

FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: relato de caso

Bruna Gontijo*

Daniella Cristina Borges**

RESUMO

O fibroma ossificante periférico integra o grupo das lesões proliferativas não neoplásicas sendo uma hiperplasia inflamatória que ocorre exclusivamente na gengiva marginal livre e papila interdentais. Tem etiologia multifatorial e está relacionada a fatores inflamatórios e traumáticos, surgindo a partir de uma resposta tecidual a estímulos crônicos de longa duração. Trata-se de uma patologia de lento crescimento e dependendo da evolução, pode chegar à crista óssea adjacente e apresenta altos índices de recidiva. Essa alteração pode ser confundida com outras lesões e a demora na sua identificação pode causar transtornos para o paciente. Este trabalho descreve um caso de fibroma ossificante periférico localizado na região de incisivo lateral e canino inferiores do lado esquerdo. O paciente do sexo masculino procurou atendimento devido um crescimento de tecido mole neste local, ocasionado dor e desconforto à mastigação. Para o tratamento foi realizado uma adequação prévia do meio bucal, para em seguida realizar o tratamento cirúrgico, com excisão de todo o tecido no local, incluindo o debridamento do perióstio e do ligamento periodontal adjacentes, objetivando-se evitar recidivas. O material foi encaminhado para exame anatomo- patológico. O prognóstico do fibroma ossificante periférico foi favorável.

Palavras-chave: Fibroma Ossificante. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

* Graduando em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas. Rua Vicentina, 230. Bairro Village Vith. Carmo do Paranaíba, MG. brunacpmg2010@hotmail.com

** Professora da disciplina de Periodontia do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas-FPM. Rua Major Gote, 1408, campus I. Patos de Minas MG. Profa.daniella@gmail.com.

The peripheral ossifying fibroma integrates the group of non-neoplastic proliferative lesions and it is an inflammatory hyperplasia that occurs exclusively in the free gingival margin and interdental papilla. Its etiology is multifactorial and is related to inflammatory and traumatic factors, arising from a tissue response to chronic stimuli of long duration. It is a pathology of slow growth and depending on the progress, it can reach the adjacent bone crest and presents high rates of recurrence. This alteration can be confused with other lesions and the delay in its identification may cause inconvenience to the patient. This paper describes a case of peripheral ossifying fibroma located in the region of the lateral incisor and lower canines on the left side. The male patient sought care because of a growth of soft tissue in this place, causing pain and discomfort while chewing. For the treatment was performed prior adequacy of the oral environment, then was performed the surgery with excision of all tissue of the region, including debridement of the periosteum and adjacent periodontal ligament, aiming to prevent recurrences. The material was sent for anatomicopathological examination. The prognosis of peripheral ossifying fibroma was favorable.

Keywords: Ossifying Fibroma. Diagnosis. Treatment.

1 INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante periférico apresenta-se na cavidade bucal, com uma lesão hiperplásica que ocorre exclusivamente na gengiva originando na papila interdentária tanto na maxila quanto na mandíbula com predileção pela região entre incisivo e canino.

Ocorre principalmente no sexo feminino, onde apresenta predileção por crianças e adolescentes entre 10 a 19 anos (NEVILLE, 2009).

A lesão tem origem de uma resposta gengival por fatores irritantes locais crônicos, da presença de corpos estranhos dentro do sulco ou de cálculo dentário e também devido à ausência ou a deficiência na higienização oral, juntamente com a evidência de cáries ou restaurações insatisfatórias que venham a causar alterações teciduais no periodonto (CARLI, 2007).

Seu aspecto clínico apresenta-se diâmetro variando 0,2 a 3,0 cm, volume bastante delimitada, pode ser de base pediculada ou sésil, com área ulcerada e eritematosa, podendo exibir coloração igual à gengiva (POOL, 1995). Na palpação da lesão apresenta endurecida e assintomática (BAUMANNI, 2005).

A lesão apresenta radiograficamente alteração do ligamento periodontal e destruição da crista óssea alveolar (FLAITZ, 2001).

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica total, incluindo o debridamento no periósteo e ligamento periodontal envolvidos. Encaminha-se o tecido excisado para realizar o exame histopatológico. Sendo que se a lesão não for totalmente excisionada, poderá voltar com uma possível destruição óssea. Após a remoção o prognóstico da lesão é muito favorável.

Neste trabalho de conclusão de curso, objetivamos relatar através de um relato de caso de fibroma ossificante periférico localizado na mandíbula de um homem de 23 anos de idade. Após a descrição do tema, associando o caso clínico relatado com a literatura científica atual, serão obtidas informações para enriquecer os conhecimentos dos cirurgiões dentistas em relação ao diagnóstico dos pacientes com fibroma ossificante. Além do relato de caso, uma revisão da literatura sobre a etiologia, possíveis hipóteses de diagnóstico e tratamento desta condição será descrita, ressaltando a importância do diagnóstico diferencial e do exame histopatológico do tecido removido.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O fibroma ossificante periférico é uma neoplasia benigna de crescimento lento, localizado na cavidade bucal (NEVILLE *et al.*, 2000), sendo encontrados vários sinônimos para referir sobre o mesmo “como: épulide fibroide ossificante, fibroma ossificante com calcificação, fibroma cementossificante periférico e granuloma calcificante” (KOHLI, 1998, p. 428).

O termo fibroma ossificante ou cementificante tem origem do ligamento periodontal, fibroblastos e material mineralizado em forma de osso ou cimento (SHETTY *et al.*, 2011). Apresenta-se como lesões proliferativas, os quais são causados por fatores inflamatórios, devido à irritação no local (GARCÍA DE MARCOS, 2010). Sua patogênese é considerada incerta e multifatorial, podendo estar associado com placa bacteriana e aos fatores que predispõe à sua retenção como aparelho ortodôntico, restaurações insatisfatórias, coroas traumáticas,

impactação de alimentos relacionadas ou não com as posições dentárias (GARCÍA DE MARCOS *et al.*, 2010, p. 96).

Essa lesão acontece preferencialmente em crianças e adultos jovens entre 10 a 19 anos, e prevalência de 2 a 4 vezes do sexo feminino (NEVILLE *et al.*, 2009), tendo maior frequência em mulheres de cor branca na 2ª à 4ª década de vida (FREITAS *et al.*, 2006). Seu tempo de duração pode ir de duas semanas a seis meses (BUCHNER, 1987).

Sua localização ocorre comumente na papila interdental e gengiva queratinizada, tanto em maxila quanto em mandíbula, na região de incisivos e caninos, com uma preferência na maxila em 50% dos casos (NEVILLE *et al.*, 2009).

A lesão pode envolver os dentes por vestibular e lingual, podendo ocasionar um deslocamento e mobilidade destes no caso de haver doença periodontal pré-existente (LINDHE, 1999).

2.1 Características Clínicas

O fibroma ossificante periférico apresenta diâmetro pequeno variando, indo de 0,2 a 3,0 cm, mas há relatos que o mesmo pode atingir até 4,0 cm (KENDRICK, 1996). O crescimento do fibroma ossificante periférico se inicia como uma lesão ulcerada, podendo evoluir para a cicatrização da úlcera e uma superfície intacta (NEVILLE *et al.*, 2009).

Apresenta um volume bastante delimitado, com base pediculada ou sésil (SANTIAGO, 2003). A lesão também apresenta área nodular, crescimento exófito, coloração avermelhada com áreas esbranquiçadas, a superfície lisa podendo aparecer áreas ulceradas e também poderá acontecer erosão no osso adjacente (REGEZI, 2000). Pode apresentar-se brilhante ou opaco em determinados lugares com contorno e texturas irregulares (HOFFMARM, 2007, FREITAS *et al.*, 2006, TUJI, 2002, BORAKS, 2001).

Ainda as “lesões vermelhas ulceradas geralmente são confundidas com o granuloma piogênicos, enquanto as rosas, não ulceradas, são clinicamente semelhantes aos fibromas irritação” (NEVILLE *et al.*, 2009, p. 523).

Durante o exame de palpação poderá ocorrer sangramento no local, podendo ser durante ao toque ou espontâneo (FREITAS *et al.*, 2006; BORAKS, 2001, LINDHE, 1999). A lesão tem consistência endurecida e é assintomática na maioria das vezes (BAUMANN *et al.*, 2005).

2.2 Características Radiográficas

Radiograficamente pode se observada uma perda óssea na crista alveolar, alteração no espaço do ligamento periodontal e pontos radiopacos, condizentes com áreas de mineralização, no interior de uma mancha radiolúcida (POON *et al.*, 1995; THIERBACH, 2000; FLAITSZ, 2001).

Em alguns casos não há envolvimento do osso adjacente, “em certas ocasiões e dependendo do tempo de desenvolvimento, áreas de calcificações no interior da lesão podem ser observadas no exame radiográfico, ajustando-se a exposição” (SAMENESES, 2010, p. 49).

2.3 Diagnostico Diferencial

O diagnostico diferencial deve ser criterioso, feito pelo cirurgião dentista em conjunto com o patologista, já que há uma grande semelhança clínica com outras lesões benignas. “Como exemplo, podemos citar as hiperplasias fibroepiteliais, lesões periféricas de células gigantes, o granuloma piogênico” (WALTERS *et al.*, 2001, p. 940).

O granuloma piogênico é muito confundido com o fibroma ossificante periférico quando está no início (KOHLI, 1998).

2.4 Características Histológicas

O exame histopatológico evidencia proliferação de células fibroblásticas em combinação com material mineralizado, sendo a lesão coberta por uma camada de tecido epitelial pavimentoso estratificado (NEVILLE *et al.*, 2009). Há uma variação no tipo de material mineralizado, que pode ser osso, material cementoide e calcificação distrófica, podendo ser observado muitas vezes uma combinação deles (NEVILLE *et al.*, 2009).

“Diferentes formas de calcificação como osso lamelar maduro, osso imaturo, focos de calcificação distróficas, que são mais comuns em lesões iniciais ulceradas e material amorfo circunscrito, que alguns autores classificam como “cimento-like”, podem também estar presentes” (NEVILLE, 2004, p. 433).

Neville *et al.* (2009, p. 525):

Usualmente, o osso é tipo imaturo e trabecular, embora lesões antigas possam apresentar osso tramelar maduro. Não é incomum a presença de trabéculas de osteóide não-mineralizado. Menos frequentemente, são formados gotas ovoides de material cementoide basofílico. As calcificações distróficas são caracterizadas por múltiplos grânulos, pequenos glóbulos, ou grandes aumentos de volume irregulares de material basofílico mineralizado. Tais calcificações distróficas são mais comuns em lesões iniciais ulceradas, enquanto as lesões mais antigas, não-ulceradas, comumente exibem osso bem formado ou cimento. Em alguns casos, células gigantes multinucleadas podem ser encontradas, usualmente em associação com o material mineralizado.

As áreas de calcificações distróficas são comuns em áreas de hiperplasias gengival (CAWSON *et al.*, 1997), sendo relacionada com a reparação do ligamento periodontal (BIRMAN *et al.*, 1978).

Pode apresentar área ulcerada “a superfície é coberta por uma membrana fibrinopurulenta com uma zona de tecido de granulação subjacente” (NEVILLE *et al.*, 2009, p. 524).

O que vai diferenciar o fibroma ossificante periférico das outras lesões vai ser a presença de tecido ósseo no histopatológico (NEVILLE, 2004).

2.5 Tratamento

O tratamento a ser realizado para o fibroma ossificante periférico é a excisão cirúrgica total, incluindo inclusive o periósteo (WALTERS, 2001) e o ligamento periodontal (FLAITZ, 2001) e profilaxia previa..

A excisão em áreas onde há aumento de volume deverá ser realizada abaixo do periósteo, sendo que as recidivas são muito frequentes caso não se remova a base da lesão. Após a excisão da lesão, está deverá ser enviar a lesão para o exame histopatológico (NEVILLE *et al.* 2009).

Os dentes envolvidos devem ser raspados com curetas periodontais cuidadosamente para eliminar novas inflamações do tecido gengival. Caso a lesão não seja totalmente removida, poderá acontecer destruição óssea devida sua evolução, provocando defeitos periodontais ou até perda dos dentes envolvidos (KENDRICK, 1996).

“No caso de haver sequelas, podemos utilizar de técnicas de cirurgias periodontais, como os retalhos reposicionados ou enxertos de tecido conjuntivo, para reparar esteticamente os defeitos gengivais” (NEVILLE *et al.*, 2009, p. 525).

2.6 Prognóstico

Poon *et al.* (1995) afirma que a recidiva varia de 7 a 20%. Já para Walters (2001) a taxa é alta de recidiva, chegam 20%, devido a fatores irritantes e excisão inadequada. Neville *et al.* (2009) relata a recidiva é de 8 a 16% dos casos. De cada cinco fibromas ossificante periférico, em um haverá recidiva (EVERSOLE, 1980).

“Para evitar recorrência, seu risco mínimo envolve a excisão correta que é realizada abaixo do periósteo” (FLAITZ, 2001, p. 34). O tecido excisado deverá sempre ser encaminhado para a realização do exame histopatológico em boas condições para proporcionar diagnóstico, tratamento, prognóstico e prevenção adequados (SANTIAGO, 2003).

3 RELATO DE CASO

Paciente gênero masculino, 23 anos de idade, procurou atendimento odontológico queixando-se de dor ao se alimentar, sangramento à escovação, gosto ruim e incomodo para falar.

Durante a anamnese não foi relatado nenhuma alteração sistêmica digna de nota. O exame extra oral não evidenciou qualquer tipo de assimetria facial ou tumoração. Já no exame intra oral (figuras 1e 2) verificou-se a presença de lesão nodular, de inserção séssil, com superfície irregular, de aproximadamente 2 cm de diâmetro, coloração semelhante a mucosa, recobrindo parcialmente as coroas dentárias dos elementos 32 e 33, causando um afastamento entre eles .

Figura 1: Imagem intra oral vista vestibular, evidenciando lesão nodular entre os dentes 33 e 32.



Fonte: Prof. (a): Ms. Daniella Cristina Borges.

Figura 2: Imagem intra oral vista lingual, evidenciando o afastamento dos dentes 32 e 33.



Fonte: Prof. (a): Ms. Daniella Cristina Borges.

O exame radiográfico periapical evidenciou dentes hígidos, com a presença de uma área desmineralizada na crista óssea alveolar localizada entre os dentes 32 e 33 e um espaçamento do ligamento periodontal por toda a porção mesial da raiz do dente 33.



Fonte: Prof. (a): Ms. Daniella Cristina Borges.

As hipóteses de diagnóstico levantadas foram: lesão periférica de células gigantes, granuloma piogênico e fibroma ossificante periférico.

O plano de tratamento proposto para o paciente incluiu orientações de higiene bucal supervisionada, raspagem supra gengival e remoção dos fatores que predispõe ao acúmulo de placa. Posteriormente o paciente foi encaminhado para excisão cirúrgica da lesão.

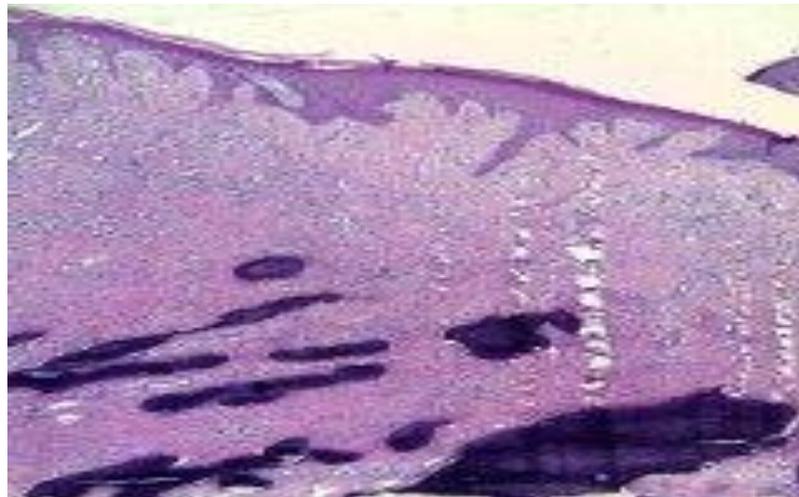
A cirurgia foi realizada sob anestesia local infiltrativa nas porções vestibular e lingual adjacentes à lesão com (lidocaína a 2% com adrenalina na porção de 1:100:000). Realizou-se a ressecção completa da lesão, envolvendo as regiões de ligamento periodontal e periósteo adjacentes. Em seguida uma raspagem e alisamento radicular com curetas e brocas de raspagem (Periojet, Intensive, EUA) foi realizada e um retalho dividido na porção vestibular para melhor adaptação das bordas cirúrgicas (vestibular e lingual) foi a opção de escolha para minimizar os prejuízos funcionais e estéticos do paciente. Na região interproximal onde se localizava a lesão, suturas interdentais foram realizadas.

O material obtido pela excisão cirúrgica foi encaminhado ao laboratório de patologia bucal da Universidade Federal de Uberlândia para análise histopatológica.

3.1 - Análise histopatológica:

Foi observado no exame microscópico em menor aumento (figura 3) uma lesão recoberta por epitélio queratinizado de espessura normal e a presença de uma hiperplasia do tecido conjuntivo juntamente com a formação de áreas de mineralização

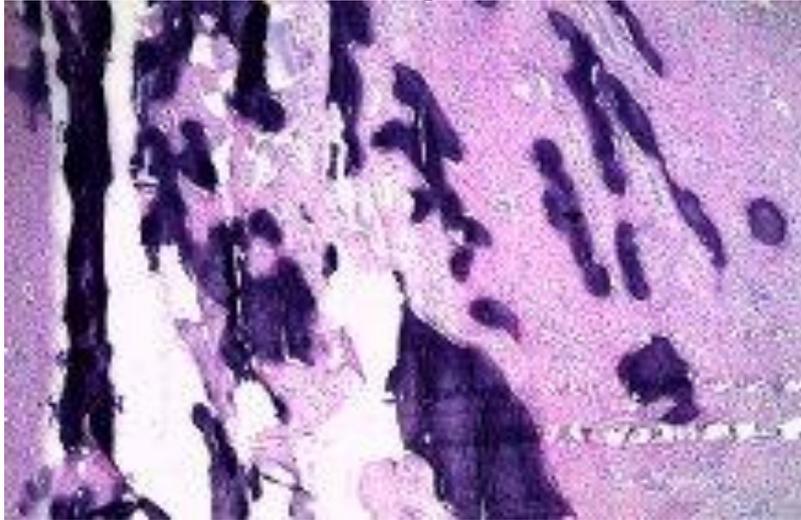
Figura 3:



Fonte: Laboratório de patologia bucal da Universidade Federal de Uberlândia

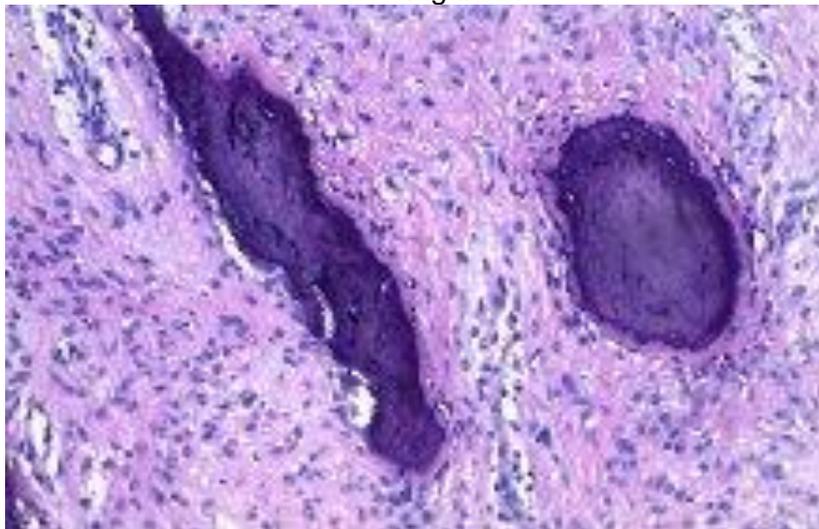
No exame microscópico em maior aumento (figuras 4 e 5) foi observado um tecido conjuntivo denso com a presença de muitos fibroblastos e áreas mineralização.

Figura 4:



Fonte: Laboratório de patologia bucal da Universidade Federal de Uberlândia

Figura 5:



Fonte: Laboratório de patologia bucal da Universidade Federal de Uberlândia

Os aspectos histopatológicos em associação com as características clínicas e radiográficas confirmaram o diagnóstico de Fibroma Ossificante Periférico.

4 DISCUSSÃO

O fibroma ossificante periférico é uma lesão proliferativa não neoplásica de crescimento lento que afeta a mucosa gengival, com predileção em 50% dos casos

na maxila e prevalência pelo sexo feminino no período da 2° a 4° década de vida (FREITAS *et al.*, 2006).

Clinicamente observa-se uma massa tumoral ou nodular séssil de coloração, clara ou rósea, embora, eventualmente, possam surgir áreas avermelhadas resultantes de processo inflamatório secundário, acarretado por trauma na região. Assim nossos achados clínicos estão condizentes com os descritos na literatura (NEVILLE *et al.*, 2004). No entanto esse caso mostra uma lesão localizada na mandíbula de um paciente do sexo masculino, sendo diferente dos relatos da literatura.

O cirurgião dentista deve estar atento sobre qualquer alteração na cavidade bucal para assim estabelecer o correto diagnóstico, na tentativa de buscar os aspectos clínicos e radiográficos que a diferem dos locais normais, associando-os com os prováveis fatores causais. Acredita-se que esse processo seja oriundo da proliferação de fibroblastos do ligamento periodontal com alto potencial para formar cemento, osso e/ou fibras. Na maioria das vezes, os fibroblastos são estimulados por fatores irritantes locais, embora não sejam facilmente notados como no granuloma piogênico.

Na radiografia periapical, observou-se um espessamento do ligamento periodontal, porém essa alteração não deve ser relacionada apenas à presença da lesão, podendo estar associada com o de trauma oclusal constatado no local. Já a área de desmineralização observada na crista óssea adjacente à lesão, entre os dentes 33 e 32, trata-se de uma característica radiográfica encontrada em lesões como o fibroma ossificante periférico. Todavia é importante ressaltarmos que o diagnóstico preciso deve ser dado não apenas pelos aspectos clínicos e radiográficos e sim com a análise histopatológica.

Usualmente os dentes não são afetados, contudo em alguns casos as unidades dentárias adjacentes podem estar deslocadas e amolecidas. Em nosso caso ocorreu um afastamento dos dentes 33 e 32.

O tratamento do fibroma ossificante periférico envolve a excisão cirúrgica e a remoção do fator irritante local. Neste caso a excisão total da lesão foi executada e o paciente recebeu as devidas orientações. Histologicamente o fibroma ossificante periférico caracteriza-se pela presença de feixes desordenados de tecido conjuntivo fibroso celularizado, com formação de depósitos ovóides, irregulares ou trabéculares

de material osteóide ou cementóide (BAUMANN *et al.*, 2005) Assim, os achados histológicos deste caso, corroboram com os da literatura (figuras 3 e 4).

Este tipo de lesão tem uma taxa relativamente alta de recidiva, em torno de 20%, (NEVILLE *et al.*, 2009) porém para minimizar esta tendência é importante a remoção completa da lesão, incluindo o periósteo envolvido e o ligamento periodontal, conforme realizamos durante o procedimento cirúrgico. Além disso, os dentes envolvidos devem ser raspados, para eliminar possíveis irritações e o acompanhamento do paciente se torna imprescindível. Até o momento nenhum sinal de recidiva foi apresentado, sendo que o caso está sendo acompanhado há 14 meses.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho enfoca a importância do cirurgião dentista estar atento sobre as alterações encontradas na cavidade bucal. O conhecimento dos aspectos patológicos e de normalidade dos tecidos periodontais é importante para diagnosticar a lesão no início, distinguindo-a de outras alterações, evitando-se assim complicações e desconforto ao paciente no futuro.

A presença de lesões tardias poderá trazer além de danos estéticos, prejuízos à saúde bucal e até sistêmica do paciente. Como há uma semelhança clínica do fibroma ossificante periférico com outras lesões o exame radiográfico e histopatológico são fundamentais para estabelecer um diagnóstico correto.

REFERÊNCIAS

BAUMANN, I. *et al.* Ossifying fibroma of the ethmoid involving the orbit and the skull base. **J Oral Sci**, 2005; v. 47, n. 3, 149-157 p.

BIRMAN, E. G. *et al.* Fibroma ossificante periférico. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, 1978; v. 32, n. 3, 196-206 p.

BORAKS, S. **Tumores benignos**. Diagnóstico Bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. 349-350 p.

BUCHNER, A.; HANSEN, L. S. **The histomorphologic spectrum of peripheral ossifying fibroma**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1987; v. 63, 452-461 p.

CARLI, João Paulo De *et al.* Fibroma ossificante periférico de grandes proporções: relato de caso clínico: Peripheral ossifying fibroma of great proportions: case report. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 28, n. 2, p.45-49, maio/ago. 2007. Disponível em: <www.apcdaracatuba.com.br/revista/volume_28_02/PDF/TRABALHO_07.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.

CAWSON, R. A. *et al.* **Atlas colorido de enfermidades da boca**. Correlações clínicas e patológicas. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 10-13 p.
EVERSOLE, L. R.; ROVIN, S. Reactive lesions of the gingival. **J. Oral Pathol**. 1980, v. 1, 655-661 p.

FLAITZ, C. **Peripheral ossifying fibroma of the maxillary gingiva**. Am J Dent 2001; v. 14, 31-34 p.

FREITAS, T. M. C. *et al.* Fibroma ossificante periférico: estudo clínico de 67 casos em Natal, RN. **Rev. ABO Nac.**, v. 14, n. 2, p. 113-116, abril/ maio, 2006.

GARCÍA DE MARCOS, J. A. *et al.* Peripheral ossifying fibroma: a clinical and immunohistochemical study of four cases. **J Oral Sci**, 2010; v. 52, n. 1, 95-99 p.

HOFFMANN, R. R.; KRAUSE, R. G. S. Fibroma ossificante periférico:relato de caso clínico. **Revista Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, 2007; v. 7, n. 3, 31-34 p.

KENDRICK, F.; WAGGONER, W. F. Managing a peripheral ossifying fibroma. **J Dent Children**, 1996; v. 63, n. 2, 135-138 p.

KOHLI, K. *et al.* Peripheral ossifying fibroma associate with a neonatal tooth: case report. **American Academy of Pediatric Dentistry**, 1998, v. 20, n. 7, 428-429 p.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 800 p.

NEVILLE, B. W. Tumores de Tecidos Moles. In:_____.**Patologia oral & maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 12, 432-434 p.

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 972 p.

POON, C. K. *et al.* Giant Peripheral ossifying fibroma of the maxilla: report of a case. **J Oral Maxillofacial Surg**, 1995; v. 53, 695-698 p.

REGEZI, S. A.; SCIUBBA, J. J. Tumores benignos não odontogênicos. In: REGEZI, S. A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas**. 3 ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

SANTIAGO, L. M.; GUSMÃO, E. S.; SILVA, U. H. Fibroma ossificante periférico e hiperplasia fibrosa inflamatória - Relato de Caso Clínico: Ossifying fibroma peripheral and inflammatory fibrous Radiographic evaluation of alveolar. **Odontologia. Clín.-científ.**, Recife, v. 2, n. 3, p.233-240, set/dez, 2003. Disponível em: <http://crope.org.br/revista/r_v2n3a03/r_v2n3a03_12.pdf>. Acesso em 13 de agosto 2012.

SAMENESES, D. P. C; BASTOS, E. G.; SILVA, V. C. Tratamento de fibroma ossificante periférico: relato de caso clínico: Peripheral ossifying fibroma treatment: a case report. **Rev Pesq Saúde**, Maranhão, v. 11, n. 2, p. 49-52, maio/ago. 2010. Disponível em: <www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/553/304>. Acesso em: 10 maio 2012.

SHETTY, D. C. *et al.* Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. Indian **J Dent Res**, 2011; v. 22, n. 1, 56-61 p.

THIERBACH, V.; QUARCOO, S.; ORLIAN, A. I. **Atypical peripheral ossifying fibroma**. N Y State Dent J 2000; v. 66, n. 8, 26-28 p.

TUJI, F. M. *et al.* Fibroma cimento-ossificante: relato de um caso clínico. **Revista Odontologica Ciencias**, 2002; v. 17, n. 38, 327-330 p.

WALTERS, J. D. *et al.* **Excision and repair of the peripheral ossifying fibroma: a report of 3 cases.** J Periodontol, 2001; v. 72, 939-944 p.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pela graça da vida e por estar sempre em todos os desafios.

Aos meus pais, Edson e Maria, pelo apoio, paciência e compreensão, pelo amor que transformou aos meus sonhos em suas vontades e minhas alegrias em vitórias.

Aos meus familiares pelo carinho e orações.

A Renata de Melo Reis o meu agradecimento, pela amizade, paciência e contribuição dada durante os estágios.

A minha orientadora professora Ms. Daniella Cristina Borges gostaria de expressar toda a minha gratidão e admiração pela competência, esforço, paciência e determinação. Obrigada pela disposição em me ajudar sempre.

Aos professores Cizelene pela colaboração na execução do exame histopatológico e Luiz Fernando que esclareceu as minhas dúvidas com paciência.

A professora de TCC Nayara e a banca examinadora pelo incentivo, paciência e força.

Aos professores, que são responsáveis pela minha formação profissional e pessoal.

Se hoje estou concluindo meu curso de odontologia é com certeza, com a ajuda de cada um de vocês. Muito obrigada a todos!