

UNIVERSIDADE TIRADENTES

LARISSA BARRETO MENESES

PAULO HENRIQUE DE JESUS OLIVEIRA

LESÃO FIBRO-ÓSSEA EM MANDÍBULA:  
RELATO DE CASO ATÍPICO

Aracaju

2018

LARISSA BARRETO MENESES

PAULO HENRIQUE DE JESUS OLIVEIRA

LESÃO FIBRO-ÓSSEA EM MANDÍBULA:  
RELATO DE CASO ATÍPICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em odontologia.

PROF. DR. PAULO ALMEIDA  
JÚNIOR.

Aracaju

2018

LARISSA BARRETO MENESES  
PAULO HENRIQUE DE JESUS OLIVEIRA

## LESÃO FIBRO-ÓSSEA EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO ATÍPICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em odontologia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof. Orientador: Dr. Paulo Almeida Junior

---

1º Examinador: Dr. Auremir Rocha Melo

---

2º Examinador: Dr. Edvaldo Dória Anjos

---

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Paulo Almeida Júnior orientador da dupla Larissa Barreto Meneses e Paulo Henrique De Jesus Oliveira atesto que o trabalho intitulado: "LESÃO FIBRO-ÓSSEA EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO ATÍPICO" está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

---

Orientador(a)

## EPÍGRAFE

"Seja você quem for, seja qual for a posição social que você tenha na vida, a mais alta ou a mais baixa, tenha sempre como meta muita força, muita determinação e sempre faça tudo com muito amor e com muita fé em Deus, que um dia você chega lá. De alguma maneira você chega lá."

Ayrton Senna

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, gratidão pela dádiva da vida, amor incondicional e por abençoar o meu caminho todos os dias durante essa trajetória.

À minha família, em especial aos meus pais, Jivaldo e Gilvana, que são as minhas fortalezas, obrigada por todo apoio e incentivo. Vocês me passaram valores que levarei por toda vida.

Aos meus irmãos, obrigada por toda torcida, são em vocês que me espelho.

Minha eterna gratidão a todos os meus amigos, obrigada pelos momentos de descontração e puxões de orelha, em especial á minha dupla Paulo, pela dedicação e todo esforço dado para que tudo saísse como planejado.

À instituição, à todos os professores, especialmente ao meu orientador Paulo Almeida. Obrigada pela oportunidade de expandir os horizontes, pela dedicação, atenção e confiança, o senhor com certeza fez o diferencial na minha vida acadêmica.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para meu crescimento durante esses cinco anos de graduação.

### **LARISSA BARRETO MENESES**

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado forças e jamais ter me abandonado nessa longa caminhada, sem ele nada disso seria possível.

À todos da minha família, em especial a minha mãe Ivonete, a senhora foi meu maior exemplo de vida, minha fortaleza, aquela que me ensinou que nunca devemos desistir das coisas que acreditamos, que mesmo caindo as vezes, o importante é levantar sempre.

Aos meus irmãos pelo carinho e apoio incondicional, minha base, vocês têm grande parcela nessa conquista, tenho muito orgulho de vocês.

Aos meus professores da graduação, em especial ao meu orientador Paulo Almeida pela dedicação e compromisso, um verdadeiro exemplo de pessoa e profissional a ser seguido. Ao professor Ricardo por ter nos ajudado, dedicando seu tempo e conhecimento. O meu mais sincero obrigado a vocês.

À todos os meus amigos que compartilharam comigo essa jornada, em Especial a Larissa minha dupla por ter dividindo cada momento, sempre somando para que tudo chegasse a esse dia, tenho orgulho de dizer que carrego comigo o melhor de cada um de vocês.

### **PAULO HENRIQUE DE J. OLIVEIRA**

## Lesão fibro-óssea em mandíbula: Relato de caso atípico

Larissa Barreto Menezes<sup>a</sup>, Paulo Henrique De Jesus Oliveira<sup>a</sup>, Paulo Almeida Júnior<sup>b</sup>

<sup>(a)</sup> Graduando em odontologia – Universidade Tiradentes, <sup>(b)</sup> Phd Professor Titular I do curso de Odontologia- Universidade Tiradentes.

---

### Resumo

As lesões fibro-ósseas dos maxilares constituem um grupo de patologias benignas que acometem principalmente as estruturas craniofaciais e caracterizam-se pela substituição do tecido ósseo normal por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e fibras colágenas. A lesão é assintomática, e diagnosticada a partir da combinação das suas características clínicas, radiográficas e histológicas. Este trabalho objetiva relatar um caso de lesão fibro-óssea benigna dos maxilares com características clinicopatológicas incomuns que determinaram dificuldades no estabelecimento do diagnóstico final. O paciente procurou atendimento, queixando-se de aumento de volume em região de ângulo de mandíbula, com ausência de sintomatologia dolorosa e evolução percebida há pouco mais de seis meses. Foi realizada tomografia computadorizada de feixe cônico para auxílio no diagnóstico da lesão, na qual foi observado a presença de uma área hipodensa, de forma circular, com halo hipodenso, contendo matriz cálcica expressa sob a forma de massas hiperdensas. Devido seu caráter benigno, foi planejada uma biópsia excisional, com remoção cirúrgica completa da lesão. O exame histopatológico teve como resultado uma lesão fibro-óssea benigna, sugestiva de Fibroma Ossificante Central. Paciente evoluiu bem, sem intercorrência ou sinais de recidiva.

*Palavras-chaves:* Neoplasia Benigna; Fibroma Ossificante; diagnóstico diferencial; Cirurgia Bucal.

---

### Abstract

Fibro-osseous lesions of the jaws constitute a group of benign pathologies that mainly affect craniofacial structures and are characterized by the replacement of normal bone tissue by connective tissue rich in fibroblasts and collagen fibers. The lesion is asymptomatic and diagnosed based on the combination of its clinical, radiographic and histological characteristics. This paper aims to report a case of benign fibro-osseous lesion of the jaws with unusual clinical and pathological features that determined difficulties in establishing the final diagnosis. The patient sought care, complaining of an increase in volume in a region of mandible angle, with absence of symptomatology and evolution perceived just over six months. Computed tomography of the conic bundle was performed to aid in the diagnosis of the lesion, in which a hypodense area was observed, in a circular shape, with a hypodense halo, containing a calcic matrix expressed as hyperdensing masses. Due to its benign nature, an excisional biopsy was planned, with complete surgical removal of the lesion. The histopathological examination resulted in a benign fibro-osseous lesion suggestive of Central Ossificans Fibroma.

*Key words:* Benign neoplasm; ossifying fibroma; differential diagnosis; oral surgery.

## 1. Introdução

As lesões fibro-ósseas dos maxilares (LFOMs) constituem um grupo de patologias benignas que acometem principalmente as estruturas crânio faciais e caracterizam-se pela substituição do tecido ósseo normal por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e fibras colágenas. Geralmente contém em seu interior calcificações osteóides, ósseas ou cementadas (LIMA JUNIOR et al., 2017).

Clinicamente apresentam-se com características bem delimitadas, com aumento de volume na região, crescimento lento, contínuo e assintomático (MISRA et al., 2015). Quando ainda pequenas, podem ser de difícil identificação em uma inspeção, porém são usualmente detectadas no exame de imagem, e à medida que essas lesões aumentam, podem causar assimetria facial e deslocamento dentário (SILVEIRA et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu novos títulos às lesões benignas relacionadas aos ossos gnáticos, dentre essas incluem: A displasia Cimento Óssea, o Fibroma Ossificante e a Displasia Fibrosa (LASISI et al., 2014; PHATTARATARATIP et al., 2013). Quanto ao perfil epidemiológico, essas lesões acometem a mandíbula na região de pré-molar e molar, em torno de 75% dos casos, porém pode ocorrer na maxila. São raros os casos que o tumor pode envolver cavidade nasal, osso temporal e ossos longos (SILVA E FONSECA, et al., 2016). Tem predileção por indivíduos do sexo feminino, geralmente entre a 2<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> década de vida (LIMA JUNIOR, et al., 2017).

Mediante a vasta quantidade de semelhanças dentre as lesões desse grupo com outras lesões que apresentam peculiaridades e fazem diagnóstico diferencial, as LFOMs apresentam similaridade com lesões como o osteoblastoma, osteossarcoma de baixo grau e fibroma ossificante parosteal. O diagnóstico das lesões fibro ósseas pode se constituir como um grande desafio até mesmo aos profissionais mais experientes (PHATTARATARATIP et

al., 2013). Para que haja um diagnóstico específico de cada lesão, é necessária uma correlação das características clínicas, radiográficas e histopatológicas (NEVILLE et al., 2016).

A displasia fibrosa (DF) é causada por uma mutação no gene *GNAS1* que codifica proteína *G $\alpha$* . As células mutadas têm a atividade da adenilato ciclase aumentada, o que culmina na elevação dos níveis de adenosina monofosfato cíclico (AMPc) intracelular e supostamente levam ao aumento da proliferação das células mutadas, causando a formação de uma matriz fibrótica imatura desorganizada (UTRIAINEN et al., 2018).

A DF possui duas apresentações clínicas de acordo com o número de ossos afetados, monostótica (quando afeta um único osso) ou poliostótica (dois ou mais ossos afetados). Geralmente, a DF costuma ser diagnosticada nas primeiras décadas de vida, pode causar deformidade e acomete com maior frequência a região posterior da maxila. Além disso, esta condição pode estar associada à síndrome de McCune-Albright, que se caracteriza por lesões cutâneas hiperpigmentadas, displasia fibrosa poliostótica e endocrinopatias hiperfuncionantes (UTRIAINEN et al., 2018).

O Fibroma ossificante é uma neoplasia verdadeira, com significativo potencial de crescimento e existem duas variantes. O fibroma ossificante convencional, que exibe uma predileção pelo sexo feminino e região posterior da mandíbula, sendo observado geralmente entre a terceira e quarta décadas de vida e apresentando-se como uma lesão de crescimento lento e bem delimitada (LIU et al., 2017). E o Fibroma ossificante juvenil, um tipo de fibroma ossificante mais agressivo, que histologicamente possui duas variantes: a psamomatóide e a trabecular (tipo OMS), e que acomete com maior frequência pacientes mais jovens e a região posterior da maxila (SINGH et al., 2018; KHANNA E RAMASWAMI, 2018).

A Displasia Cimento-óssea (DCO) é classificada, dependendo dos



achados clínicos e radiográficos, em três subtipos: periapical (limitado à região mandíbula anterior), focal (lesão única) e florida. Geralmente são lesões assintomáticas e o diagnóstico baseia-se principalmente em achados clínicos e radiográficos, não sendo necessário nenhum tratamento específico (AIUTO et al., 2018; FENERTY et al., 2017).

É importante que os clínicos possuam familiaridade com essas entidades para evitar erros diagnósticos e intervenções inadequadas. Embora todas as DCOs compartilhem características microscópicas semelhantes, a displasia cemento óssea florida é distinguida por sua distribuição multifocal, envolvendo dois ou mais quadrantes dos maxilares. A grande maioria dos casos é esporádica, embora poucos exibam um padrão de herança familiar autossômico dominante. A patogênese das DCOs é desconhecida. Devido à proximidade física e às características histopatológicas compartilhadas, acredita-se que as lesões surjam do ligamento periodontal. No entanto, alguns investigadores sugeriram que as DCOs podem representar um defeito na remodelação óssea extraligamentar desencadeada por fatores locais ou desequilíbrios hormonais (FENERTY et al., 2017).

Ao longo das décadas, as lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares (LFOBMs) têm sofrido várias modificações em sua classificação devido as descobertas proporcionadas pela evolução dos meios de diagnóstico (SUARES-SOTO et al., 2013). A evolução das técnicas de imagem foi de fundamental importância no diagnóstico dessas lesões e a aplicação da melhor conduta a ser tomada (MACDONALD, 2015). O tratamento varia de nenhum, a uma remodelação cirúrgica ou remoção cirúrgica completa (NEVILLE et al., 2016).

Diante da dificuldade de diagnosticar as LFOBs por sua similaridade microscópica, toma-se interessante o conhecimento e a aplicação de métodos auxiliares de diagnóstico anátomo-patológico. Recentes avanços podem ajudar na classificação, caracterização e

entendimento dessas patologias. Os exames de imagens como radiografias, tomografias e ressonância nuclear magnética, são os exames de primeira escolha juntamente com a análise histopatológica, embora métodos como: A citometria de fluxo (genética), o Estadiamento e os Marcadores tumorais podem auxiliar no correto diagnóstico (DRUMOND JOSÉ, 2011).

O gene HRPT2 codifica uma proteína de 531 aminoácidos, denominada de parafibromina. Estudos têm demonstrado que Fibromas Ossificantes, bem como Displasia Fibrosa e Osteossarcoma podem surgir devido à haploinsuficiência do gene HRPT2 (ROSALES, 2012).

O diagnóstico diferencial se faz com lesões que apresentam o mesmo padrão interno radiolúcida-radiopaca (SILVEIRA et al., 2016). Os osteossarcomas de baixo grau de malignidade podem ser diagnosticados erroneamente como neoplasias benignas, sendo a Displasia Fibrosa a lesão mais comumente confundida com essa malignidade (ROSALES, 2012).

Desta forma, fica patente que, mesmo diante das novas tecnologias de análise imaginológica, histopatológica e molecular, o estabelecimento de um diagnóstico preciso de determinadas lesões fibro-ósseas dos maxilares pode ser um desafio para os profissionais da odontologia. Diante do exposto, este trabalho objetiva relatar um caso de lesão fibro-óssea benigna dos maxilares com características clinicopatológicas incomuns que determinaram dificuldades no estabelecimento do diagnóstico final. Pretende-se, com isso, contribuir para o estudo do diagnóstico diferencial destas entidades e, quiçá, para a realização de um adequado tratamento destas lesões

## 2. Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 39 anos de idade, compareceu ao HUSE (Hospital de Urgência de Sergipe) com queixa de aumento de volume em região de ângulo de mandíbula esquerda, com evolução percebida há pouco mais de seis meses.

No exame extra-oral, foi detectada assimetria de face em região de ângulo mandibular esquerdo e firme à palpação, com limites bem definidos, ausência de flutuação e sem sintomatologia (Figuras 01, 02 e 03). Ao exame físico intra-oral, não foi diagnosticada nenhuma alteração digna de nota.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 01: Aspectos clínicos extra-orais do paciente em uma vista frontal.



Fonte: Dados da pesquisa

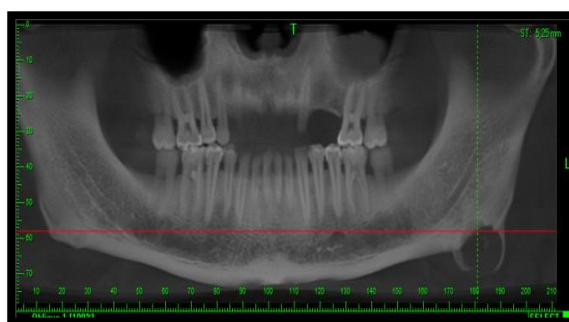
Figura 02: Aspectos clínicos extra orais do paciente em uma vista axial.



Fonte: Dados da pesquisa

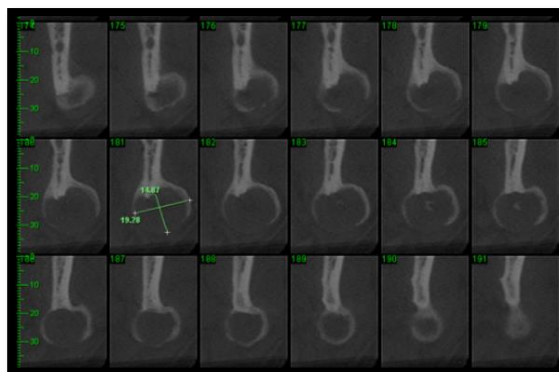
Figura 03: Aspectos clínicos extra orais em uma vista lateral oblíqua

Após exame clínico, foi solicitada tomografia computadorizada de feixe cônico (cone beam) para auxílio no diagnóstico da lesão, na qual foi observada a presença de uma área hipodensa na região de ângulo de mandíbula, lado esquerdo, de forma circular, com halo hipodenso, contendo matriz cálcica expressa sob a forma de massas hiperdensas (Figura 04). A lesão apresentava dimensões de aproximadamente 19mmx15mm, com pequena ruptura de cortical. (Figuras 05, 06 e 07).



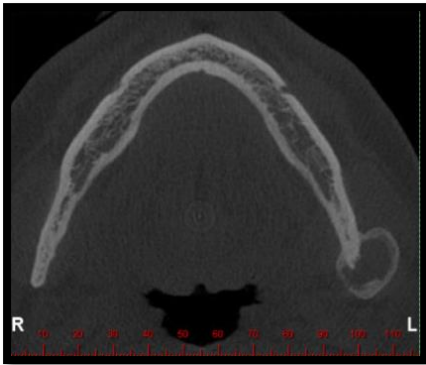
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 04: Aspecto imaginológico, reconstrução panorâmica da mandíbula.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 05: Aspecto imaginológico da lesão em cortes trans-seccionais.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 06: Aspecto imaginológico em um corte axial.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 07: Reconstrução tomográfica em 3D.

Devido seu caráter benigno e com hipótese diagnóstica de Osteoma foi planejada uma biópsia excisional, com remoção cirúrgica completa da lesão.

O paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral em âmbito

hospitalar, onde foi realizado um acesso extra-oral de Risdon (submandibular), após divulsão por planos. O acesso



permitiu ampla visualização do tumor, Fonte: dados da pesquisa

Figura 08: Procedimento trans-operatório.

sendo realizada a remoção em bloco do fragmento, com auxílio de broca 702 e irrigação constante com soro fisiológico estéril (Figura 08).

A cirurgia se deu sem intercorrência, o paciente foi liberado no dia seguinte portando a prescrição medicamentosa de cefalexina, nimensulida, dipirona e as orientações pós-operatórias, com retorno previsto para 7 dias pós-cirurgia. Na consulta de retorno observou-se boa cicatrização, ausência de sintomatologia, os pontos foram removidos.

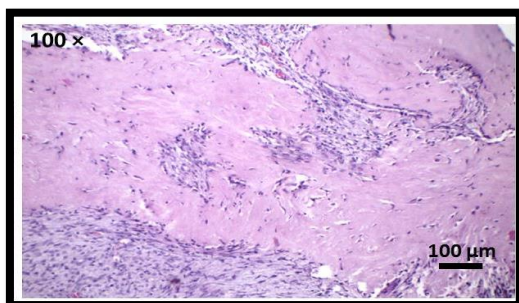
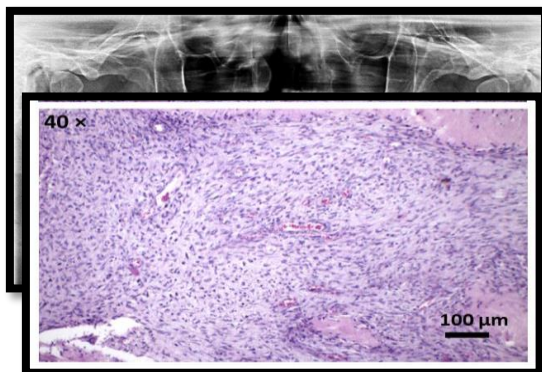
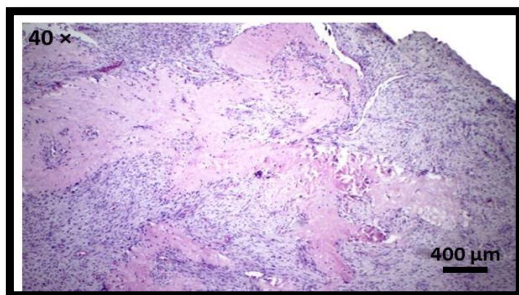
No pós-operatório imediato foi solicitada panorâmica, onde pode ser observada imagem radiolúcida mostrando perda de continuidade óssea da basilar na região de ângulo, área de malformação óssea (Figura 09).

O material foi encaminhado para análise histológica por um patologista experiente da Universidade Tiradentes, onde o padrão histológico da lesão foi caracterizado por intensa proliferação de células fusiformes e ovóides isomórficas, arranjadas em fascículos entrelaçados de comprimento variável, e associadas a deposição leve à moderada de feixes delicados de fibras colágenas

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 9: Análise da imagem pós-operatória após 7 dias.

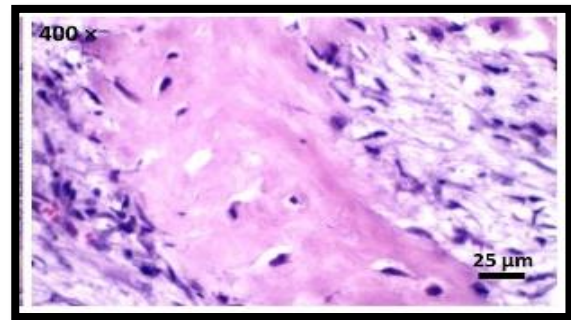
(Figura 10). O tecido conjuntivo acha-se



Fonte: dados da pesquisa

Figura 10: Secções histológicas da lesão em um aumento de 40x  
Fonte: dados da pesquisa

Figura 11: Secções histológicas da lesão em um aumento de 40x



Fonte: Dados da pesquisa:

Figura 13: Secções histológicas da lesão em um aumento de 400x

sustentado por uma delicada, mas bem marcada, rede vascular capilar (Figura 11). De permeio, nota-se a deposição de trabéculas ósseas espessas e irregulares, por vezes anastomosadas, exibindo intensa atividade osteoblástica e numerosos osteócitos (Figura 12). Destaca-se que os osteoblastos periféricos apresentam morfologia achatada, com núcleos pavimentosos e hiper cromáticos. Áreas de atividade osteoclástica (presença de células gigantes multinucleadas osteorreabsortivas no interior de lacunas de Howship) se mostraram achados extremamente incomuns (Figura 13). Os achados histológicos determinaram o diagnóstico de Fibroma Ossificante Central.

Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 11: secção histológica em um aumento de 40x



Fonte: Dados da pesquisa

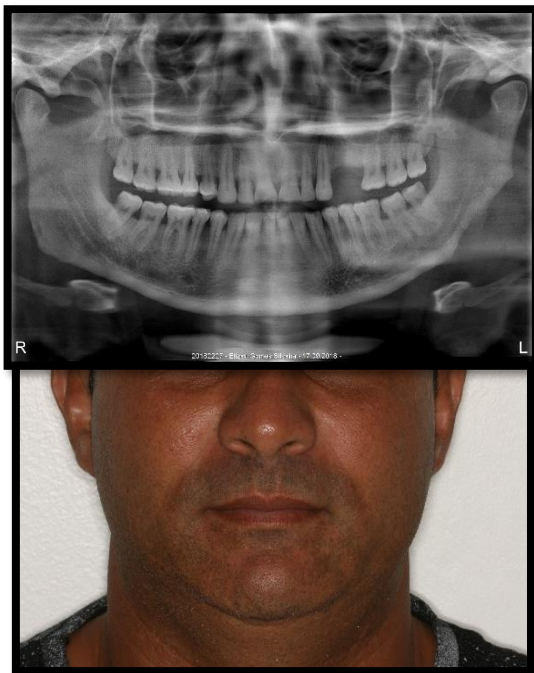
Figura 12: Secções histológicas da lesão em um aumento de 100x

Após 9 meses de acompanhamento clínico, não foram observados aumento

de volume ou assimetria, com cicatriz



quase imperceptível (Figura 14, 15 e 16), e radiográfico, mostrando continuidade da basilar, com formação



da cortical óssea, sem indícios de recidiva da lesão. (Figura 17). Paciente encontra-se em proervação.

#### 4. Discussão

As lesões fibro ósseas benignas dos maxilares são grupo de lesões raras, que apresentam características clinicopatológicas muito semelhantes dentro desse mesmo grupo e com outras patologias, o que dificulta no diagnóstico. Para que se possa realiza-lo

é necessária fazer uma correlação de todas as etapas clínicas, radiográficas e histológicas até o provável diagnóstico. (PHATTARATARATIP;PHOLJAROEN ; TIRANON, 2013; AKASHI, et al., 2017; SRICHINTHU et al., 2016). De acordo com os dados literários, é percebida a grande dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico seguro, tornando-se necessário fazer um comparativo entre algumas lesões que fazem diagnóstico diferencial com o caso, para determinar a patologia. A conduta adotada teve como embasamento a análise de todas essas variantes como ponto de partida para o tratamento.

O Osteossarcoma de baixo grau de malignidade se apresenta como uma neoplasia de crescimento lento e que gera dor em alguns casos. Radiograficamente, ela é radiopaca e presa á superfície externa do osso por uma ampla base sésil. A tendência é que haja uma deposição óssea patológica, e que esta ocorra em linhas sequenciais em um ângulo de 90° em relação à nova formação óssea, padrão descrito como reação periosteal de raios solares. (CHRCANOVIC, B.R.; /SOUZA, L.N, 2012; KUMAR, V.S.; BARWAR.N.; KHA, S.A., 2014;). Esses achados clínicos e de imagem foram utilizados como diferencial no diagnóstico do caso. Uma vez que, o paciente não apresentava sintomatologia dolorosa. No radiográfico, aparenta uma expansão do periósteo, porém não é observada a reação em raios solares, uma das características marcantes do osteossarcoma, bem como ausência de características de malignidade. O fragmento se apresentava bem delimitado, com bordos regulares, não constatando um padrão agressivo de crescimento.

Histologicamente, os osteossarcomas de baixo grau são caracterizados por uma proliferação de células fusiformes, com uma produção variada de osteóide, apresentando mínima atipia e algumas poucas figuras mitóticas (RIBEIRO et al., 2011). Os achados histológicos observados no presente caso são compatíveis com

Fonte: Dados da pesquisa

]Fonte: Dados da pesquisa

l  
Figura 17: Análise da imagem pós- operatória após 9 meses.

algumas das características do osteossarcoma de baixo grau apresentadas acima, assim como das lesões fibro-ósseas, em que há intensa proliferação de células fusiformes e ovóides com deposição de trabéculas ósseas espessas, porém o laudo não apresenta nenhum achado de atipia celular, ou sinais de malignidade o que distancia a hipótese de um osteossarcoma de baixo grau (KUMAR, V.S.; BARWAR, N.; KHA, S.A., 2014).

O Osteoblastoma é um tumor benigno, porém pode apresentar um comportamento agressivo. Dor, sensibilidade e aumento de volume são características comumente apresentadas, podendo causar compressão de tecidos e nervos próximos a sua localização (TENÓRIO et al., 2016). O seu histológico é caracterizado pela deposição de tecido ósseo em diferentes estágios de maturação e pela presença abundante de osteoblastos, que muitas vezes estão intimamente associados à neoformação óssea. Radiograficamente, é uma lesão bem circunscrita, expansiva, com traços de calcificação radiolúcida (DIXIT et al., 2018). Tendo em vista o amplo espectro de lesões ósseas com características clínicas, radiográficas e histopatológicas similares descritas na literatura, esses tumores se tornaram um desafio diagnóstico (SAITO, et al., 1984). No presente estudo, algumas características de gênero e radiográficas apresentaram similaridade com o que a literatura apresenta sobre Osteoblastomas, porém a localização e o histológico não condiz com os achados do caso clínico (TENÓRIO et al., 2016).

O fibroma ossificante periosteal por sua vez é uma lesão com características semelhantes ao fibroma ossificante central, no entanto, é uma lesão extremamente rara, com pouquíssimos casos registrados na literatura até hoje. Uma importante característica distintiva é a formação de uma cápsula massa de tecido fibroso celular, e frequentemente se apresenta como uma lesão ulcerativa (SAITO et al., 1984).

Clinicamente, as LFOBM têm crescimento lento e são assintomático

em sua maioria. Existem relatos destas lesões, se apresentando como unilaterais, bilaterais, bimaxilares ou múltiplos (RIBEIRO et al., 2011; DESAI et al., 2013; WANG et al., 2014). Dor e parestesia são raramente associadas a estas lesões, podendo se fazer presentes em casos onde a tumefação comprima nervos da região. O inchaço é o principal sinal clínico e a região afetada é firme a palpação (LOREDO, et al., 2011 ANDRADE et al., 2013). No relato, a apresentação clínica da lesão se dá por meio de algumas das características abordadas pela literatura, como sendo parte do perfil dessa lesão, que por sua vez é: assintomática, unilateral, em região posterior da mandíbula, sem quadro de parestesia, firme a palpação e com progressão lenta, o que se aplica a todas as LFBOMs. O profissional deve estar atento a todos os sinais da patologia, para que se possa estabelecer uma hipótese diagnóstica mais condizente com o caso e solicitar os exames de imagem e a análise histológica para fechar o diagnóstico.

As LFBOM costumam afetar indivíduos em diferentes fases da vida, embora isso não seja uma regra, há uma predileção por indivíduos com faixa etária diferente para cada uma delas. A DF costuma afetar indivíduos entre a 1<sup>o</sup> e a 2<sup>o</sup> década de vida, já o FOC entre a 3<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> e a DCO varia entre a 3<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup>. Está bem clara a preferência dos LFBO pela mandíbula, analisando separadamente os tipos de lesões, essa preferência é alterada para DF, que por sua vez, são mais vistas na maxila (CHENG et al, 2012; NORONHA et al., 2013; LASISI et al., 2014., (NEVILLE et al., 2016). O paciente em questão tinha 39 anos, o que em paralelo com a literatura está na faixa etária do FOC e da DCO não se encaixando nesse quesito com a DF. Outra variante literária dessas lesões são o sítio anatômico de maior prevalência, no relato, a área acometida foi a região posterior da mandíbula (região de ângulo), que segundo dados da pesquisa é a mais prevalente no FOC e na DOC, já a displasia fibrosa tem como localização mais frequente a maxila.

A DF e o FOC apresentaram, em sua maioria, imagens mistas, que coincidem (PRABU et al., 2013; KUMAR et al., 2015). O FOC evidenciam lesões radiolúcidas frequentes, circundadas por uma fina margem esclerótica (MOHANTY et al., 2014; ALSHARIF et al., 2009). Radiopacidades ou vidro fosco padrão foram mais frequentes na DF. (ALSHARIF et al., 2009; MOHANTY et al., 2014). Durante a análise da imagem da lesão foi constatada a presença de uma área hipodensa na região de ângulo de mandíbula, bem delimitada e com rompimento da cortical óssea, acometendo lado esquerdo, de forma circular, além da presença de um halo hipodenso, contendo matriz cálcica expressa sob a forma de massas hiperdensas. Os achados imaginológicos não determinam o diagnóstico do caso, servindo como método auxiliar para o clinicopatológico. A lesão apresentava dimensões de aproximadamente 19mmx15mm, com pequena ruptura de cortical.

Ao se analisar o histopatológico da DOF e do FOC nota-se a presença de um trabeculado ósseo caracteristicamente delgado e curvilíneo (em formato de “C” ou “S”), apresentando atividade osteoblástica e estroma fibroso maduro, moderadamente celularizado, evidenciados na DOF, em oposição às trabéculas irregulares espessas e com patente pavimentação osteoblástica, e o estroma ricamente celularizado e fasciculado observado no FOC (MOSHY; MWAKYOMA; CHINDIA, 2010; LIMA JUNIOR et al., 2017).

As LFBOM apresentam-se como um grupo de lesões bem circunscritas por suas corticais, não curvilíneas sob um tecido conjuntivo rico em fibras colágenas, em geral com padrão não lamelar. Além disso, há presença de depósitos mineralizados esferóides 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 FOCs, sendo

observada em aproximadamente 46,7% (OLIVEIRA et al., 2008; HUNASGI; RAGHUNATH, 2012; KONOPKA et al., 2012; LIMA JUNIOR et al., 2017). Os achados histológicos determinaram o diagnóstico de Fibroma Ossificante Central.

#### 4. Considerações finais

Algumas lesões fibro-ósseas não apresentam características de diagnóstico evidente, o que dificulta, e em muitos casos impossibilita de fechar um diagnóstico específico. Por vezes, suas características clínicas, radiográficas e histológicas não apresentam diferenças significativas que determinem com clareza o tipo de lesão, não havendo concordância entre a soma desses achados, determinando assim somente o grupo a que elas pertencem.

O profissional deve conhecer bem todas as patologias desse grupo e as que fazem diagnóstico diferencial com as mesmas, para que o tratamento de escolha seja o mais indicado para o caso.

#### 5. Referências

1. AIUTO R, GUCCIARDINO F, RAPETTI R, SIERVO S, BIANCH AE. **Management of symptomatic florid cemento-osseous dysplasia: Literature review and a case report.** J Clin Exp Dent. 2018 Mar; 10(3): e291–e295. doi: 10.4317/jced.54577
2. ANDRADE, M., SOUZA, Y.T.C. SILVA, MARQUES, M.F. TEIGA, PONTUAL, M.L. dos ANJOS, PEREZ, F.M.M.R, PEREZ, D.E.C. **Ossifying fibroma of the jaws: a clinicopathological case series study.** Braz. Dent. J., v.24, n.6, nov-dez, 2013. p.662-666.
3. CHENG J, WANG Y, YU H. **An epidemiological and clinical analysis of craniomaxillofacial fibrous dysplasia in a Chinese population.** Orphanet J Rare Dis. 2012;7:1-6
4. DE NORONHA SANTOS NETTO J, 2MACHADO CERRI J, MIRANDA AM, PIRES FR. **Benign fibroosseous lesions:**

- clinicopathologic features from 143 cases diagnosed in an oral diagnosis setting.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;115:56-65.
5. DESAI, K. GUPTA, K., MANJUNATHA, B.S., PALAN, S. **Bimaxillary presentation of central ossifying fibroma: a unique aggressive entity.** *BMJ Case Rep.*, v.16, [on-line], jun., 2013.
  6. DIXIT, R., GUPT, S., CHOWDHURY, V., KHURANA, N. **Aggressive osteoblastoma of the temporal bone: an unusual cause of facial palsy.** *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018;**84(1)**:119-121.
  7. DRUMOND JOSE, MN. **Benign bone tumors and pseudotumors bone lesions: diagnostic advances and upgrade.** *Rev Med Minas Gerais* 2011; 21(1): 49-54.
  8. HUNASGI, S., RAGHUNATH, V. **A clinicopathological study of ossifying fibromas and comparison between central and peripheral ossifying fibromas.** *J.Contemp. Dent.Pract.*, v.13, n.4, jul., 2012. p.509-514.
  9. KONOPKA, W. SMIECHURA, M., STRUZYCKA, M. KOZAKIEWICZ, M. **Ossifying fibroma-cementoma of jaw.** Differences in histopathological nomenclature. *Otolaryngol. Polska*, v.66, 2012. p.359-362.
  10. KUMAR KA, KISHORE PK, MOHAN AP, VENKATESH V, KUMAR BP, GANDLA D. **Management and Treatment Outcomes of Maxillofacial Fibro-osseous Lesions: A Retrospective Study.** *J Maxillofac Oral Surg.* 2015;14:728-34.
  11. KUMAR, V.S., BARWAR, N., KHAN, S.A. **Surface osteosarcomas: Diagnosis, treatment and outcome.** *Indian Journal of Orthopaedics*, May 2014, Vol. 48.
  12. LASISI TJ, ADISA AO, OIUSANYA AA. **Fibro-osseous lesions of the jaws in Ibadan, Nigeria.** *Oral Health Dent Manag.* 2014;p.13:41-4.
  13. LIMA JÚNIOR, F.A.A, CUNHA SILVA, J.L, ROSA, C.R., DA FONTE, J.B.M, MELO, M.F.B, JUNIOR ALBUQUERQUE, R.L.C., **Fibroma ossificante central em mandíbula: Relato de caso.** *Interfaces Científica- saúde ambiente.* V5.N2.p33-40, fev2017
  14. LOPES, M.C.A., BARROS, S.S.L.V., LIMA, C.C.B., NOGUEIRA, L.B.L.V., ROCHA, M.M.F., MORAES, S.S., **Fibroma ossificante na mandíbula: relato de caso de patologia rara.** *Ver. Cir. Traumatologia Buco Maxillofac.* V.13, n.1, p. 77-82, 2013
  15. MACDONALD DS. **Maxillofacial fibro-osseous lesions.** *Clin Radiol.* 2015;p.70:25-36.
  16. MOHANTY S, GUPTA S, KUMAR P, SRIRAM K, GULATI U. **Retrospective Analysis of Ossifying Fibroma of Jaw Bones Over a Period of 10 Years with Literature Review.** *J Maxillofac Oral Surg.* 2014;13:560-7..
  17. 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.*, v.87, n.5, maio 2010. p.215-219.
  18. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN C, CHI CA. **Oral and Maxillofacial Pathology**, 4th ed. St. Louis: Elsevier; 2016.
  19. OLIVEIRA, A.C.A., DEMEDA, 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.*, v.8, n.1, janabr. 2008. p.111-115.
  20. OLIVEIRA, C.R.G.C., MENDONÇA, B.B., CAMARGO, O.P., PINTO, E.M., NASCIMENTO, S.A.B., LATORRE,, M.R., ZERBINE, M.C.N. **Classical osteoblastoma,**



- atypical osteoblastoma, and osteosarcoma. A comparative study based on clinical, histological, and biological parameters. *Clinics* v.62 n.2 São Paulo 2007
21. PHATTARATARATIP, E.; PHOLJAROEN, C.; TIRANON, P. **A Clinicopathologic Analysis of 207 Cases of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws.** *Int. J.Surg.Pathol.*, v.22, n.4, dec., 2013. p.326-333.
  22. RIBEIRO, A.C.P. ROMAN, M.S., DIAS,K.P., GOUVÊA,A.F., VARGAS, P.A. **Bilateral central ossifying fibroma affecting the mandible: report of an uncommon case and critical review of the literature.** *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.*, v.111, n.2, fev. 2011. p.21-26.
  23. ROSALES, A.C.M.N., **Análise molecular dos genes *hrpt2* e *ciclina d1* na displasia fibrosa, no fibroma ossificante e no osteossarcoma dos maxilares 2012.**
  24. SILVEIRA, D.T., CARDOSO, F.O., SILVA, B.J.A., ASSUNÇÃO, C., MANZI, F.R., **Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imaginológico e histopatológico e tratamento feito.** *Revista Brasileira de Ortopedia.* 2016; 51(1): 100-104.
  25. SINGH AK, KUMAR N, SINGH S, PANDEY A, VERMA V. **Juvenile ossifying fibroma of the mandible: A case report and review.** *J Dent Allied Sci* 2018;7:34-7.
  26. SRICHINTHU, K.K., YOITHAPPRABHUNATH, T.R. CHITTURI, R.T., YAMUNADEVI, A., **relato de caso clínico, diagnóstico imaginológico e histopatológico e tratamento feito.** *Revista Brasileira de Ortopedia.* 2016; 51(1): 100-104
  27. SUAREZ-SOTO A, BAQUERO-RUIZ DE LA HERMOSA MC, MINGUEZ-MARTINEZ I. **Management of fibro osseous lesions of the craniofacial area. Presentation of 19 cases and review of the literature.** *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18:479-85.
  28. UTRIAINEN P, VALTA H, BJÖRNSDOTTIR S, MÄKITIE O, HOREMUZOVA E. **Polyostotic Fibrous Dysplasia With and Without McCune-Albright Syndrome-Clinical Features in a Nordic Pediatric Cohort.** *Front Endocrinol (Lausanne).* 2018 Mar 15;9:96.
1. WANG, T.T., ZHANG,R., WANG,L., CHEN,Y., DONG,Q., LI, T.J., **Two cases of multiple ossifying fibromas in the jaws.** *Diagn.Pathol.*, v.28, n.9, 2014. p.75.

