fourth decade of life, affecting more the posterior region of the mandible, being rare in the palate. Although its etiopathogenesis is uncertain, the WHO points out the etiology of FOP as neoplastic. Radiographically, the FOP has a radiolucent appearance and over time the tumor becomes progressively more radiopaque. In the histopathological examination, an intense infiltrate of chronic inflammatory cells with foci of cementum and dystrophic calcifications is observed, evidencing areas of immature bone tissue. The proposed treatment for FOP is surgical enucleation. Non-white, 39 year-old male patient came to the Clínica Escola de Odontologia da FIP - Campina Grande compaining of a tumor on the palate, with an evolution of about 1 year. On intraoral examination, an extensive reddish, ulcerated tumor mass with visible calcified foci was observed on the region of the hard and soft palate, extending to the oropharynx and vestibular region and the maxillary ridge on the right side, with a pedicled base and great mobility. Cone-beam tomography was requested to assess the extent of the lesion, as well as an incisional biopsy and referral for histopathological analysis, the hypothesis of peripheral ossifying fibroma was confirmed. The patient was referred for complete excision and is under follow-up. Based on this, the need for a prior diagnosis made by the dentist of aesthetic and/or functional impairment and safer interventions.

KEYWORDS: Cleft Lip; Cleft Palate; Hospitalization; Health Expenditures; Health Services Research.

5.1 INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas (LFOs) são alterações teciduais raras com crescimento neoplásico que afetam as estruturas craniofaciais[1]. Embora as LFOs pareçam ter etiologia desconhecida, a literatura aponta a etiologia das LFOs relacionada a fatores irritativos crônicos [2,3]. Dentre as principais LFOs estão o fibroma ossificante periférico (FOP), displasia fibrosa (DF), displasia óssea (DO) e displasia cemento-óssea (DCO)[1,4].

O FOP é uma LFO geralmente vista nas papilas interdentais que surge de células do ligamento periodontal e periósteo, se caracterizando como tumor com focos calcificados de base séssil ou pediculada, coloração que varia do avermelhado ao róseo e sua superfície pode estar intacta ou ulcerada[3,5,6].

O FOP é mais frequente em mandíbula com uma incidência de 70-90% nessa região.Babu e Hallikeri (2017) fizeram um estudo retrospectivo com 659 casos de lesões reativas em cavidade oral e entre as lesões analisadas, 1,6% foram FOP e o perfil principal foi pacientes entre a quarta e quinta década de vida do sexo feminino.

Possui etiopatogenia incerta, a OMS aponta a etiologia do FOP como neoplásica[1]. Alguns autores apontam a etiologia do FOP como relacionado a uma resposta do tecido a fatores traumáticos que podem estimular o crescimento reacional. Além disso, é mais provável que o FOP se origine das células do ligamento periodontal e periósteo, segundo várias hipóteses propostas na literatura[3,5,6,9,12].

Radiograficamente, o FOP costuma ser unilocular e bem definido, contendo diversos graus de tecido calcificado semelhante a osso, cemento ou ambos. No geral o FOP tem aspecto radiolúcido e com o tempo o tumor se torna progressivamente mais radiopaco[1]. A lesão apresenta uma borda mais esteita e uniforme, parcial ou completa, radiolúcida, representando encapsulamento por tecido mole[4,7]. A tomografia multislice é bem utilizada na análise de FOPs devido ao seu tratamento ser mais realizado em centros hospitalares, mostrando margens bem demarcadas, com expansão esférica e densidade heterogênea no FOP, assim como deslocamento ou reabsorção radicular em dentes associados[10].

O exame histopatológico mostra estroma de tecido conjuntivo denso com proliferação fibroblástica e proliferação vascular mínima. Além disso, infiltrado intenso de células inflamatórias crônicas com focos de calcificações distróficas são evidentes evidenciando áreas de tecido ósseo imaturo sugestivo de LFO[7,8,11].

O tratamento proposto para o FOP é a enucleação cirúrgica, retirando também o ligamento periodontal e o periósteo com raspagem com intuito de evitar a ocorrência de recidiva, frequente em cerca de 15% dos casos[7,10,12].

5.2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, não branco, 39 anos, compareceu à Clínica Escola de Odontologia da FIP – Campina Grande com queixa de “um caroço no céu da boca” SIP (segundo informações do paciente), com evolução de cerca de 1 ano. Durante a anamnese, o paciente apresentava dislalia, bem como por vezes, disfagia e dispneia. Ao exame físico extraoral, não foram observadas alterações físicas relevantes. Ao exame físico intraoral, foi observada presença de uma extensa massa tumoral sobre a região de palato duro e mole, estendendo-se para orofaringe e região vestibular do rebordo maxilar do lado direito. A lesão apresentava coloração avermelhada, superfície ulcerada com focos de calcificação visíveis, consistência firme, odor fétido, forma irregular, apresentando base pediculada e grande mobilidade, se inserindo na região palatina do primeiro molar superior direito.



Figura 1. Aspecto clínico inicial. Extenso tumor localizado na região de palato duro e mole, estendendo-se para orofaringe e região vestibular do rebordo maxilar do lado

direito, apresentando 8cm em seu maior diâmetro, coloração avermelhada e superfície ulcerada.

Com base nessas informações, a hipótese de diagnóstico foi de um fibroma ossificante periférico. Solicitou-se a realização de tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliação da extensão da lesão e possível envolvimento de estruturas periféricas, bem como, foi realizada biópsia incisional e encaminhamento para análise histopatológica. Para a realização da biópsia, foi utilizado como material, afastador de minessota, espelho, seringa carpule, mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 DLA®, lâmina de bisturi nº 15 e cabo de bisturi, porta agulha mayo-hegar, fio de nylon 5-0, pinça anatômica e um recipiente contendo formol a 10%.



Figura 2. Aspecto clínico final pós-operatório imediato.

O material obtido foi encaminhado para análise histopatológica. Após quinze dias, obteve-se a confirmação do diagnóstico histopatológico pela presença de um tecido conjuntivo fibroso, celularizado, com focos de neoformação óssea, com pavimentação osteoblástica em sua periferia, sendo confirmada dessa maneira o diagnóstico de FOP.

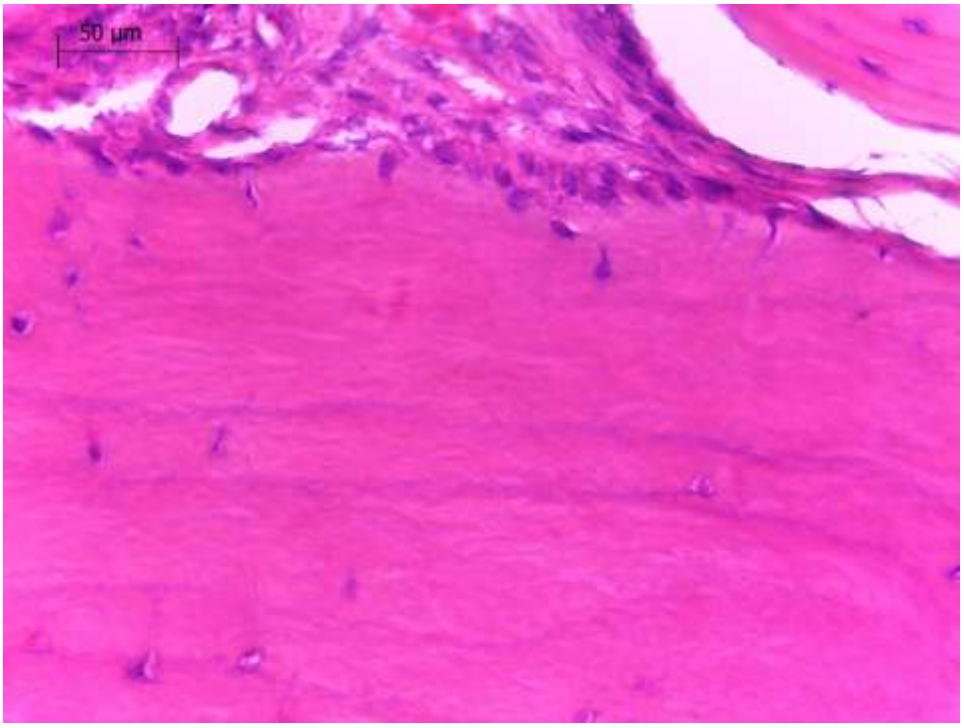


Figura 3. Fotomicrografia em menor aumento destacando neoformação óssea com pavimentação osteoblástica.

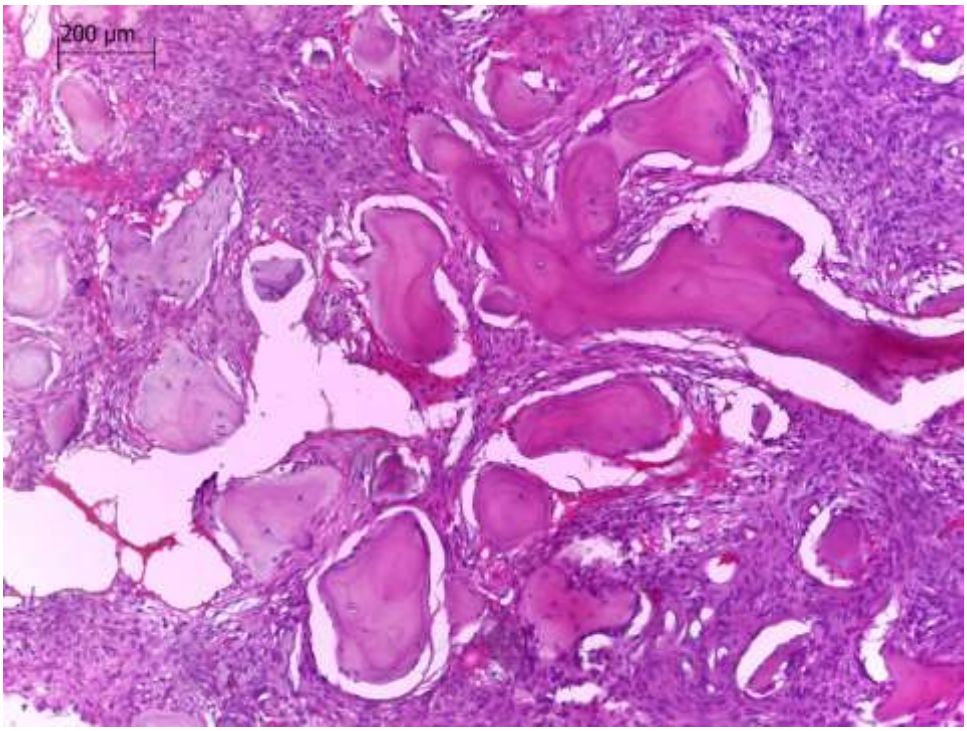


Figura 4. Fotomicrografia em menor aumento destacando neoformação de espículas ósseas.

A análise tomográfica evidenciou presença de lesão hipodensa, originando-se na região de palato e estendendo-se para orofaringe, com tamanho estimado de 8,0X4,2X4,1cm, com múltiplos focos de calcificações irregulares hiperdensas em seu interior. O paciente foi encaminhado para excisão completa da lesão e encontra-se em acompanhamento.



Figura 5. Imagem tomográfica evidenciando extenso tumor hipodenso com focos hiperdensos, com diâmetro médio de 8 cm, expandindo-se para a região orofaringe.

5.3 DISCUSSÃO

Apesar da etiopatogênese incerta, a OMS aponta a etiologia do FOP como neoplásica[1]. Alguns autores apontam a etiologia do FOP como relacionado a uma resposta do tecido a fatores traumáticos crônicos como cálculos dentais, placa bacteriana, próteses mal adaptadas, restaurações excedentes e alimentos duros durante o ato mastigatório que podem estimular o crescimento reacional [3,5,6,9,12]. O FOP é uma lesão rara acometendo predominantemente o sexo feminino entre a terceira e quarta década de vida, com proporção mulher-homem de 5:1[1].

A tabela 1 descreve casos de FOP em palato relatados na literatura. Diversos autores afirmam que o FOP se origina do ligamento periodontal e periósteo. As células mesenquimais do ligamento periodontal associado a irritantes locais. A presença de fibras

oxitalânicas no FOP aponta sua origem no ligamento periodontal[8]. A proliferação excessiva de tecido conjuntivo fibroso maduro seria uma resposta à irritação da gengiva e uma irritação crônica do periósteo e membrana periodontal causam metaplasia do tecido conjuntivo com formação óssea e calcificação distrófica. Outra teoria bem aceita é a de que o FOP também pode ser causado devido a mutações genéticas, muitas vezes raras, que induzem a gengiva a um exacerbado crescimento de tecidos moles contendo focos de mineralização ou ossificação[6,13].

A lesão relatada tinha aspecto tumoral, de base pediculada, superfície ulcerada com focos de calcificações visíveis, coloração avermelhada, limites bem definidos e consistência firme sobre a região de palato duro e mole, estendendo-se para orofaringe e região vestibular do rebordo maxilar do lado direito. Tais características são discordantes com a literatura citada. Além disso, a lesão estava inserida na região palatina do primeiro molar superior direito cujas raízes estavam visíveis por palatina indicando etiologia reacional devido a má higienização.

O FOP normalmente se apresenta como uma massa tumoral assintomática de crescimento lento que pode em casos raros ser grande o suficiente para causar assimetria facial[1,7]. A maioria dos casos de FOP reportados é de 2cm no maior diâmetro. Embora casos de FOP de 4 cm ou mais em sua maior extensão foram reportados[6]. Porém, no caso apresentado no presente estudo, a lesão chega a 8cm em seu maior diâmetro, demonstrando um comportamento expansivo da lesão.

O FOP é comumente visto nas papilas interdentais da região maxilar anterior[1], sendo rara sua presença em palato. Em região maxilofacial, a maxila é mais acometida que a região mandibular, podendo envolver de forma geral os ossos vizinhos, como frontal, zigomático ou esfenóide[10].

O FOP quando não tratado pode atingir um tamanho enorme podendo exigir abordagens mais invasivas com pós operatório doloroso como ressecção em bloco. Desse modo, intervenções precoces são recomendadas para evitar desalinhamento dentário, problemas oclusais, incompetência labial e assimetria facial impactando negativamente na qualidade de vida. O paciente do presente estudo demonstrou dislalia e disfagia. De acordo com El-Naggar et al (2017), após a excisão cirúrgica o FOP não apresenta recidiva na maioria dos casos, não sendo reportada transformação maligna dessa lesão.

Tabela 1. Descrição dos casos de FOP em palato.

Autores	Local do estudo	Localização da lesão	Sexo	Tamanho da lesão	Idade do paciente	Tempo de evolução da lesão
Agarwal et al, 2019	India	Palato duro próximo ao 26	Feminino	4 x 4 x 2cm	68 anos	4 meses
Kharsan et al, 2018	India	Mandíbula entre o 33 e o 36 na vestibular	Feminino	8 x 7cm	18 anos	5 meses
Alsharif et al, 2008	China	-	-	-	3-77 anos	3 dias – 30 anos
Franco-Barrera etl al, 2015	México	Maxila na gengiva entre o 11 e o 14	Feminino	4 x 3 x 1,5cm	11 anos	4 meses
Albagieh, 2021	Arábia Saudita	Mandíbula na gengiva entre o 32 e 33, se expandindo do 34 até o 42	Feminino	4,5 cm na maior extensão	25 anos	5 anos
Choudary et al, 2014	India	Lesões multicêntricas afetando regiões gengivais do arco superior e inferior	Masculino	As lesões variaram de 0,5-3cm	24 anos	2 anos
Singh etl al, 2021	India	Mandíbula na região correspondente aos dentes anteriores	Masculino	1,5-1cm	5 meses	3 meses
Moreti et al, 2016	Brasil	Mandíbula por lingual entre o 43 e 45	Feminino	2cm no maior diâmetro	26 anos	Não informado
Ogbureke etl al, 2015	Estados Unidos	Mandíbula na região dos molares do lado direito	Masculino	45x25x15mm	44 anos	3 meses

Henriques et al, 2016	Brasil	Maxila entre o 21 e o 22	Feminino	1,2x0,9x0,5cm	36 anos	Não informado
Gomes et al, 2019	Brasil	Mandíbula por lingual do lado direito próximo ao 44 e 45	Feminino	3cm em sua maior extensão	27 anos	Não informado
Morais et al, 2021	Brasil	Mandíbula na região vestibular próximo aos dentes 46, 47 e 48	Feminino	-	34 anos	Não informado

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nisso, conclui-se a necessidade de um diagnóstico prévio feito pelo cirurgião-dentista das lesões para minimizar riscos de comprometimento estéticos e/ou funcionais e intervenções mais seguras. A Estomatologia tem papel fundamental na atuação em clínica odontológica para executar o correto diagnóstico e seleção da conduta mais adequada.

5.5 REFERÊNCIAS

1. EL NAGGAR, et al. **WHO classification of head and neck tumours**. Internation agency for research on cancer, v. 4, n. 1, p.: 251-252, 2017.
2. NELSON, BL; PHILLIPS, BJ. Benign fibro-osseous lesions of the head and neck. **Head and Neck Pathology**, v. 13, n. 3, p. 466-475, 2019.
3. HENRIQUES, PSG et al. Coverage root after removing peripheral ossifying fibroma: 5-year follow-up case report. **Case reports in dentistry**, 2016.
4. ALBAGIEH, H. Large peripheral ossifying fibroma interfering with the normal functions of the oral cavity: A rare case report presentation and discussion. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 84, n. 106127, 2021.
5. KHARSAN, V et al. Large ossifying fibroma os jaw bone: a rare report. **PanAfrican Medical Journal**, v. 31, n. 30, p.: 306, 2018.

6. GOMES, VG et al. Fibroma ossificante periférico na mandíbula: relato de caso atípico. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 55, n. 5, p.: 522-529, 2019.

7. MORETI, LCT et al. Fibroma ossificante periférico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 5, n. 2, p.: 106-111, 2016.

8. SINGH, K et al. A rare case of peripheral ossifying fibroma in an infant. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 12, n. 1, p.: 81-83, 2021.

9. KATO, CNA. Análise de imagem de lesões fibro-ósseas. **Universidade Federal de Minas Gerais**. 2019.

10. MORAIS, HGF. Extenso fibroma ossificante central em mandíbula: relato de caso**. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 57, n. 1, p.: 1-4, 2021.

11. BABU, B; HALLIKERI, K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. **Journal of Indian Society of Periodontol**, v. 21, n. 4, p.: 258-263, 2017.

12. AGARWAL, P.; KUMAR, A.; JAIN, K. Palatal peripheral ossifying fibroma: A rare occurence. **International Journal of Health Sciences**, v. 13, n. 4, p.: 63-66, 2019.

13. ALSHARIF, M et al. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A study of 127 chinese patients and review of the literature. **International Journal of Surgical Pathology**, v. 17, n. 2, p.: 122-134, 2009.

14. KATO, CNA et al. Retrospective study of 383 cases of fibro-osseous lesions of the jaws in brazilian patients. **Journal of Maxillofacial Surgery**. v. 76, n. 11, p.: 2348-2359, 2018.

15. CHOUDARY, S et al. Multicentric variant of peripheral ossifying fibroma. **Indian Journal of Dental Research**, v. 25, n. 2, p.: 220-224, 2014.

16. FRANCO-BARRERA, MJ et al. An update on peripheral ossifying fibroma: case report and literature review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 20, n. 1, p.: 1-7, 2015.

17. OGBUREKE, EI et al. A peripheral giant cell granuloma with extensive osseous metaplasia or a hybrid peripheral giant cell granuloma-peripheral ossifying fibroma: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 4, n. 9, p.: 14, 2015.

18. OLIVEIRA, CNA. Epidemiologia das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2016.

19. PORTO, DE et al. Agreement between clinical-radiographic and histopathological diagnoses in maxillofacial fibro-osseous lesions. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 21, n. 156, 2021.

20. WALDRON, CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 43, n. 4, p.: 249-262, 1985.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nisso, conclui-se a necessidade de um diagnóstico prévio feito pelo cirurgião-dentista das lesões para minimizar riscos de comprometimento estéticos e/ou funcionais e intervenções mais seguras. A Estomatologia tem papel fundamental na atuação em clínica odontológica para executar o correto diagnóstico e seleção da conduta mais adequada.

REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

AGARWAL, P.; KUMAR, A.; JAIN, K. Palatal peripheral ossifying fibroma: A rare occurence. **International Journal of Health Sciences**, v. 13, n. 4, p.: 63-66, 2019.

ALBAGIEH, H. Large peripheral ossifying fibroma interfering with the normal functions of the oral cavity: A rare case report presentation and discussion. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 84, n. 106127, 2021.

ALSHARIF, M et al. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A study of 127 chinese patients and review of the literature. **International Journal of Surgical Pathology**, v. 17, n. 2, p.: 122-134, 2009.

BABU, B; HALLIKERI, K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. **Journal of Indian Society of Periodontol**, v. 21, n. 4, p.: 258-263, 2017.

CHOUDARY, S et al. Multicentric variant of peripheral ossifying fibroma. **Indian Journal of Dental Research**, v. 25, n. 2, p.: 220-224, 2014.

EL NAGGAR, et al. **WHO classification of head and neck tumours**. Internation agency for research on cancer, v. 4, n. 1, p.: 251-252, 2017.

FRANCO-BARRERA, MJ et al. An update on peripheral ossifying fibroma: case report and literature review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 20, n. 1, p.: 1-7, 2015.

GOMES, VG et al. Fibroma ossificante periférico na mandíbula: relato de caso atípico. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 55, n. 5, p.: 522-529, 2019.

HENRIQUES, PSG et al. Coverage root after removing peripheral ossifying fibroma: 5-year follow-up case report. **Case reports in dentistry**, 2016.

KATO, CNA et al. Retrospective study of 383 cases of fibro-osseous lesions of the jaws in brazilian patients. **Journal of Maxillofacial Surgery**. v. 76, n. 11, p.: 2348-2359, 2018.

KATO, CNA. Análise de imagem de lesões fibro-ósseas. **Universidade Federal de Minas Gerais**. 2019.

KHARSAN, V et al. Large ossifying fibroma os jaw bone: a rare report. **PanAfrican Medical Journal**, v. 31, n. 30, p.: 306, 2018.

MORAIS, HGF. Extenso fibroma ossificante central em mandíbula: relato de caso**.** **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 57, n. 1, p.: 1-4, 2021.

MORETI, LCT et al. Fibroma ossificante periférico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 5, n. 2, p.: 106-111, 2016.

NELSON, BL; PHILLIPS, BJ. Benign fibro-osseous lesions of the head and neck. **Head and Neck Pathology**, v. 13, n. 3, p. 466-475, 2019.

OGBUREKE, EI et al. A peripheral giant cell granuloma with extensive osseous metaplasia or a hybrid peripheral giant cell granuloma-peripheral ossifying fibroma: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 4, n. 9, p.: 14, 2015.

OLIVEIRA, CNA. Epidemiologia das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2016.

PORTO, DE et al. Agreement between clinical-radiographic and histopathological diagnoses in maxillofacial fibro-osseous lesions. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 21, n. 156, 2021.

SINGH, K et al. A rare case of peripheral ossifying fibroma in na infant. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 12, n. 1, p.: 81-83, 2021.

WALDRON, CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 43, n. 4, p.: 249-262, 1985.

ANEXO

ANEXO A

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXTENSO FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO EM PALATO: RELATO DE CASO
Pesquisador: Luan Éverton Galdino Barnabé
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 56845622.0.0000.5181
Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.367.103

Apresentação do Projeto:
De acordo com o proponente, trata-se de um Relato de Caso, cujo paciente referenciado para o serviço de Estomatologia da FIP-Campina Grande para avaliação de um extenso tumor na região de palato. Após a avaliação, o paciente será submetido a uma biópsia incisional seguida de solicitação de exames imaginológicos. Após confirmação radiológica ou
imaginológica ou histopatológica será estabelecido plano de tratamento com a remoção da lesão e reavaliação clínica após a remoção. Será estabelecido protocolo de biossegurança adotado pelo comitê de biossegurança da FIP em relação aos cuidados para a COVID-19. Será
usado um avental de TNT descartável, óculos de proteção, touca descartável, máscara N-95 e faceshield. Além disso, será realizado em um ambiente aberto e arejado para reduzir os riscos de contaminação pela COVID-19. O paciente que será encaminhado assinará o termo de consentimento livre e esclarecido segundo a resolução 466/12 do Ministério da Saúde para o
fornecimento das informações relacionadas ao caso. As lesões fibro-ósseas (LFOs) são alterações teciduais raras com crescimento neoplásico e afetam as estruturas craniofaciais. O fibroma ossificante periférico (FOP) é uma LFO normalmente vista nas papilas interdentais que surge de células do ligamento periodontal e periósteo, se carcterizando como tumor com focos calcificados de base séssil ou pediculada, coloração que varia do avermelhado ao róseo e sua superfície pode ser intacta ou ulcerada. O FOP é mais comumente achado entre a terceira e quarta década de vida acometendo mais a região posterior da mandíbula, sendo raro no palato. Embora tenha

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

etiopatogenia incerta, a OMS aponta a etiologia do FOP como neoplásica. Radiograficamente, o FOP tem aspecto radiolúcido
e com o tempo o tumor se torna progressivamente mais radiopaco. No exame histopatológico é observado infiltrado intenso de celulas inflamatórias crônicas com focos de cemento e calcificações distróficas evidenciando áreas de tecido ósseo imaturo. O tratamento proposto para o FOP é a enucleação cirúrgica. Diante disso, o objetivo do presente estudo será relatar um caso de extenso FOP em palato e seu tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar um caso de extenso fibroma ossificante periférico em palato.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os aspectos clínicos relacionados ao FOP;
- Ressaltar os principais aspectos imaginológicos do diagnóstico do FOP;
- Apresentar os principais aspectos histopatológicos para o diagnóstico do FOP;
- Caracterizar o plano de tratamento e prognóstico para o FOP;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O vazamento de dados ou o desconforto no atendimento podem ser risco para o paciente. Estas questões serão minimizadas pelo restrito uso de dados para construção deste trabalho e a utilização de métodos anestésicos e analgésicos para legalização dos procedimento, além de seguir rigorosamente os cuidados com a biossegurança para a COVID-19.

Benefícios:

A remoção da lesão levará ao paciente uma melhor qualidade de vida além de promover um correto diagnóstico do caso.

Da maneira como estão expostos, apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 466/2012.1

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 , 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em pesquisa do UNIFIP - Centro Universitário de Patos , considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução. Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil, cujo encaminhamento deve ser feito em até 60 dias.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1914631.pdf	17/03/2022 00:03:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.pdf	17/03/2022 00:02:30	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2022 23:48:02	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAO.pdf	16/03/2022 23:34:17	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/03/2022 23:04:10	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.pdf	16/03/2022 22:49:21	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/03/2022 22:48:56	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	16/03/2022 22:20:04	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 25 de Abril de 2022

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

REGISTRO DA PATOLOGIA: 21/239
REQUISITADO POR: Dr. Luan Éverton Barnabé (FIP – Campina Grande)

NOME DO(A) PACIENTE: Luciano de Brito Nascimento

LOCALIZAÇÃO: Palato duro (lado esquerdo)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO/CIRÚRGICO: Fibroma ossificante periférico

EXAME MICROSCÓPICO:

Os cortes histológicos, corados em hematoxilina e eosina, revelam fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado exibindo áreas de hiperplasia, acantose, degeneração hidrópica, espongiose e exocitose. O tecido conjuntivo subjacente, de densidade variável, é composto por fibras colágenas alongadas, entremeadas por fibroblastos e vasos sanguíneos de calibres diversos, alguns dos quais congestos. Em meio ao conjunto anteriormente descrito, podem ser identificados depósitos mineralizados, ora sob a forma de trabéculas ósseas neoformadas, algumas das quais margeadas por matriz osteoide, ora como glóbulos basofílicos. De permeio, evidencia-se infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear de intensidade variável. Ocasionais osteoclastos e extravasamento hemorrágico completam o quadro microscópico analisado.

DIAGNÓSTICO: Achados histopatológicos compatíveis com Fibroma ossificante periférico
Obs.: Para o diagnóstico definitivo, faz-se necessária a avaliação da lesão em sua totalidade.

Campina Grande, 02 de setembro de 2021

Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka
Patologista Oral

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **EXTENSO FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO EM PALATO: RELATO DE CASO**.

Pesquisador Responsável: Prof. Me. Luan Éverton Galdino Barnabé.

Informações sobre o projeto:

Você está sendo convidado para participar de um estudo ("relato de caso"), tendo como objetivo de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas do seu caso clínico que se encontra em sua ficha de prontuário odontológico na Clínica Escola de Odontologia da FIP Campina Grande.

Quanto aos riscos de participação neste estudo é mínimo e se porventura ocorrer alguma intercorrência, esta será revertida, garantindo a integridade física, moral e mental como participante do relato de caso. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, portanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefício o conhecimento das características clínicas e histopatológica, bem como do tratamento do fibroma ossificante periférico (FOP), em função das particularidades de apresentação dessa condição, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizações que não considere convenientes e, até mesmo abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos/UNIFIP – (Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, 58.7004-200), através do telefone: 0xx(83)3471-7300 – ramal: 276 ou pelo e-mail cep@fiponline.edu.br.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com a assinatura deste termo.

Pesquisador(a) Responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:

Av. Mal. Floriano Peixoto, 3333, Santa Rosa, Campina Grande – PB. Telefone para contato: (83) 3065-3881

E-mail: luanevertoncd@gmail.com

Eu,_____, portador do RG:____, abaixo assinado, tenho recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei, de acordo com a RESOLUÇÃO 510/2016, Capítulo III, Artigo 9º, todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado/a sobre o estudo;

II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;

III. Ter sua privacidade respeitada;

IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;

V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;

VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa; nos termos da lei;

VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Campina Grande, Paraíba,_____de_de____.

_____

Assinatura do entrevistado

