

# Remoção cirúrgica de fibroma lingual e gengival em crianças

Recebido em: nov/2014

Aprovado em: fev/2015

## *Surgical removal of tongue and gingival fibroma in children*

**Josiane Ferreira Corteleti -**

Especialista em Odontopediatria  
- Mestranda em Odontopediatria da  
Faculdade São Leopoldo Mandic

**Caroline Miki Ota - Especialista em**  
Odontopediatria - Mestranda em  
Odontopediatria da Faculdade São  
Leopoldo Mandic

**Daniela Hesse - DDS, MSc, PhD Student,**  
Department of Pediatric Dentistry School  
of Dentistry - University of São Paulo (USP)

**Tatiane Fernandes Novaes - Mestre e**  
Doutora em Odontopediatria - Pós-  
doutoranda da Universidade Cruzeiro do  
Sul - SP

**Daniela Prócida Raggio - Professora**  
associada da disciplina de  
Odontopediatria da Fousp

**José Carlos Pettorossi Imparato**  
- Professor do programa da pós-  
graduação da Faculdade São Leopoldo  
Mandic Campinas/SP e professor  
livre docente da disciplina de  
Odontopediatria da Fousp

*Termos de consentimento livre  
esclarecido assinados pelos responsáveis  
e enviados à Revista*

Autor de correspondência:  
Josiane Ferreira Corteleti  
Avenida Estudante José Júlio de Souza, 3.370 -  
apto. 1102 - Edifício Leda Passos  
Praia de Itaparica - Vila Velha/ES  
29102-010  
Brasil  
josianecorteleti@hotmail.com

### RESUMO

Fibroma é um tumor benigno em que ocorre uma hiperplasia tecidual. Seu nome é característico por apresentar um grande número de células gigantes. O objetivo desse artigo é sequenciar a abordagem de remoção cirúrgica até o encaminhamento para avaliação histológica de dois fibromas, diagnosticados na língua e mucosa gengival em crianças de tenra idade. O prognóstico de cura em caso de presença do fibroma está relacionado à sua correta remoção feita cirurgicamente. Nos casos descritos, a resolução dos tumores foi observada após o período de preservação e cicatrização cirúrgicos.

**Descritores:** fibroma; língua; gengiva

### ABSTRACT

Fibroma is a benign tumor that occurs the hyperplasia of the tissue. Its name is characteristic for having a large number of giant cells. The purpose of this article is to sequence the approach of surgical removal until referral for histological evaluation of two fibroma diagnosed on the tongue and gingival in children an early age. The prognosis for the cure in case of presence of fibroma is related to its correct removal taken surgically. On the presented cases, the resolution of the tumors was observed after the preservation and healing surgical.

**Descriptors:** fibroma; tongue; gingiva

### RELEVÂNCIA CLÍNICA

Fibromas podem ser encontrados em diferentes regiões da cavidade bucal, sendo de extrema importância que Cirurgiões-Dentistas saibam diagnosticar e intervir corretamente em cada caso. Assim, a descrição de diferentes lesões e da técnica cirúrgica adequada a cada tipo e localização encontrados torna-se de grande valia.

## INTRODUÇÃO

Fibromas são tumores benignos que se desenvolvem a partir de uma reação hiperplásica tecidual, habitualmente relacionada a estímulos traumáticos que são responsáveis por desencadear reações inflamatórias do tecido conjuntivo.<sup>1</sup> A designação fibroma tem origem no grande número de células gigantes caracteristicamente localizadas em suas áreas de hiperplasia tecidual.<sup>2,3</sup>

Os fibromas raramente excedem a medida de dois centímetros de diâmetro sendo, em sua maioria, assintomáticos<sup>4,5</sup>, com base de implantação sésil ou pediculada e superfície lisa hiperqueratótica ou, em caso de etiologia traumática recorrente, tornam-se ulcerados. Acometem os tecidos gengivais com maior frequência, sendo mais incidentes em mulheres, na mandíbula, com picos de prevalência entre a segunda e quinta décadas de vida.<sup>6,7</sup> As regiões de mucosa jugal e labial, bem como as porções do dorso e ventre lingual, também são áreas ricas em tecido conjuntivo, comumente relacionadas à detecção de fibromas por serem susceptíveis a traumas oclusais e mastigatórios. Existem poucas evidências científicas que comprovem a influência dos hormônios sexuais ou femininos no desenvolvimento das hiperplasias fibrosas.<sup>1</sup>

Histologicamente, os fibromas podem ser divididos em dois tipos: simples e complexo. O tipo simples apresenta falta de epitélio odontogênico ou ilhas dispersas de remanescentes epiteliais incorporados ao colágeno, também nomeados fibromixoides. Já o complexo apresenta um maior número de células, com ilhas mais proeminentes de tecido epitelial associadas a depósitos de tecido calcificado.<sup>8</sup> O tratamento de escolha para ambos os casos envolve a excisão cirúrgica das lesões<sup>3,9,10</sup> com raros relatos de recidiva descritos até então.

Na difícil tarefa de estabelecer o diagnóstico diferencial entre uma vasta gama de lesões orais detectadas rotineiramente pelos Cirurgiões-Dentistas, os fibromas podem ser confundidos com outros tipos de alterações ou patologias, benignas ou não. Assim, é de fundamental importância identificar e intervir corretamente mediante a descrição e localização de cada uma dessas lesões.<sup>11</sup> No entanto, poucos relatos são encontrados na literatura abordando a conduta diagnóstica e terapêutica melhor indicada frente a cada situação.

De tal modo, esse trabalho tem como objetivo, sequenciar a abordagem de remoção cirúrgica até o encaminhamento para avaliação histológica de dois fibromas, diagnosticados na língua e mucosa gengival de crianças de tenra idade.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

### Caso 1

Paciente B.S.S, três anos de idade, gênero feminino, com bom quadro de saúde geral, apresentou-se à Clínica de Especialização em Odontopediatria procurando atendimento odontológico. A mãe da paciente mostrava aflição constante com a filha, relatando que "a gengiva tinha crescido muito entre os dentes da criança".

Cabe salientar que, por tratar-se de uma paciente de tenra idade, o início de todas as sessões de atendimento foi sempre envolvido pela aplicação das mais variadas técnicas psi-

cológicas para manejo comportamental e condicionamento da criança. Em alguns momentos, após o consentimento da responsável, foi também necessário o uso da estabilização protetora realizada com o auxílio da mãe deitada de bruços sobre a criança, a fim de evitar movimentação brusca e consequentes acidentes.

Em princípio, foi feita uma anamnese detalhada e exame clínico de toda cavidade oral da paciente, não sendo identificadas lesões de cárie ou qualquer outra alteração que demandasse intervenção. Em seguida, mediante a observação da área de hiperplasia tecidual fibrosa, assintomática, envolvendo a mucosa gengival entre os incisivos centrais inferiores decíduos, uma hipótese diagnóstica sugestiva de detecção de um fibroma gengival foi levantada (Figuras 01a e b). A partir de então, foi planejada a remoção cirúrgica de todo o tecido hiperplasiado, para posterior envio a um laboratório de análise histopatológica para confirmação da hipótese diagnóstica mencionada.

Ao início do procedimento cirúrgico, a etapa de assepsia extra e intraoral foi feita com utilização de gaze estéril (Cremer, Santa Catarina, Brasil) embebida em solução de digluconato de clorexidina 2% (Clorhexidina a 2%, FGM, Santa Catarina, Brasil). A mucosa alveolar circundante à área cirúrgica foi mantida seca com auxílio de roletes de algodão e sugador para realização da anestesia tópica (Benzotop, DFL, Rio de Janeiro, Brasil) que fora seguida pela anestesia infiltrativa, feita em toda base do tecido hiperplásico, com acesso vestibular e lingual; utilizado o sal anestésico do tipo amida de nome Lidocaína, na concentração de 2% e associação à adrenalina como substância vasoconstrictora (Alphacaine, DFL, Rio de Janeiro, Brasil).

A etapa de incisão foi feita com lâmina de bisturi estéril número 15 (Solidor, Santa Catarina, Brasil), sendo as primeiras incisões realizadas perpendicularmente ao longo eixo do dente, em proximidade às faces mesial do incisivo lateral inferior direito (unidade 82) e distal do incisivo central (unidade 81). Logo depois, foi feita uma incisão mais extensa envolvendo toda base do tecido hiperplasiado, removido em sequência (Figura 02).

Para a etapa de hemostasia, foi feita a compressão da região cirúrgica com compressas de gaze estéril (Cremer, Santa Catarina, Brasil) embebidas em solução de cloreto de sódio na concentração de 0,9% (Solução Fisiológica, Arboreto, Minas Gerais, Brasil). Ao final, foi utilizado o cimento cirúrgico Technew para o recobrimento e proteção da área cirúrgica (Technew, Rio de Janeiro, Brasil).

O tecido hiperplasiado removido foi armazenado em recipiente plástico estéril contendo formaldeído a 10% com imediato encaminhamento para análise histopatológica realizada no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Uma semana após a intervenção cirúrgica, a paciente compareceu à consulta de controle pós-operatório realizada na clínica de Urgência e Emergência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Um segundo retorno foi marcado um mês após a cirurgia, mostrando total cicatrização da área.

A avaliação histológica do tecido removido confirmou o achado de um fibroma gengival.

## Caso 2

Paciente D.E.N.A., gênero masculino, 1 ano e 6 meses de idade, apresentou-se à Clínica de Especialização em Odontopediatria para tratamento odontológico. A mãe relatou que "a criança apresentava uma bolinha esbranquiçada na base da língua que estava crescendo".

A partir da realização da anamnese, observou-se que o paciente apresentava bom quadro de saúde geral, não sendo detectada nenhuma lesão de cárie. Clinicamente foi identificada a presença de um tecido hiperplasiado que caracterizava uma lesão de base sésil, assintomática, com tamanho aproximado de 4x3 milímetros, de coloração clara hiperqueratinizada (esbranquiçada), localizada no ventre lingual (Figura 02).

Assim, como no relato do primeiro caso, a etapa de planejamento terapêutico envolveu a remoção cirúrgica da lesão com posterior encaminhamento do tecido removido para análise histopatológica para confirmação do diagnóstico de fibroma lingual.

Ao início do procedimento cirúrgico, foi realizada a assepsia extra e intraoral feitas com compressas de gaze estéril (Cremer, Santa Catarina, Brasil) embebidas em solução de digluconato de clorexina 2% (Clorhexidina a 2%, FGM, Santa Catarina, Brasil), seguida de anestesia tópica e infiltrativa ao redor da lesão nodular. As soluções anestésicas utilizadas seguem a mesma descrição apresentada no relato anterior (Alphacaine, DFL, Rio de Janeiro, Brasil) (Figura 03).

O pinçamento da lesão (Figura 04) foi feito para estabilização do tecido, seguido da etapa de incisão, também feita com lâmina de bisturi número 15 (Solidor, Santa Catarina, Brasil). De modo semelhante ao primeiro relato, a incisão foi estendida em torno de toda a lesão (Figura 05).

O tecido removido (Figura 06) foi armazenado em recipiente plástico contendo formaldeído a 10% para envio à análise histológica. Enquanto no primeiro caso, apenas o cimento cirúrgico foi utilizado para favorecer a etapa de cicatrização, após a remoção do fibroma lingual, foi realizada sutura feita com fio de seda 4.0 (Technew, Rio de Janeiro, Brasil) e pontos simples.

O resultado da análise histológica confirmou o diagnóstico de fibroma lingual. O exame de microscopia evidencia epitélio pavimentoso estratificado com áreas de acantose e tecido conjuntivo denso com fibras colágenas dispostas aleatoriamente (Figuras 07 e 08).

## DISCUSSÃO

Os casos relatados na literatura de ocorrência e detecção clínico-odontológica de hiperplasias fibrosas, tem prevalência de 5 a 10% entre todas as lesões<sup>1,12</sup> com maior manifestação no sexo feminino, entre a segunda e terceira décadas de vida.<sup>4</sup> Os casos apresentados, contrariamente à ocorrência descrita na literatura, foram relatados em crianças de tenra idade, um deles no sexo masculino. Geralmente são assintomáticos<sup>1,4,5,7</sup>, relato também observado nos dois casos descritos.

A detecção de fibromas do tipo gengival é um achado frequentemente relacionado ao corpo mandibular, corroborando com a hipótese diagnóstica levantada no primeiro caso. Por outro

lado, dentre todos os tipos de hiperplasias do tipo fibrosas, a maxila, o palato duro e a língua são áreas menos atingidas.<sup>12</sup> Todavia, no segundo relato, foi apresentado o diagnóstico de um fibroma lingual. Em sua maioria, os fibromas são pediculares<sup>7</sup> embora, no segundo caso, tenha sido mencionada a caracterização de um fibroma lingual de base sésil.<sup>5</sup>

A terapêutica cirúrgica de excisão da área hiperplasiada deve ser individualizada de acordo com as características e localização de cada um dos tipos de fibromas passíveis de detecção. Normalmente, a técnica anestésica mais indicada é a infiltrativa ao redor da lesão, manobra operatória desenvolvida até a completa isquemia do tecido hiperplasiado. As incisões planejadas devem ser obrigatoriamente capazes de remover o corpo e a base de toda a lesão. Adicionalmente, a região exposta de tecido conjuntivo, requer a utilização de uma substância reparadora<sup>13</sup>, como no primeiro caso, onde foi feito o recobrimento tecidual com um cimento cirúrgico. Quando o tecido exposto for do tipo muscular, como no fibroma lingual, os limites de incisão devem ser suturados. A indicação do cimento cirúrgico para proteção do tecido exposto pela manobra cirúrgica é uma preferência unanimemente mencionada pelos docentes de Faculdades de Odontologia de todo o país.<sup>13</sup>

A remoção das áreas de hiperplasia fibrosa também pode ser realizada com eletrocirurgia<sup>14</sup>, uma opção plausível e supostamente vantajosa mediante a simultaneidade do corte tecidual e do efeito de coagulação e consequente controle de sangramento, promovidos pela utilização de correntes elétricas de alta frequência.<sup>15</sup> O relato de dor e a etapa de cicatrização, além do direcionamento das manobras de incisão, podem ser todos semelhantes ao que é realizado na cirurgia convencional, feita com o auxílio de lâminas de bisturi.<sup>15</sup> Em contrapartida, o manuseio do equipamento de eletrocirurgia, bem como sua técnica de aplicação, podem exigir relativa experiência profissional, conhecimento das suas indicações, havendo também a necessidade de trabalho em parceria com um profissional auxiliar, habilitado para uma sucção efetiva capaz de controlar os vapores residuais liberados no ambiente durante o procedimento.<sup>16</sup>

A etiologia mais aceita para a manifestação dos mais variados tipos de fibroma é a de origem fibroblástica, onde as alterações nos fibroblastos tornam-se visíveis na análise histopatológica.<sup>17</sup> Porém, alguns autores acreditam que hiperplasias teciduais podem estar associadas a algum episódio de traumatismo ou a um quadro de inflamação crônica.<sup>18</sup> Nos casos relatados, não foram recordados ou relatados nenhum histórico de trauma ou inflamação relacionados às lesões apresentadas, não podendo ser diagnosticada a etiologia dos presentes fibromas.

Apesar da avaliação histológica dos fibromas ser comumente capaz de diferenciar a presença dos tipos simples ou complexo, nos casos apresentados, essa diferenciação não foi descrita pelos laudos das análises anatomopatológicas. Entretanto, essa informação detalha a caracterização da lesão, mas não interfere no prognóstico do caso ou na conduta clínica de remoção cirúrgica. Por fim, cabe salientar que, a análise histológica é uma etapa fundamental para estabelecimento de diagnósticos diferenciais, como foi exposto nos dois casos.



FIGURA 1A  
Exame clínico - Caso 1



FIGURA 1B  
Aspecto da mucosa após a remoção tecidual - Caso 1



FIGURA 2  
Exame Clínico - Caso 2



FIGURA 3  
Anestesia infiltrativa ao redor da lesão

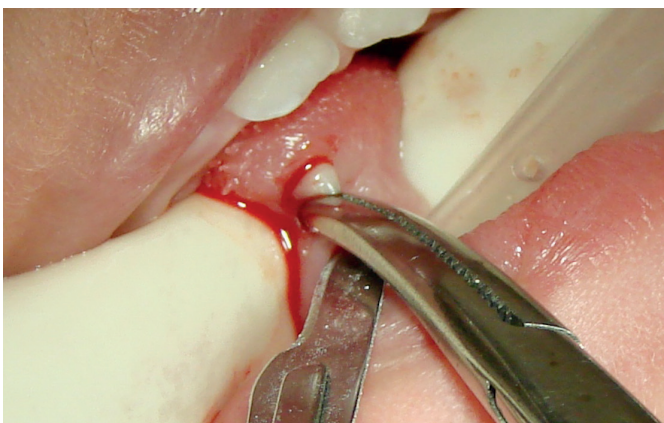


FIGURA 4  
Incisão ao redor da lesão



FIGURA 5  
Lâmina de bisturi número 15 e fragmento tecidual extraído



FIGURA 6  
Pinçamento da lesão

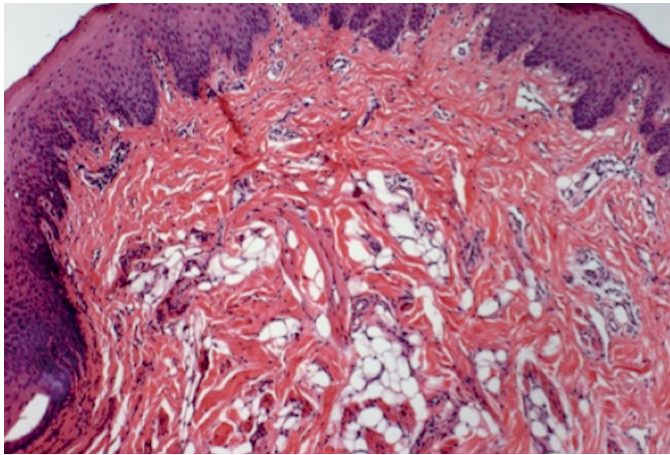


FIGURA 8  
Exame histológico da lesão

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Faculdade de Odontologia - Anatomia Patológica

|              |                               |                       |
|--------------|-------------------------------|-----------------------|
| Num. R.G.:   |                               | Num. Lab.: 08061159AP |
| Nome:        | Davi Eduardo Nista de Almeida | Idade:                |
| Diag.        | pápula                        | Sexo:                 |
| Região:      | Ventre da língua              | Raça:                 |
| Recebido de: | Daniela Hesse                 | Data:                 |
| Procedência: | odontope                      | Data Saída:           |

Descritivo:

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

MACROSCOPIA

O material recebido para exame consta de 1 fragmento de tecido mole, formato regular, superfície lisa, consistência fibrosa, coloração esbranquiçada e medindo 4mmx3mm

MICROSCOPIA

Os cortes histológicos revelam fragmento de mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado com áreas de acantose. A lâmina própria está formada por tecido conjuntivo denso ricamente colagenizado, e cujas feixes de fibras colágenas se dispõem aleatoriamente. Discreto infiltrado inflamatório mononuclear difuso, ácinos de glândulas salivares menores da região e feixes de fibras musculares foram observados.

**Diagnóstico:**  
Ventre da língua, região de ápice: Fibroma

Dr. Roberto A. Garcia Rejas      Profa. Dra. Suzana C.O.M. de Sousa 1

FIGURA 7  
Resultado do exame histológico

**CONCLUSÃO**

Os fibromas, apesar de serem lesões benignas, de fácil resolução através da remoção cirúrgica, podem ser confundidos com outros tipos de alterações ou patologias bucais, sendo fundamental o conhecimento e prática criteriosa das fases diagnóstica e terapêutica. Nos casos descritos, a resolução dos tumores foi observada após cirurgia convencional feita com lâmina de bisturi, tendo um período de preservação e cicatrização adequados.

**APLICAÇÃO CLÍNICA**

O conhecimento das características clínicas e histológicas dos variados tipos de fibroma deve ser inerente à formação e rotina de atendimento do Cirurgião-Dentista. Assim, embasamos as condutas diagnóstica e cirúrgico-terapêutica a serem necessariamente individualizadas conforme a apresentação e localização das variadas formas de manifestação das hiperplasias teciduais.

**REFERÊNCIAS**

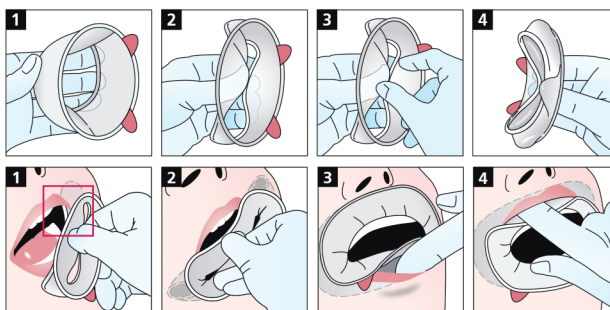
- Santos TS, Martins-Filho PRS, Piva MR, Andrade ESS. Focal fibrous hyperplasia: a review of 193 cases. J Oral Maxillofac Pathol. 2014; 18(1):S86-S89.
- Uloopi KS, Vinay C, Deepika A, Sekhan RC, Raghu D, Ramesh T. Pediatric giant cell fibroma: an unusual case report. Ped. Dent. 2012; (34): 503-505.
- Parwani S, Parwani RN. Diagnosis and management of focal reactive overgrowths of gingiva-- a case series. J Mich Dent Assoc. 2014; 96(7):36-47.
- Dongre A, Khopkar U. Asymptomatic nodule on the tongue. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011; 77:112.
- Valério RA, Queiroz AM, Romualdo PC, Brentegani LG, Paula-Silva FWG. Mucocele and Fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. Braz Dent J. 2013; 24(5): 537-541.
- Esmeli T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. Dent Clin North Am 2005;49:23-40.
- Braga MM, Carvalho ALG, Vasconcelos MCP, Braz-Silva PH, Pinheiro SL. Giant Cell fibroma: a case report. J. Clin. Ped. Dent. 2006; (30): 261-264.
- Hollowell M, Gang D, Pantanowitz L. Odontogenic fibroma. Ear. Nose Throat. J. 2010; (89): 214-215.
- Adachi P, Pires-Soubhia AM, Horikawa FK, Shinohara EH. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn. Clinical, pathological, and therapeutical aspects. Oral Maxillofac Surg 2011;15: 11-13.
- Sreeja C, Vezhavendan N, Shabana E, Vijavalakshmi D, Devi M, Arunakiry N. Recurrent peripheral odontogenic fibroma associated with basal cell budding. J Pharm Bioallied Sci. 2014; 6(1): S204-S207.
- Brannon RB. Central odontogenic fibroma, myxoma (odontogenic myxoma, fibromyxoma), and central odontogenic granular cell tumor. Oral Maxillofacial Surg. Clin. N. Am. 2004; (16): 359-374.
- Bakos LH. The giant cell fibroma: a review of 116 cases. Ann. Dent. 1992; (51): 32-35.
- Tuler WF, Milanezi LA, Garcia VG. O uso do cimento cirúrgico nas clínicas de periodontia das Faculdades de Odontologia Brasileiras. Rev Odontol Araç. 2003; Jan - Jul; 24 (1): 9-13.
- Vasconcelos BCE, Frota R, Pereira JRD, Freitas LHM, Santos LKM. O uso da eletrocirurgia em procedimentos bucais. Rev. de Cir. Buco-Maxilo-Facial. 2003; Jul - Sep 3 (3): 35-42.
- Sacot NJ, Peña CA, Pepe DA. Electrocirurgia. Rev. Fac. Odontol. (Buenos Aires). 1996; 16 (43): 34 - 42.
- Moore DA. Electrosurgery in dentistry: past and present. Gen Dent. 1995; Sep - Oct; 43 (5): 460- 465.
- Mighell AJ, Robinson PA, Hume WJ. PCNA and Ki-67 immunoreactivity in multinucleated cells of giant cell fibroma and peripheral giant cell granuloma. J. Oral Pathol Med. 1996; (25): 193-199.
- Reibel J. Oral fibrous hyperplasias containing stellate and multinucleated cells. Scandal. J. Dent. Res. 1982; (90): 217-226.



## A solução **confortável** para uma melhor **visualização**



(Ivoclar Vivadent AG, Liechtenstein)

**OptraGate®**

OptraGate é um acessório inovador que permite a ampliação do campo operatório de forma fácil e confortável. Está disponível em dois tamanhos para adultos (Regular e Small) e um tamanho para crianças (Junior).

**Refil**

|         |          |        |
|---------|----------|--------|
| Regular | 80 unid. | 590850 |
| Small   | 80 unid. | 590851 |
| Junior  | 80 unid. | 591451 |

**Preço especial**

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| <b>R\$ 415,85</b> | - cada caixa |
| <b>R\$ 445,55</b> | - cada caixa |
| <b>R\$ 445,55</b> | - cada caixa |



Para mais informações: [cac@ivoclarvivadent.com](mailto:cac@ivoclarvivadent.com) | Fone: 11 2424-7400 - Fax: 11 2424-7440

\*Todas as imagens são ilustrativas | Validade da promoção: até 31/05/2015 ou enquanto durarem os estoques Ivoclar Vivadent Brasil, empresa do grupo Ivoclar Vivadent AG – Liechtenstein | [www.ivoclarvivadent.com](http://www.ivoclarvivadent.com)

**ivoclar  
vivadent**  
passion vision innovation