

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA  
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL: RELATO DE CASO**

PABLO JHONY PALHANO COSTA

Manaus - Amazonas

2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA  
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL: RELATO DE CASO**

PABLO JHONY PALHANO COSTA

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Msc. Gustavo Cavalcanti de Albuquerque

Co-Orientador: Residente Gilcinete Oliveira

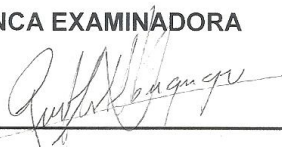
Manaus – Amazonas

2017

**TERMO DE APROVAÇÃO**

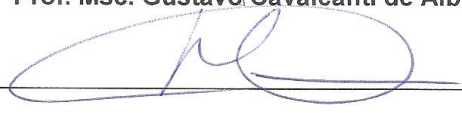
O Ac. **Pablo Jhony Palhano Costa** foi aprovado mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado **FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL- RELATO DE CASO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

**BANCA EXAMINADORA**



---

**Prof. Msc. Gustavo Cavalcanti de Albuquerque (Orientador)**



**Prof. Dr. Marcelo Vinicius Oliveira**



---

**Prof. Msc. Valber Barbosa Martins**

**Manaus, 20 de junho de 2017.**

*Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.*

*Aos meus pais, Paulo Soares Costa e Maria Josimar Alves Palhano e aos meus irmãos Paulo Henrique Palhano Costa, Yaçanã Palhano Costa e Manoel Palhano Costa, que sem eles eu jamais chegaria aonde cheguei. Vocês merecem todo o meu amor e dedicação.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer, sei que Ele esteve e estará sempre ao meu lado durante todas as circunstâncias, guiando meus passos.

Agradecer aqueles que não medem esforços para me oferecer o melhor: meus incríveis pais. Por nunca me negarem nada, por estarem sempre a postos para me ajudar e por serem completamente presentes em todas as fases da minha vida.

Agradecer ao meu orientador, professor, educador, Gustavo Albuquerque, pelo apoio e confiança depositados em mim, para a elaboração deste trabalho.

Agradeço a todos os *professores* por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de *formação profissional*, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos *professores* dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A Universidade do Estado do Amazonas, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradecer à residente Gilcinete Oliveira e ao residente Saulo Chateaubriand, por terem me dado todo o suporte para que este trabalho fosse desenvolvido e concluído com sucesso.

A todos os meus amigos, que me proporcionaram momentos de descontração e alegria dentro e fora da faculdade. Obrigado pela amizade e que possamos continuar com essa parceria além da graduação.

A minha namorada, melhor amiga e companheira de todas as horas, Camila Leite Barbosa, pelo carinho, compreensão, amor e solidariedade inefável.

Aos pacientes, por serem as peças principais, por serem os grandes responsáveis pelo meu aprendizado.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”*

*Charles Chaplin.*

## RESUMO

O fibroma ossificante central é uma neoplasia benigna de origem fibro-óssea incomum que acomete os ossos da face, diagnosticado com uma combinação de exames clínico, radiológico e histopatológico. A lesão é assintomática, na maioria dos casos, até o crescimento produzir tumefação visível e deformidade moderada. O presente trabalho relata o caso clínico de um fibroma ossificante na mandíbula confirmado por biopsia incisiva de um paciente melanoderma, 26 anos, na qual foi observado aumento da cortical óssea lingual na região de sínfise mandibular, aparentando mucosa normocorada, e deslocamento dos dentes 31, 41, 42, 43 e 44. O tratamento proposto então foi a enucleação e curetagem do mesmo, sob anestesia geral. O paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 7 meses sem intercorrências e sem sinais de recidiva.

Palavras-chave: Tumores Odontogênicos, Fibroma Ossificante Central, Cirurgia Bucal.



## **ABSTRACT**

The central ossifying fibroma is a benign neoplasm of uncommon fibro-osseous origin that affects the bones of the face, diagnosed with a combination of clinical, radiological and histopathological examination. The lesion is asymptomatic, in most cases, until the growth produces visible swelling and moderate deformity. This paper reports the case of an ossifying fibroma in the mandible confirmed by incisional biopsy of a 26 year-old melanoderma patient, in which an increase of the lingual bone cortex was observed in the mandibular symphysis region, appearing normocorate mucosa and displacement of the teeth 31, 41, 42, 43 and 44. The proposed treatment was then enucleation and curettage of the same, under general anesthesia. The patient is in postoperative follow-up of 7 months without intercurrences and without signs of relapse.

**Keywords:** Odontogenic Tumors, Central Ossific Fibroma, Oral Surgery.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> A- Presença de assimetria facial na vista frontal; B- Vista lateral.....	20
<b>Figura 2:</b> Fotografia intraoral frontal.....	20
<b>Figura 3:</b> Dentes deslocados com reabsorção das raízes.....	21
<b>Figura 4:</b> Ao corte sagital espessamento da cortical lingual .....	21
<b>Figura 5:</b> Reconstrução em 3D.....	22
<b>Figura 6:</b> Biópsia incisional.....	22
<b>Figura 7:</b> Segunda Biópsia incisional.....	23
<b>Figura 8:</b> Início do procedimento cirúrgico.....	24
<b>Figura 9:</b> Retalho de Newman.....	25
<b>Figura 10:</b> Desgaste de tabua óssea.....	25
<b>Figura 11:</b> Remoção de fragmentos ósseos.....	26
<b>Figura 12:</b> Enucleação .....	26
<b>Figura 13:</b> Enucleação e curetagem total da lesão.....	27
<b>Figura 14:</b> Fragmentos de tecido mole, osso e elementos dentais 31 e 41.....	27
<b>Figura 15:</b> Fragmentos de tecido mole, após exérese.....	28
<b>Figura 16:</b> Radiografia panorâmica após 5 meses.....	28
<b>Figura 17:</b> Fotografia intraoral frontal, após 5 meses pós-operatório.....	29
<b>Figura 18:</b> Fotografia intraoral lateral direita, após 5 meses pós-operatórios.....	29
<b>Figura 19:</b> Fotografia intraoral lateral esquerda, após 5 meses pós-operatório.....	30
<b>Figura 20:</b> Radiografia panorâmica após 7 meses.....	30

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO .....	14
4.RELATO DO CASO.....	19
5.DISSCUSSÃO.....	32
6. CONCLUSÃO.....	36
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
ANEXOS .....	41

## 1. INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante central faz parte do grupo de lesões fibro-ósseas benignas e estão caracterizados pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e fibras colágenas, com deposição de material mineralizado que pode variar em quantidade e em morfologia<sup>1,2</sup>.

É um neoplasma verdadeiro com um significativo potencial de crescimento. Antes do refinamento do conceito da displasia de crescimento-óssea focal, em meados de 1990, pensava-se que o fibroma ossificante era um neoplasma comum, mas na realidade são relativamente raros<sup>3</sup>.

Clinicamente, o Fibroma Ossificante Central apresenta-se de forma assintomática, predileção por indivíduos do sexo feminino, com relação aproximada de 4:1, ocorrendo especialmente entre a 3ª e 4ª década de vida, sendo a região posterior de mandíbula o sítio anatômico mais acometido<sup>4</sup>.

Radiograficamente, o Fibroma Ossificante Central se apresentam como lesões bem delimitadas, com ocasionais bordas escleróticas. Dependendo da quantidade de material mineralizado, podem ser radiotransparentes, exibirem graus variáveis de radiopacidade ou se apresentarem como massas radiopacas. Se deixados ao próprio curso, estas lesões tendem a exibir crescimento contínuo. A natureza circunscrita do Fibroma Ossificante Central geralmente permite a enucleação cirúrgica<sup>2,5</sup>.

Histopatologicamente, apresentam-se como lesões delimitadas por corticais ósseas não curvilíneas, imersas ao um tecido conjuntivo fibroso, geralmente com padrão não lamelar. Além disso, há presença de depósitos mineralizados esferoidais semelhantes ao cimento, contribuindo para a maior variabilidade fenotípica do material mineralizado depositado nestas lesões. A presença de pavimentação osteoblástica é um achado

relativamente frequente nos casos de Fibroma Ossificante Central, sendo observada em aproximadamente (46,7%)<sup>6,7,8</sup>.

Por sua natureza expansiva osteodestrutiva, o tratamento de escolha para o Fibroma Ossificante Central é a excisão cirúrgica seguida de curetagem da loja óssea remanescente<sup>9, 10</sup>.

Assim, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso de fibroma ossificante central em mandíbula, em um paciente jovem, descoberto através de uma consulta odontológica, bem como discutir seus aspectos clínicos, radiográficos, microscópicos e suas formas de tratamento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar um relato de caso clínico de um paciente melanoderma 26 anos, aparentando extensa lesão diagnosticada como Fibroma Ossificante Central, enfocando suas características clínicas e histopatológicas, bem como o tratamento, prognóstico e a importância do acompanhamento clínico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Discutir as características clínicas, imaginológicas e histopatológicas do Fibroma Ossificante Central.
- Demonstrar o manejo e a propedêutica para diagnóstico e tratamento do Fibroma Ossificante Central.
- Apresentar aspectos relevantes relacionados à doença, como sua predileção ao gênero feminino e a sua faixa etária.

### 3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

O Fibroma Ossificante Central é uma neoplasia benigna de origem fibro-óssea incomum que acomete os ossos da face, descrita pela primeira vez por Menzel em 1842. É caracterizado pela substituição da arquitetura óssea normal por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e fibras colágenas, com deposição de material mineralizado em quantidade e morfologia variada <sup>6,7</sup>.

O fibroma ossificante é um tumor fibro-ósseo benigno raro, da região craniofacial, frequentemente assintomático até que seu crescimento cause um aumento volumétrico perceptível, o que leva a problemas estéticos e oclusais. Para seu diagnóstico, devem ser avaliadas as características clínicas, radiográficas e histopatológicas <sup>11</sup>.

Ocorre mais na região posterior de mandíbula e pode ocorrer também em maxila comumente em região de fossa canina e na área do arco zigomático. Tem predileção pelo sexo feminino, bem como maior incidência na terceira e quarta décadas de vida. Ocasionalmente poderá ocorrer assimetria facial e deslocamento dentário <sup>12,13,14</sup>.

Apesar de usualmente apresentar desenvolvimento lento, esta lesão pode manifestar-se em alguns casos de forma agressiva, com alto grau de recidiva, provocando deformidade moderada a severa. Apesar de raros, existem relatos de Fibroma Ossificante Central bilaterais, bimaxilares ou múltiplos <sup>15,16,17</sup>.

Estão representadas por condições clinicopatológicas constituídas por uma mistura de tecido fibrocolagenoso e vários materiais mineralizados, incluindo tecido ósseo imaturo, osso lamelar e cimento <sup>18</sup>.

Os mecanismos fisiopatológicos associados à etiopatogênese do Fibroma Ossificante Central ainda são obscuros, mas estudos têm demonstrado uma possível relação com a inativação do gene HRPT2, um gene supressor de tumor que codifica a proteína inibitória da proliferação celular denominada parafibromina <sup>19</sup>.

Além disso, outro estudo recente também sugeriu uma provável relação entre o desenvolvimento deste tumor e um hiperexpressão do gene RHAMM, responsável pela codificação de receptores para ácido hialurônico associados à motilidade celular <sup>20</sup>. Contudo, o papel preciso destas alterações genéticas no desenvolvimento e comportamento biológico não está completamente esclarecido.

Os achados imaginológicos do Fibroma Ossificante Central dependem do seu estágio de desenvolvimento, mas a maioria dos casos se manifesta como uma área de osteólise circunscrita com delimitação nítida e esclerótica em relação ao osso adjacente, podendo ser uni ou multiloculares. Quando estão no período maduro, podem consistir em uma massa radiopaca densa, também circunscrita e de delimitação radiotransparente <sup>18</sup>.

Dependendo do estágio de desenvolvimento, também podem revelar densidades radiográficas variáveis. Em estágios iniciais, estas lesões podem ser completamente radiolúcidas, ao passo que Fibromas Ossificantes Centrais com longos períodos de evolução se apresentam como massas radiopacas <sup>5,21,22</sup>.

As características radiográficas e/ou tomográficas dependem fundamentalmente da quantidade e maturação das matrizes cálcicas depositadas; assim, tumores com maior produção de trabéculas ósseas ou ossículos não trabeculares (esferoidais, globulares ou psamomatóides) exibem uma maior densidade imaginológica, expressa por imagens radiopacas (radiografias) ou hiperdensas (tomográficas) mais abundantes <sup>23</sup>.

Por outro lado, é importante destacar que não existe uma relação entre a intensidade da mineralização e o grau de crescimento tumoral, ou mesmo com o tempo de evolução da lesão nos casos de Fibroma Ossificante Central <sup>24</sup>.

Ocorre um grande número de lesões categorizadas como fibro-ósseas, o diagnóstico diferencial imaginológico é de extrema relevância para proporcionar dados clínicos estratégicos para o estabelecimento final do diagnóstico. A displasia óssea fibrosa



representa a principal entidade nosológica a ser distinguida do Fibroma Ossificante Central, mas esta é classicamente observada como uma lesão constituída de uma radiopacidade difusa e irregular (aspecto de “vidro despolido”), com margens bastante imprecisas, frequentemente em região posterior da maxila <sup>9,25</sup>.

O diagnóstico diferencial geralmente se faz com lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida- -radiopaca, principalmente com a displasia fibrosa. As duas lesões apresentam características clínicas, radiográficas e microscópicas semelhantes. O aspecto clínico radiográfico bem delimitado do fibroma ossificante e a facilidade com que podem ser separados do osso normal é o principal diferencial com relação à displasia fibrosa. Outras lesões também devem ser consideradas como diagnóstico diferencial: cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante (Pindborg) e o tumor odontogênico adenomatoide <sup>22,26,27</sup>.

Além disso, o fibroma ossificante juvenil agressivo constitui outra lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares cujos achados imaginológicos podem ser confundidos com aqueles evidenciados no Fibroma Ossificante Central. Contudo, a possibilidade de perfuração de corticais ósseas e reabsorção radicular de dentes envolvidos, aliados a um maior acometimento da maxila e em faixas etárias mais baixas representam dados importantes para estabelecimento do diagnóstico diferencial. Tais relatos conduzem a inferência de que, em casos com este padrão de imagem, a correlação com dados clínicos e demográficos é criteriosa para o estabelecimento de hipóteses de diagnóstico clínico-imaginológico <sup>28</sup>.

Tem sido relatado que o diagnóstico histopatológico do Fibroma Ossificante Central pode constituir um desafio para o patologista, especialmente na ausência de informações clínicas sólidas <sup>18</sup>.

Essa dificuldade diz respeito às similaridades histopatológicas entre o Fibroma Ossificante Central e outras Lesões Fibro-óssea Benignas dos Maxilares, como a Displasia Óssea Fibrosa e o Fibroma Ossificante Juvenil Agressivo <sup>29</sup>.

Os principais achados histológicos que distinguem a Displasia Óssea Fibrosa do Fibroma Ossificante Central estão representados pela formação de trabeculado ósseo caracteristicamente delgado e curvilíneo (em formato de “C” ou “S”), para atividade osteoblástica e estroma fibroso maduro, moderadamente celularizado, evidenciados na Displasia Óssea Fibrosa, em oposição às trabéculas irregulares espessas e com patente pavimentação osteoblástica, e o estroma ricamente celularizado e fasciculado observado no Fibroma Ossificante Central <sup>30</sup>.

Uma diferença histopatológica importante entre Displasias Fibrosas e Fibroma Ossificante Central consiste na monotonia morfológica do material mineralizado nas Displasias Fibrosas, particularmente sob a forma de trabéculas ósseas. <sup>(5,22,31)</sup>

Além disso, a literatura reporta a possibilidade de serem encontradas áreas focais de calcificações esféricas semelhantes a cimento em uma minoria de casos de Displasias Fibrosas <sup>5,21</sup>.

Um aspecto que pode auxiliar na distinção histopatológica entre Fibroma Ossificante Central e Displasias Fibrosas é a relação entre a porção cortical do osso envolvido e a lesão, enfatizando a importância da forma de obtenção do espécime durante o procedimento de biópsia. Comumente, as Displasias Fibrosas revelam continuidade com a cortical do osso afetado, ao passo que o Fibroma Ossificante Central se apresentam como lesões bem delimitadas, separadas da cortical óssea por pequena zona de tecido conjuntivo fibroso <sup>5,21</sup>.

A natureza circunscrita e bem delimitada da lesão, geralmente, permite a enucleação do tumor. Pode ocorrer necessidade de cirurgia de reconstrução para superar

os problemas estéticos e funcionais após a remoção da lesão <sup>13</sup>. A taxa de recorrência dessas lesões em mandíbula é em torno de 6% a 28%, e, na maxila, é desconhecida, mas tende a ser maior, pois há uma maior dificuldade de remoção cirúrgica nessa região <sup>11</sup>.

O manejo clínico do fibroma ossificante ainda é incerto. Pequenas lesões podem ser tratadas conservadoramente por curetagem ou enucleação, até atingir margens ósseas saudáveis. Por outro lado, lesões maiores exigem ressecção cirúrgica radical. A remoção completa da lesão mais rapidamente possível tem sido sugerida pela maioria dos autores. A ressecção cirúrgica da lesão na mandíbula é mais simples que na maxila, e isso pode ser atribuído à diferença de características ósseas entre essas regiões e o espaço disponível para a expansão em seio maxilar <sup>11</sup>.

#### 4.RELATO DO CASO

Paciente de 26 anos, gênero masculino, melanoderma, procurou o serviço de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas, queixando-se de dor e episódios hemorrágicos na região do mento.

Durante a história da doença atual o mesmo relatou que sofreu um acidente desportivo, ocasionando trauma na região anterior da mandíbula há 10 anos. Após 3 anos do trauma, ele observou um aumento de volume na região e dor ao mastigar.

Ao exame extraoral foi observado aumento de volume em região de sínfise, abaulamento na região vestibular com exceção do fundo de sulco.

Já no exame intraoral visualizou-se apinhamento dentário de incisivos inferiores, mobilidade dental dos incisivos centrais e elevação de assoalho lingual.



Figura 1: A- Presença de assimetria facial na vista frontal; B- Vista lateral.



Figura 2: Fotografia intraoral frontal.

Foi solicitada uma tomografia computadorizada de face na qual observou-se imagem hipodensa em região de sínfise mandibular, estendendo-se do elemento 35 ao elemento 45, com áreas centrais hiperdensas sugerindo calcificações e expansão anteroposterior das corticais. Não foram identificados sinais imaginológicos de ruptura das corticais ósseas (Figura 3).

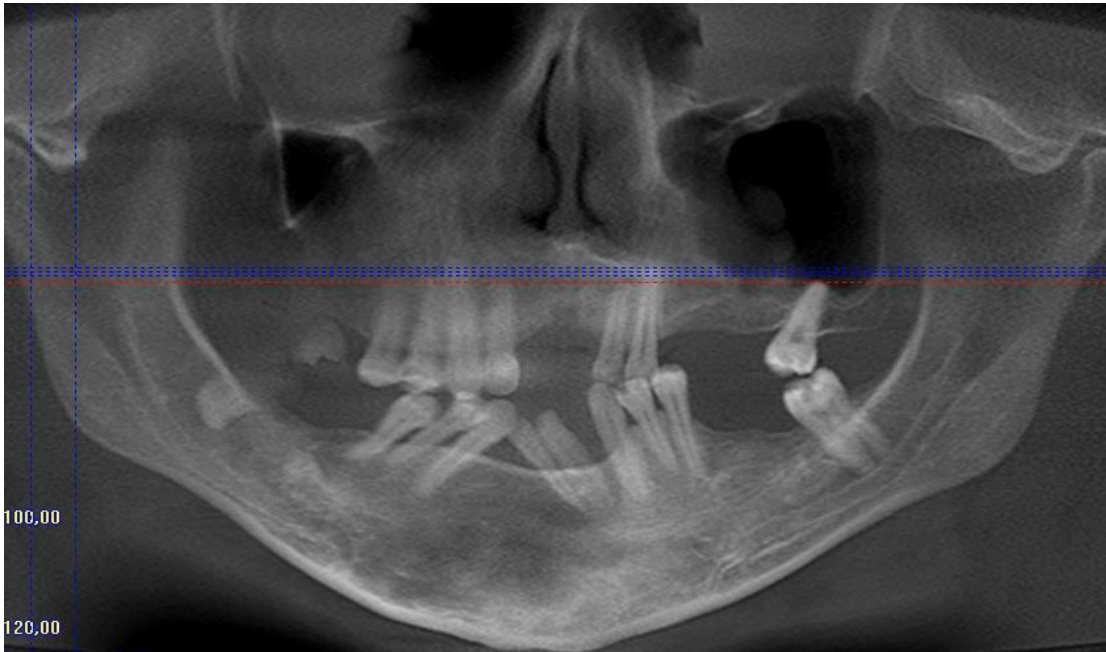


Figura 3- Dentes deslocados com reabsorção das raízes.

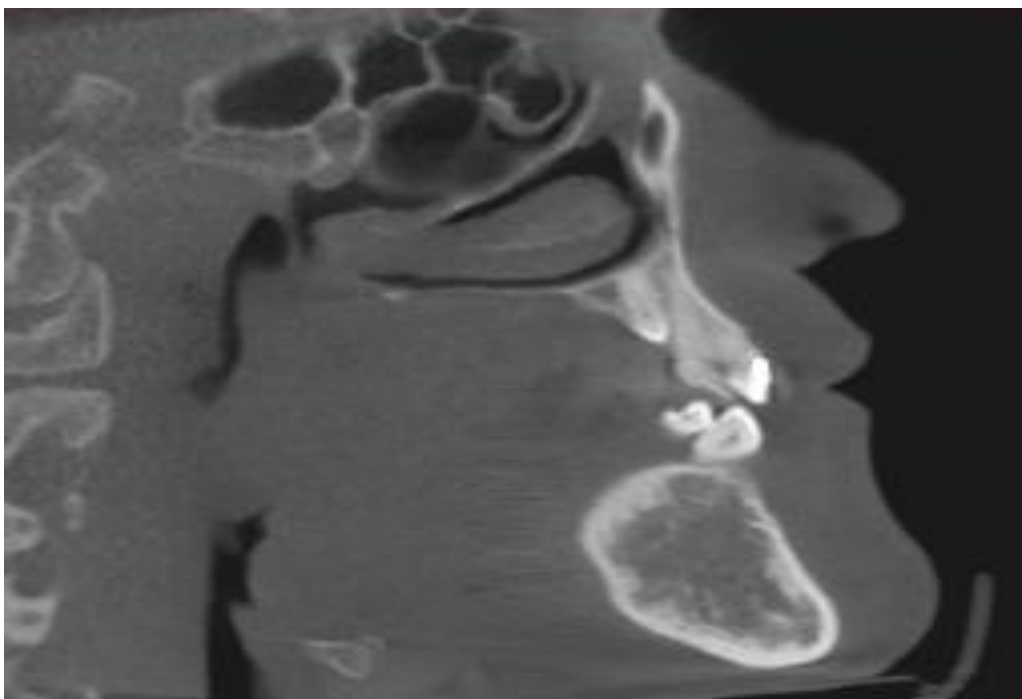


Figura 4 – Ao corte sagital espessamento da cortical lingual

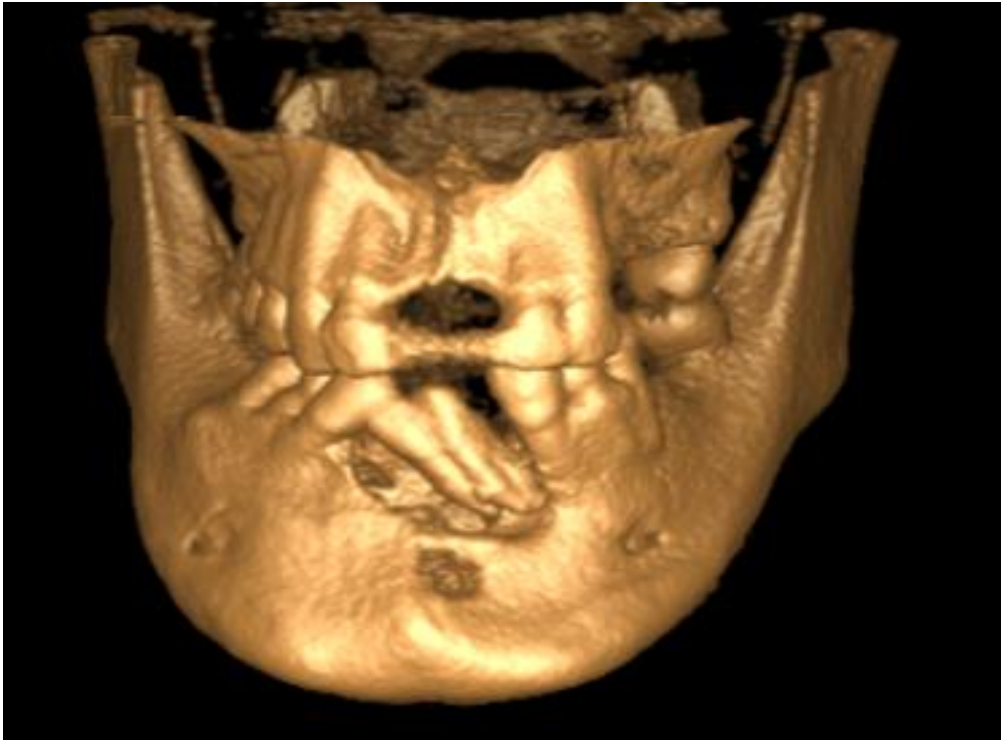


Figura 5: Reconstrução em 3D.

De acordo com os achados clínicos a hipótese diagnóstica foi de Mixoma. Para confirmação, o paciente foi submetida a biópsia incisional da região sinfisária mentoniana (Figura 6).

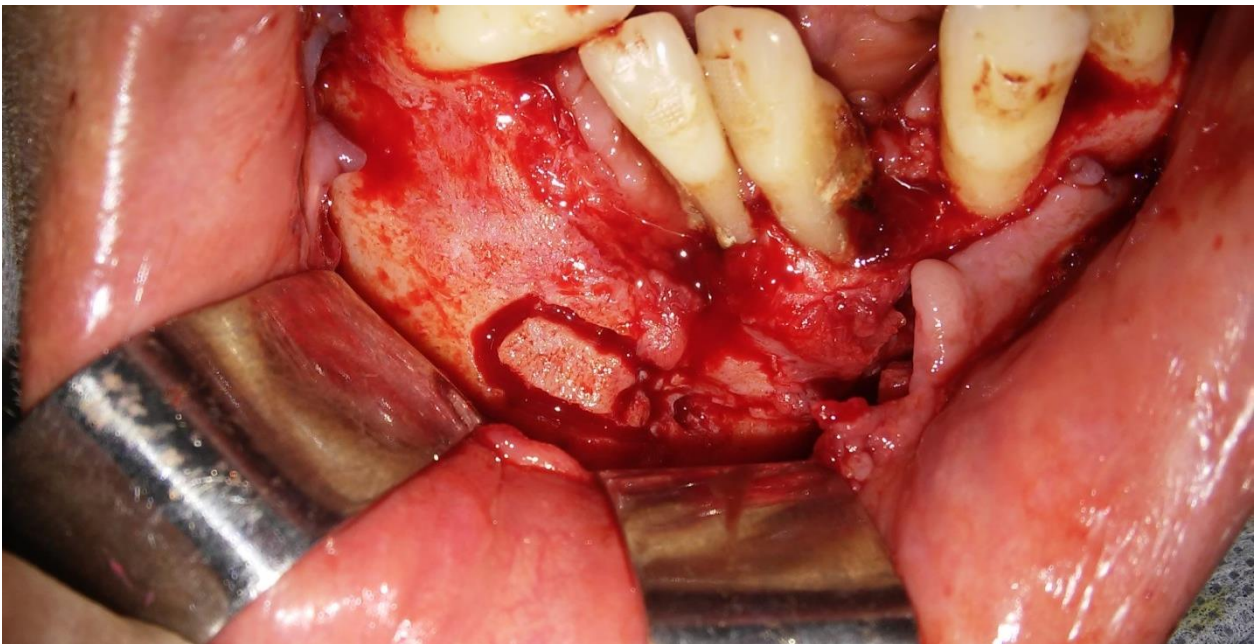


Figura 6- Biópsia incisional.

A espécime cirúrgica foi acondicionada em um frasco contendo formol a 10%, previamente identificado, e encaminhado posteriormente para uma análise histopatológica no laboratório de anatomia patológica da Universidade Federal do Amazonas - UFAM.

A elaboração da análise diagnóstica foi inconclusiva, havendo a necessidade da realização de uma segunda biópsia (Figura 7).

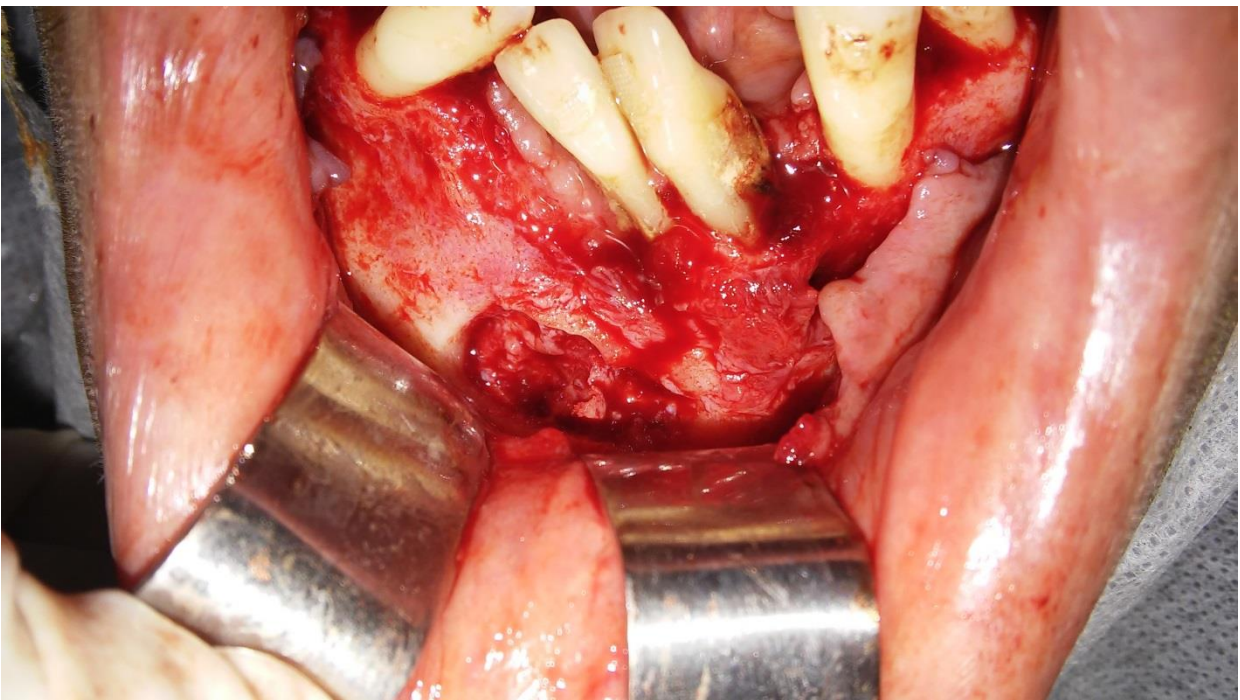


Figura 7: Segunda Biópsia incisional.

Na microscopia os cortes histológicos revelaram fragmentos de tecido exibindo lesão caracterizada pela proliferação de células em padrão fusiforme, com núcleos alongados e curvilíneos, por vezes ovalados. Presença de material eosinófilico de aspecto hialino é observado. De permeio a lesão observa-se a presença de pouca quantidade de material calcificado com semelhança a osteóide. Além disso, observam-se áreas de tecido de aspecto mais frouxo contendo neste ambiente células inflamatórias crônicas. Dando o resultado de diagnóstico sugestivo de Fibroma Ossificante Central.



Com base nesses resultados optou-se pelo procedimento cirúrgico. Devido seu caráter benigno foi realizada tratamento cirúrgico conservador com enucleação e curetagem da lesão.



Figura 8: Início do procedimento cirúrgico.

Paciente foi submetido a anestesia geral em ambiente hospitalar, na Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ, foi realizada a intubação oro traqueal, após antissepsia, montagem do campo e tamponamento orofaringe, procedeu-se uma incisão de Newman entre os dentes 35 e 45 e descolamento mucoperiostal. Foi realizado osteotomia na parede vestibular para acesso a lesão e realizado a curetagem associada a debridamento com broca, promovendo a enucleação da lesão.

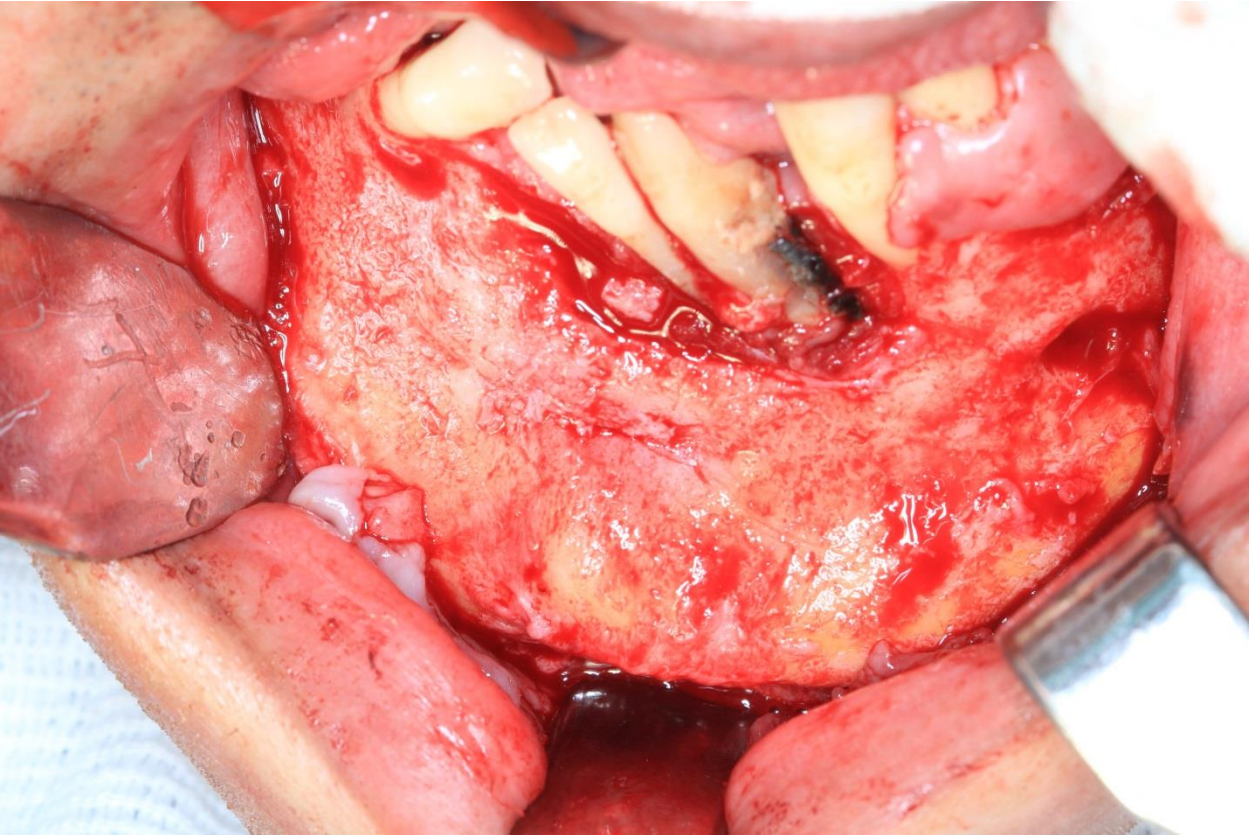


Figura 9: Retalho de Newman.

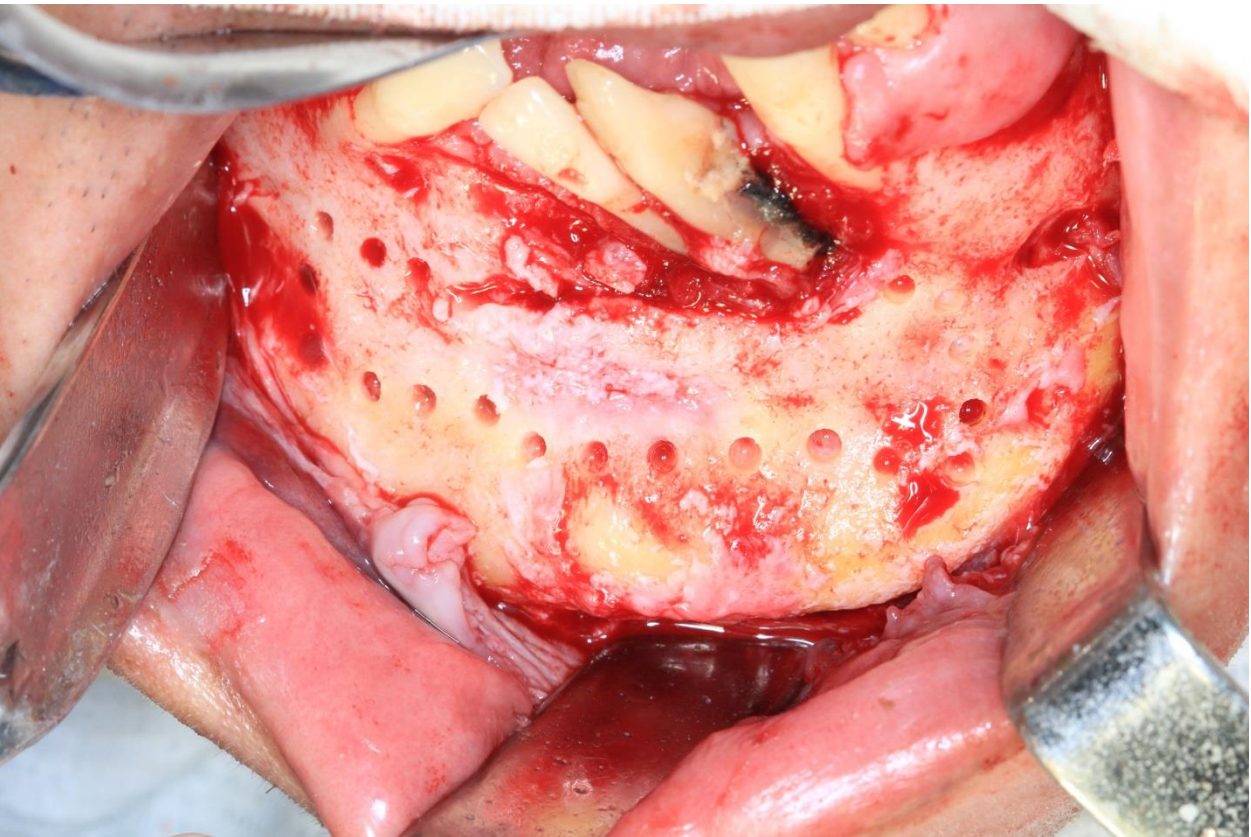


Figura 10: Desgaste de tabua óssea.

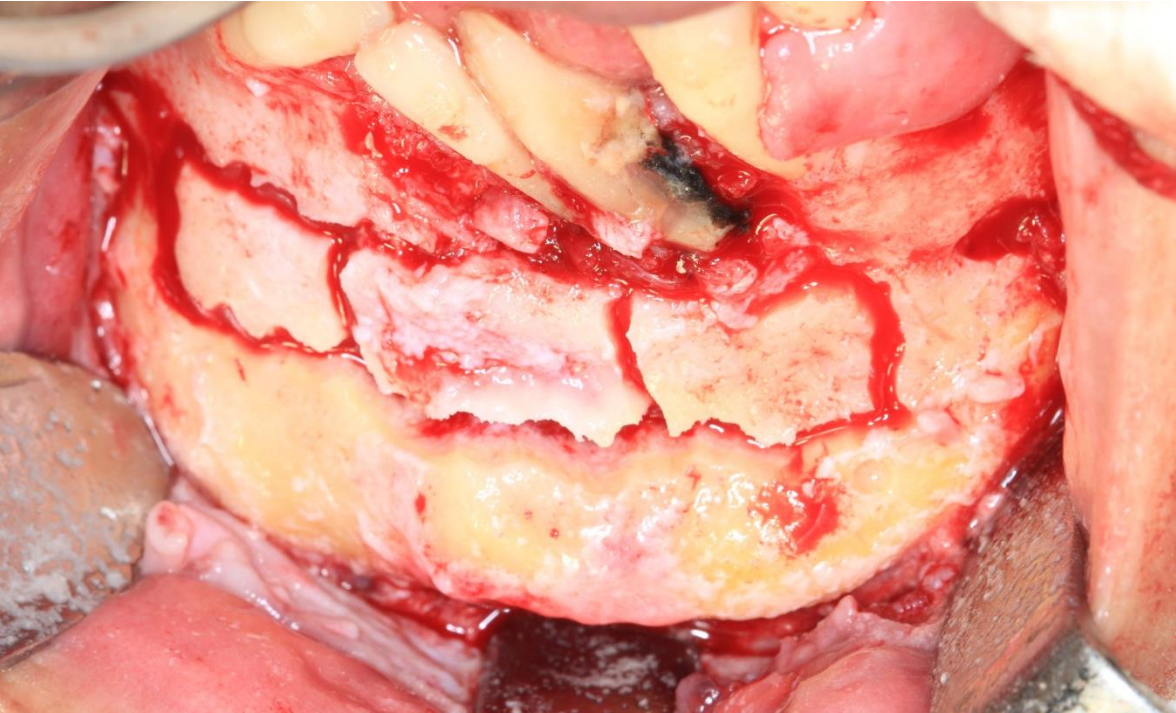


Figura 11: Remoção de fragmentos ósseos.

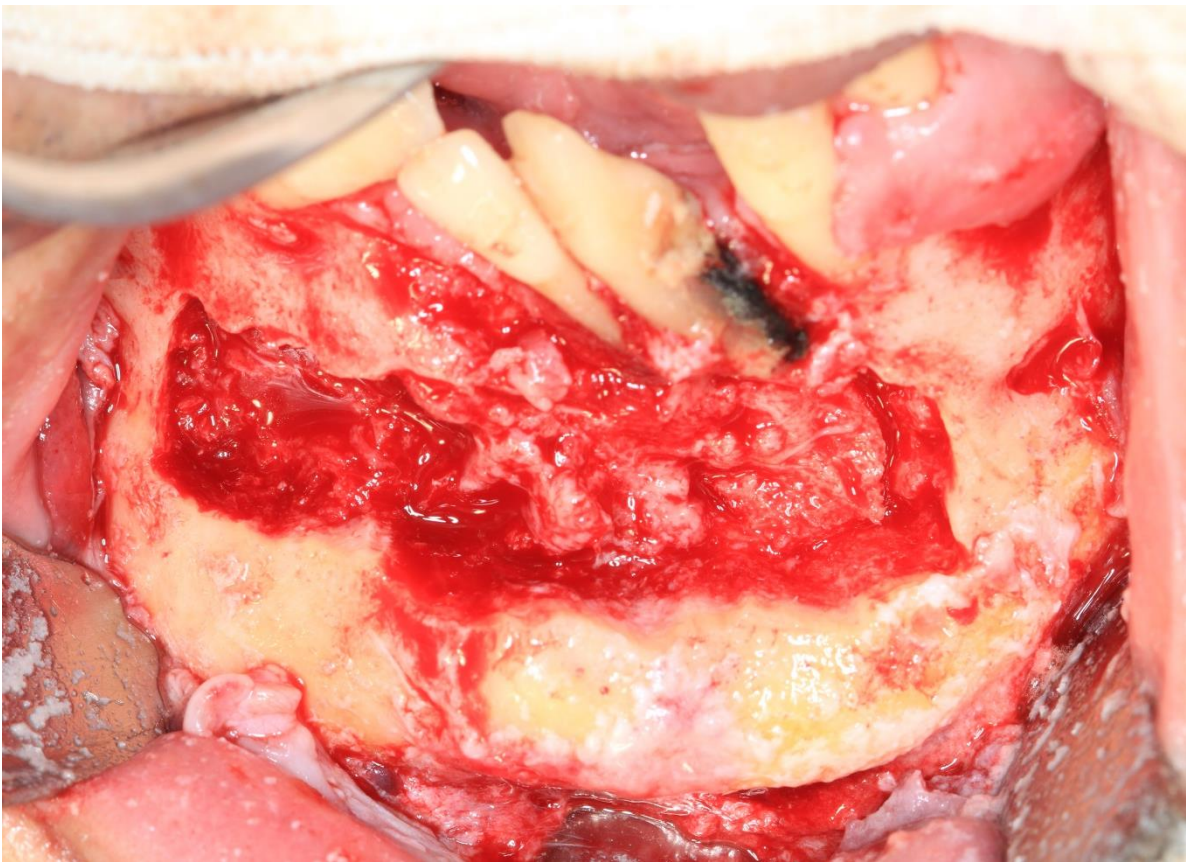


Figura 12: Enucleação.

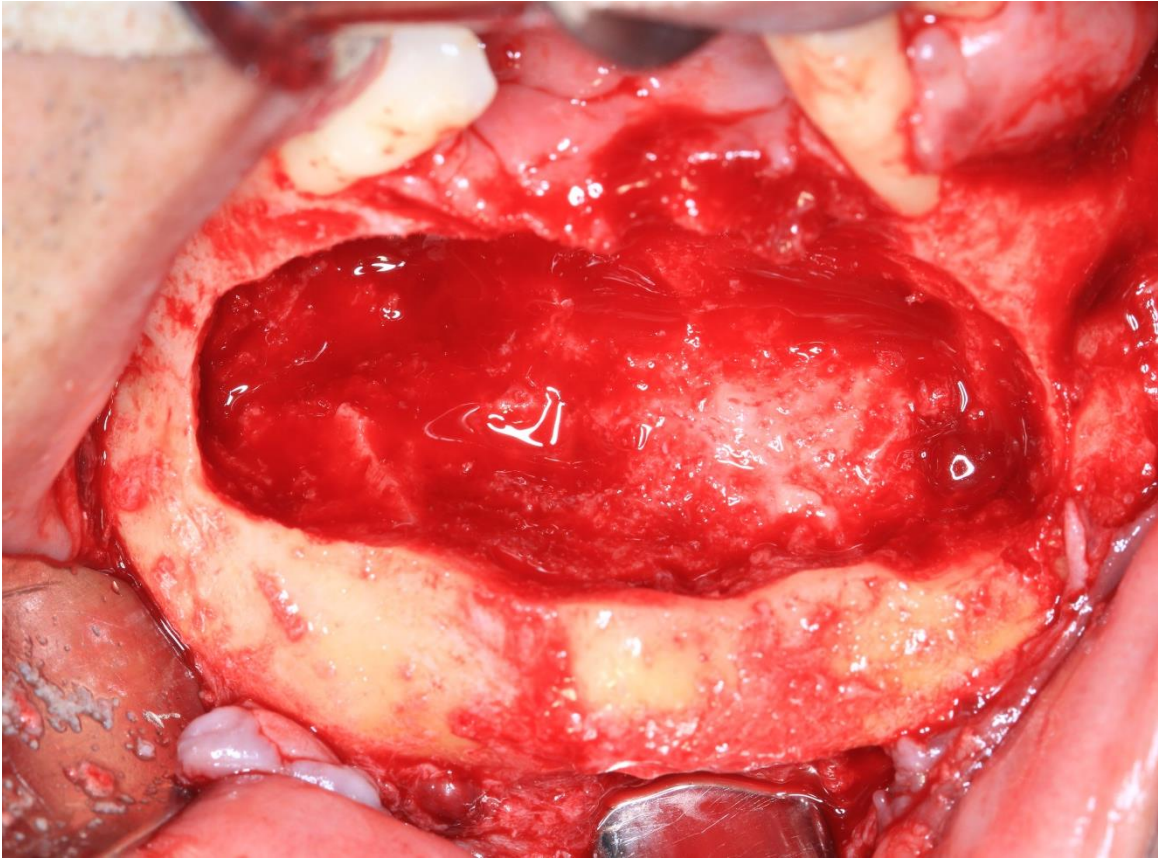


Figura 13: Enucleação e curetagem total da lesão.



Figura 14: Fragmentos de tecido mole, osso e elementos dentais 31 e 41.

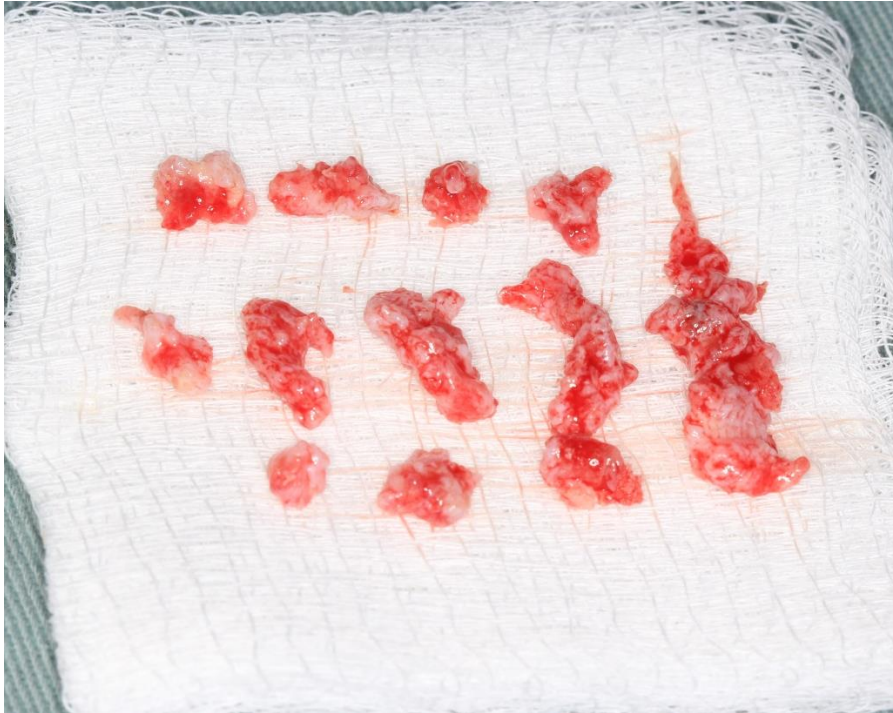


Figura 15: Fragmentos de tecido mole, após exérese.

Paciente apresentou boa recuperação sem nenhum episódios de intercorrência e atualmente encontra-se em proervação de 7 meses.

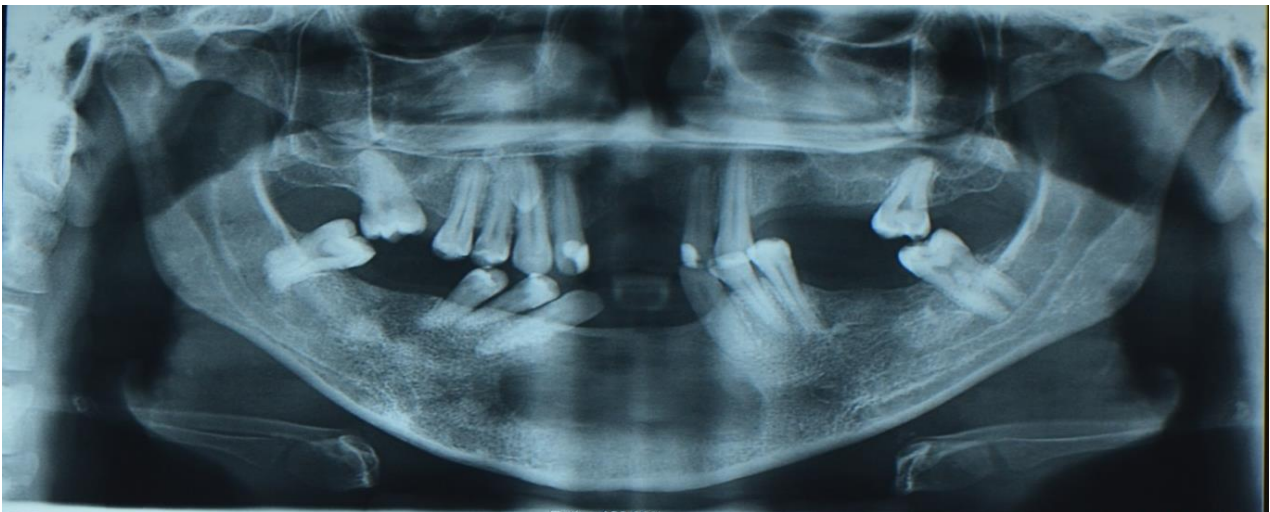


Figura 16: Radiografia panorâmica após 5 meses.



Figura 17: Fotografia intraoral frontal, após 5 meses pós-operatório.



Figura 18: Fotografia intraoral lateral direita, após 5 meses pós-operatórios.



Figura 19: Fotografia intraoral lateral esquerda, após 5 meses pós-operatório.



Figura 20: Radiografia panorâmica após 7 meses.



Figura 21: Fotografia intraoral frontal, após 7 meses pós-operatório.



## 5. DISCUSSÃO

Relatamos aqui um caso de um Fibroma ossificante central que estava envolvendo a região de sínfise mandibular. Ele está inserido no grupo de lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares, as quais estão representadas por condições clinicopatológicas constituídas por uma mistura de tecido fibrocolagenoso e vários materiais mineralizados, incluindo tecido ósseo imaturo, osso lamelar e cimento. É considerada uma neoplasia verdadeira, originada de células mesenquimais indiferenciadas presentes no tecido medular<sup>18,32</sup>.

Com etiopatogenia ainda controversa, acredita-se que a origem dessas lesões seja da membrana periodontal, que contém células blásticas capazes de formar osso, tecido fibroso e cimento. Exodontia ou trauma têm sido apontados como possíveis fatores causais<sup>33</sup>. No caso descrito em questão o trauma pode ser sido um fator determinante para o fator causal.

Clinicamente, o Fibroma Ossificante Central apresenta-se de forma assintomática, predileção por indivíduos do sexo feminino, com relação aproximada de 4:1, ocorrendo especialmente entre a 3ª e 4ª década de vida, sendo a região posterior de mandíbula o sítio anatômico mais acometido<sup>4</sup>. No caso relatado, as características de gênero, idade e localização da lesão não confirmam as publicações anteriores. A queixa clínica, que foi tumefação indolor, causando moderada deformidade facial, está de acordo com a literatura.

Radiograficamente, os fibromas ossificantes podem seguir padrões diferentes, com base na quantidade de tecido mineralizado. Apresenta-se como uma lesão unilocular bem demarcada que pode ter diferentes graus de opacificação por dentro. A lesão pode aparecer inicialmente como uma imagem osteolítica, seguida de transformação gradual em uma lesão mista, em casos excepcionais, tornando-se radiopaca<sup>14</sup>.

É importante ressaltar que as características radiográficas e/ou tomográficas do Fibroma Ossificante Central dependem fundamentalmente da quantidade e maturação das matrizes cálcicas depositadas; assim, tumores com maior produção de trabéculas ósseas ou ossículos não trabeculares (esferoidais, globulares ou psamomatóides) exibem uma maior densidade imaginológica, expressa por imagens radiopacas (radiografias) ou hiperdensas (tomográficas) mais abundantes<sup>23</sup>. Por outro lado, é importante destacar que não existe uma relação entre a intensidade da mineralização e o grau de crescimento tumoral, ou mesmo com o tempo de evolução da lesão nos casos de Fibroma Ossificante Central<sup>24</sup>. Os achados imaginológicos observados no presente caso são compatíveis com muitos relatos na literatura.

Histologicamente, essas lesões são benignas, compostas de tecido conjuntivo rico em fibroblastos e altamente vascularizado que produz uma substância calcificada, que, muitas vezes, não podem ser claramente atribuída a cimento ou osso. Osteoblastos também estão presentes<sup>34</sup>. No presente caso clínico, constatou-se um aspecto radiográfico compatível e um exame histopatológico conclusivo de fibroma ossificante central.

Embora exista um grande número de lesões categorizadas como fibro-ósseas, o diagnóstico diferencial imaginológico é de extrema relevância para proporcionar dados clínicos estratégicos para o estabelecimento final do diagnóstico<sup>9</sup>. A displasia óssea fibrosa representa a principal entidade nosológica a ser distinguida do Fibroma Ossificante Central, mas esta é classicamente observada como uma lesão constituída de uma radiopacidade difusa e irregular (aspecto de “vidro despolido”), com margens bastante imprecisas, frequentemente em região posterior da maxila<sup>25</sup>.

Um aspecto que pode auxiliar na distinção histopatológica entre Fibroma Ossificante Central e Displasia Óssea Fibrosa é a relação entre a porção cortical do osso

envolvido e a lesão, enfatizando a importância da forma de obtenção do espécime durante o procedimento de biópsia. Comumente, a Displasia Óssea Fibrosa revelam continuidade com a cortical do osso afetado, ao passo que o Fibroma Ossificante Central se apresentam como lesões bem delimitadas, separadas da cortical óssea por pequena zona de tecido conjuntivo fibroso<sup>5,21</sup>.

O fibroma ossificante juvenil agressivo constitui outra lesão fibro-óssea benigna dos maxilares cujos achados imagiológicos podem ser confundidos com aqueles evidenciados no Fibroma Ossificante Central. Contudo, a possibilidade de perfuração de corticais ósseas e reabsorção radicular de dentes envolvidos, aliados a um maior acometimento da maxila e em faixas etárias mais baixas representam dados importantes para estabelecimento do diagnóstico diferencial<sup>22</sup>.

O Fibroma Ossificante Juvenil Agressivo exibe um estroma estoriforme e vorticular hiper celularizado, formação de trabéculas imaturas de osteóide celular (semelhantes àquelas vistas nos osteossarcomas), aglomerados focais de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, atividade mitótica elevada achados não encontrados no Fibroma Ossificante Central<sup>35</sup>. Tais relatos conduzem a inferência de que, em casos com este padrão de imagem, a correlação com dados clínicos e demográficos é criteriosa para o estabelecimento de hipóteses de diagnóstico clínico-imagiológico.

Entretanto, ainda que existam parâmetros relativamente claros para estabelecimento do diagnóstico diferencial histopatológico entre essas entidades, a frequente e considerável superposição entre essas características determina a necessidade de uma criteriosa correlação entre os aspectos clínicos, imagiológicos e histopatológicos como a melhor estratégia de estabelecimento de um diagnóstico seguro para o Fibroma Ossificante Central.

O manejo clínico do fibroma ossificante ainda é incerto. Pequenas lesões podem ser tratadas conservadoramente por curetagem ou enucleação, até atingir margens ósseas saudáveis. Por outro lado, lesões maiores exigem ressecção cirúrgica radical. A remoção completa da lesão mais rapidamente possível tem sido sugerida pela maioria dos autores. A ressecção cirúrgica da lesão na mandíbula é mais simples que na maxila, e isso pode ser atribuído à diferença de características ósseas entre essas regiões e o espaço disponível para a expansão em seio maxilar. A taxa de recorrência dessas lesões em mandíbula é em torno de 6% a 28%, e, na maxila, é desconhecida, mas tende a ser maior, pois há uma maior dificuldade de remoção cirúrgica nessa região<sup>11</sup>.

No caso em questão, com base nesses resultados optou-se pelo procedimento cirúrgico conservador com enucleação e curetagem da lesão e o mesmo encontra-se em preservação de 7 meses sem recidiva.

## 6. CONCLUSÃO

O presente trabalho abordou o tratamento cirúrgico de um fibroma ossificante central. Este fibroma, apesar de relativamente incomum, podem atingir grandes proporções devido à falta de sintomatologia na maioria dos casos. Desta forma, torna-se importante a combinação de exames clínico, radiográfico e histopatológico na rotina odontológica, para que estas lesões possam ser diagnosticadas e tratadas de forma adequada. O sucesso no tratamento do fibroma ossificante central depende de um correto planejamento do caso, além dos conhecimentos da técnica cirúrgica e da anatomia buco maxilo facial. O paciente do caso relatado encontra-se em acompanhamento pós-operatório de sete meses sem intercorrências.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mehta D, Clifton N, McClelland L, Jones NS. Paediatric fibrous lesions of the nose and paranasal sinuses. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70(2):193-9.
2. Singer SR, Mupparapu M, Rinaggio J. Clinical and radiographic features of chronic monostotic fibrous dysplasia of the mandible. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(8):248-52.
3. Neville BW, Damm D.D, Allen C.M, Bouguot J.E. *Patologia oral e maxilo facial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2009; 648-650.
4. Katherine Triantafillidou, Grigoris Venetis, Georgios Karakinaris, Fotis Iordanidis. Ossifying fibroma of the jaws: a clinical study of 14 cases and review of the literature. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.*, 2012; 193-199.
5. Speight PM, Carlos R. Maxillofacial fibro-osseous lesions. *Curr Diagn Pathol* 2006; 12(1):1-10.
6. Hunasgi, S., Raghunath, V. A clinicopathological study of ossifying fibromas and comparison between central and peripheral ossifying fibromas. *J.Contemp. Dent.Pract.*, 2012; 509-514.
7. Konopka, W; Smiechura, M; Struzycka, M; Kozakiewicz, M; Dzieńiecka, M. Ossifying fibroma-cementoma of jaw. Differences in histopathological nomenclature. *Otolaryngol. Polska*, 2012; 359-362.
8. Oliveira, A.C.A. Demenda, C. F; Nonaka, C.F.W; Silveira, E.J.D; Pinto, L.P. Fibromas Ossificantes Centrais e Displasias Fibrosas dos Maxilares: Estudo Clínico, Radiográfico e Histopatológico de 28 Casos. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*, jan-abr. 2008, 8 (1): 111-115.
9. Fasolis M, Zavatiero E, Garzino-Demo P, Ramieri G, Berrone S. Surgical management of synchronous central giant cell granuloma and ossifying fibroma of the mandible. *J. Craniofac.Surg.* 2013; 627-630.

10. Laureano Filho, J.R; Cândia, A.V; Mauricio, H.A; Lima, F.F; Pinho Filho, J. Osteotomia lefort I na abordagem cirúrgica Intra-bucal para exérese do angiofibroma juvenil Nasofaríngeo: relato de caso clínico. Rev. Cir. Traumatol. Buco Maxilo Fac., 2004; 204-257.
11. Gondivkar SM, Gadbail AR, Chole R, Parikh RV, 4. Balsaraf S. Ossifying fibroma of the jaws: report of two cases and literature review. Oral Oncol. 2011 Sep;47(9):804-9.
12. Charles AW. Doenças do osso. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, editors. Oral and maxillofacial pathology. 2 ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 511–553.
13. Gurol M, Uckan S, Guler N, Yatmaz PI. Surgical and reconstructive treatment of a large ossifying fibroma of the mandible in a retrognathic patient. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59(9):1097–100.
14. Martín-Granizo R, Sanchez-Cuellar A, Falahat F. Cemento-ossifying fibroma of the upper gingivae. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122(5):775.
15. Vieira-Quieroz I, Cerqueira NS, Paraguassu GM, do Amaral MF, Lima MF, Crusoe-Rebello I. Extensive central ossifying fibroma of the maxilla: a case report. Gen. Dent., 2013 p.36-38.
16. Ribeiro, A.C.P; Carlos, R; Diaz, K.P; Gouvêa, A.F; Vargas, P.A. Bilateral central ossifying fibroma affecting the mandible: report of na uncommon case and critical review of the literature. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol., 2011 p.21-26.
17. Desai, K; Gupta, K; Manjunatha, B.S; Palan, S. Bimaxillary presentation of central ossifying fibroma: a unique aggressive entity. BMJ Case Rep, jun 2013.
18. Phattarataratip, E.; Pholjaroen, C.; Tiranon, P. A Clinicopathologic Analysis of 207 Cases of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. Int. J.Surg.Pathol., 2013 p.326-333.
19. Mesquita Netto, A.C; Gomez, R.S; Diniz, M.G; Fonseca, S.T; Campos, K; Marco, L; Carlos, R; Gomes, C.C. Assessing the contribution of HRPT2 to the pathogenesis of jaw fibrous dysplasia, ossifying fibroma, and osteosarcoma. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol., 2013 p.359-67.

20. Hatano, H; Ogawa, I; Shigeishi, H; Kudo, I; Ohta, K; Higashikawa, K; Takechi, M; Takata, T; kamata, N. Expression of receptor for hyaluronan-mediated motility (RHAMM) in ossifying fibromas. *Histol. Histopathol.*, 2013 p.473-480.
21. Brannon RB, Fowler CB. Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. *Adv Anat Pathol* 2001; 8(3):126-43.
22. Sloomweg PJ, El Mofty SK. Ossifying fibroma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology & Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press, 2005 p. 319-20.
23. Mithra, R; Baskaran, P; Sathyakumar, M. Imaging in the diagnosis of cemento-ossifying fibroma: a case series. *J. Clin. Imaging. Sci.*, 2012.
24. Andrade, M; Sousa, Y.T.C.S; Marques, M.F.T.M; Pontual, M.L.A; Perez, F.M.M.R; Perez, D.E.C. Ossifying fibroma of the jaws: a clinicopathological case series study. *Braz. Dent. J.*, 2013 p.662-666.
25. Massimo Fusconi, Michela Conte, Martina Pagliarella, Chiara De Vincentiis, Armando De Virgilio, Anna Teresa Benincasa, Simone Alessi, Andrea Gallo. Fibrous dysplasia of the maxilla: diagnostic reliability of the study image. *J. Neurol. Surg. B. Skull Base.*, 2013 p.364-368.
26. Vicente RJC, Gonzales MS, Santa MZJ, Madrigal RB. Tumores no odontogénicos de los maxilares: clasificación, clínica y diagnóstico. *Med Oral.* 1997;2(83):10.
27. Aguirre JM. Tumores de los maxilares. In: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Penarrocha M, editors. *Medicina oral.* Barcelona: Masson; 1995. p. 507–508.
28. Sloomweg, P.J. Juvenile trabecular ossifying fibroma: an update. *VirchowsArch.*, 2012 p.699-703.
29. Lasisi, T.J., Adisa, A.O., Olusanya, A.A. Fibroosseous lesions of the jaws in Ibadan, Nigeria. *Oral Health Dent. Manag* 2014 p.41-44.
30. Moshy, J.L.; Mwakyoma, H.A.; Chindia, M.L. Evaluation and histological maturation characteristics of fibrous dysplasia and ossifying fibroma: a case series. *East Afr. Med. J.*, 2010 p.215-219.



31. Jundt G. Fibrous dysplasia. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology & Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press, 2005 p. 321-2.
32. McCarthy, E.F. Fibro-osseous lesions of the maxillofacial bones. Head Neck Pathol, 2013 p.5-10.
33. Jacobs JB, Berg HM. Destructive cemento-ossifying fibroma of the maxilla. Ear Nose Throat J. 1990 Dec;69(12):805-8.
34. Brehereta R, Jeufroya C, Cassagnaub E, Ma6. Iardc O. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases 2011 p.317-20.
35. Ranganath, K.; Kamath, S.M.; Munoyath, S.K.; Nandini, H.V. Juvenile Psammomatoid Ossifying Fibroma of Maxillary Sinus: Case Report with Review of Literature. J.Maxillofac. Oral Surg. 2014 p.109-114.

## ANEXOS

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

1

## AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA UEA

Paciente: Silvio Campos Rodrigues

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Manaus, 21 de Março de 2016

X

Assinatura do Paciente

Xelangi Soares mesquite  
Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente

\* Paciente não alfabetizado.