

UNIVERSIDADE TIRADENTES

KAYO VINÍCIUS CALHEIRA SANTOS
MATEUS FERREIRA NOGUEIRA

FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL EM REGIÃO
POSTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO

Aracaju
2019

KAYO VINÍCIUS CALHEIRA SANTOS
MATEUS FERREIRA NOGUEIRA

FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL EM REGIÃO
POSTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO

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.

Orientadora: Prof^a. MSc. Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos

Aracaju
2019

KAYO VINÍCIUS CALHEIRA SANTOS
MATEUS FERREIRA NOGUEIRA

FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL EM REGIÃO
POSTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO

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

Profª Orientadora: Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos

1º Examinador: Saione Cruz Sá

2º Examinador: Carlos Humberto Tadeu de Oliveira

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos orientadora dos discentes, Kayo Vinícius Calheira Santos e Mateus Ferreira Nogueira, atesto que o trabalho intitulado: “FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL EM REGIÃO POSTERIOR DE MAXILA: RELATO DE CASO” 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,

Orientadora

*“Quão melhor é adquirir a sabedoria do que o ouro!
e quão mais excelente é adquirir a prudência do que
a prata!”*

Provérbios 16:16

FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL EM MAXILA: RELATO DE CASO

**Kayo Vinícius Calheira Santos^a, Mateus Ferreira Nogueira^a,
Sara Juliana de Abreu de Vasconcelos^b**

^(a)Graduandos em Odontologia - Universidade Tiradentes; ^(b) Professora Adjunta do curso de Odontologia - Universidade Tiradentes.

Resumo

O Fibroma Ossificante Central (FOC) é uma lesão neoplásica benigna, com maior prevalência no sexo feminino, entre 3ª e 4ª décadas de vida, em região de mandíbula posterior e apresenta crescimento lento. Nos aspectos radiográficos são observadas imagens radiolúcidas e radiopacas, caracteristicamente misto. O histopatológico deve ser realizado para definição do diagnóstico. O objetivo desse trabalho é explanar um relato de caso clínico do FOC, em região de maxila posterior, através de uma revisão de literatura sobre essa patologia e relato de caso, destacando a importância dos exames imaginológicos e histopatológico no diagnóstico da lesão, bem como na condução do tratamento. A técnica cirúrgica aplicada na remoção da lesão foi a enucleação cirúrgica sem complicações, com resolução sem recidivas da patologia.

Palavras-Chave

Fibroma ossificante. Neoplasias ósseas. Diagnóstico. Cirurgia.

Abstract

Central Ossifying Fibroma (FOC) is a benign neoplastic lesion, most prevalent in females, between the 3rd and 4th decades of life, in the posterior mandible region and presents slow growth. In the radiographic aspects, radiolucent and radiopaque images, characteristically mixed, are observed. Histopathology should be performed to define the diagnosis of this specific fibrosis lesion. The aim of this paper is to explain a case report of FOC in the posterior maxilla, through a literature review of this pathology and case report, highlighting the importance of imaging and histopathology in the diagnosis of the lesion, as well as in the diagnosis of the lesion. conduct of treatment. The surgical technique applied to remove the lesion was uncomplicated surgical enucleation, with resolution without pathological recurrences.

Keywords

Ossifying Fibroma. Bone Neoplasms. Diagnosis. Surgery.

1 INTRODUÇÃO

O Fibroma Ossificante Central (FOC) é considerado uma lesão fibro-óssea rara e benigna, sendo uma neoplasia verdadeira com potencial de crescimento significativo. Foi sugerido que a origem desse tumor é odontogênica ou proveniente de células encontradas nos ligamentos periodontais, mas patologias semelhantes têm sido relatadas em outros ossos craniofaciais que não possuem nenhuma relação dentária, tornando essas teorias anteriores questionáveis. Hoje, a literatura prefere designar o material alterado presente na ossificação dos fibromas como uma variação óssea (HOSSEINI e MOSLEMI, 2011).

De acordo com a classificação de tumores da Organização Mundial de Saúde (OMS) essa lesão é classificada como fibroma cimento-ossificante (LOPES et al., 2013; KRAMER et al., 1992). Apesar de usualmente apresentar desenvolvimento lento, esta lesão pode manifestar-se em alguns casos de forma agressiva, com alto grau de recidiva. Apesar de raros, existem relatos na literatura, de Fibroma Ossificante Central bilaterais (RIBEIRO et al., 2011; MISRA et al., 2015).

Das neoplasias fibro-ósseas descritas, as mais comuns são: displasia Fibrosa (DF) e o FOC, porém as prevalências desses tumores divergem entre diferentes autores, variando entre 32 a 50% entre pesquisas nacionais e internacionais. Sua predileção é pela mandíbula em áreas de pré-molares e molares e usualmente encontrada em maxila envolvendo seio maxilar. Acomete mais o gênero feminino entre a terceira e quarta década de vida. Em lesões menores apresenta-se crescimento lento e assintomático, nesse estágio a patologia geralmente é detectada em exames radiográficos de rotina (DESAI et al., 2013; RAM et al., 2011).

Radiograficamente, o FOC se apresenta como imagem mista, radiopaca-radiolúcida bem definida, desorganizada, unilocular caracterizada pelo preenchimento de massas ósseas, podendo provocar abaulamento das corticais ósseas, expansão no sentido vestibulo-lingual ou palatina sem causar perfurações, em alguns casos pode provocar divergências ou reabsorções das raízes (MISRA et al., 2015; LIU et al., 2010). Nas imagens radiográficas, o FOC não possui um padrão na sua forma, podendo ser arredondado, oval ou irregular, se caracteriza por uma lesão unicística

ou multicística bem delimitada, onde sua densidade irá depender do estágio de maturação da lesão (LIU et al., 2010).

Há uma grande diversidade de lesões que podem ser classificadas como lesões fibro-ósseas benignas que se desenvolvem em área de cabeça e pescoço e que apresentam características clínicas e radiográficas semelhantes com o FOC. Entretanto se diferenciam histologicamente, entre os quais se destacam o fibroma cemento-ossificante, fibroma ossificante-psamomatóide e o fibroma ossificante juvenil trabecular (ALGHONAIM et al., 2017; KONOPKA et al., 2012).

No exame histopatológico, observa-se nesse tipo de lesão esferas basofílicas acelulares semelhantes à cimento, estando intimamente ligada aos trabeculados ósseos que se apresentam de variados tamanhos e combinações de padrões imaturas e lamelares na presença de pavimentação osteoblástica e de osteóide periférico. No interior da lesão, há deposição de tecido ósseo, conjuntivo, cimento e acomodação de tecido mineralizado disperso nas margens dessas esferas, geralmente caracterizam-se por exibir aspectos de escova que se mesclam no tecido conjuntivo adjacente (NEVILLE et al., 2016; RAM et al., 2011; SANTOS FILHO et al., 2017).

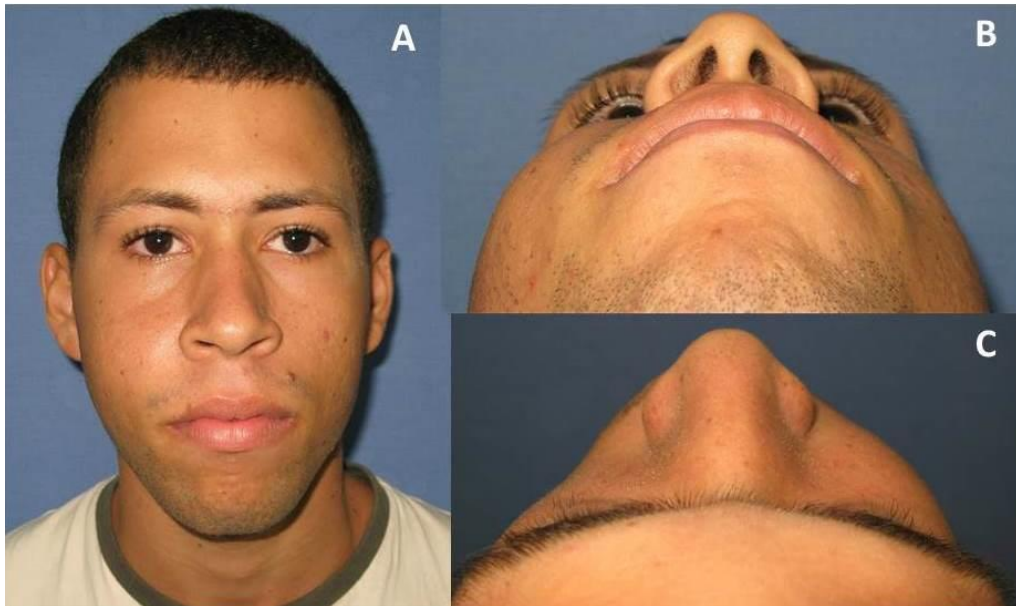
O tratamento para o FOC é a remoção cirúrgica, através de enucleação, onde, na maioria das vezes, a lesão é facilmente destacada do osso. Nos casos de lesões extensas, podem ser necessários os procedimentos de reconstrução com placas de titânio (TOLENTINO et al., 2010). O pós-operatório consiste em controle de imagem em quaisquer circunstâncias, principalmente para casos que não foi possível sua remoção completa devido à sua localização em relação às estruturas anatômicas. Contudo, a taxa de recorrência foi relatada na literatura em um percentual de 30 a 58%, o principal fator, se deve a extensão da lesão e sua proximidade as áreas vitais. O prognóstico do FOC é favorável e raramente ocorre recidiva (GONZÁLES et al., 2015; WOO, 2015).

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico sobre o FOC diagnosticado em paciente do sexo masculino bem como suas características clínicas, radiográficas e histopatológicas, além de discutir conduta de tratamento adequada.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 18 anos, compareceu ao Hospital Edgar Santos situado em Salvador-BA, com queixa de "meu rosto está inchado". Referiu aumento de volume em região de maxila direita há 5 meses. Ao exame físico extraoral observou-se aumento de volume da hemiface direita em região zigomática e maxilar, com assimetria evidente. Na história médica não apresentou alterações sistêmicas (FIGURA 1).

FIGURA 1 – Imagem extraoral: (A) Vista frontal; (B) Vista inferior; (C) Vista superior.



Ao exame intraoral foi observado aumento de volume em rebordo alveolar, com apagamento de fundo de vestibulo na região vestibular, desde dente 13 até posterior da unidade 18, com mucosa apresentando de coloração levemente hiperemiada. Na palatina, alteração se estendendo da área de canino até a área de molar, porém com coloração normal de mucosa (FIGURA 2).

FIGURA 2 – Aspecto intraoral.



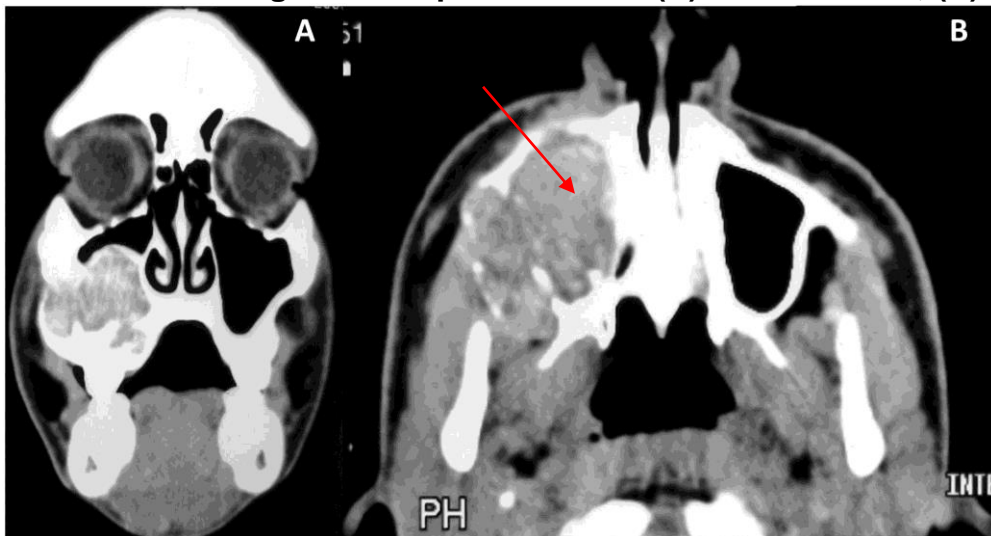
A avaliação da radiografia panorâmica confirmou a extensão da lesão da área de canino até a área distal de molar, sem reabsorção e deslocamento das raízes das unidades envolvidas, a imagem mostrava-se com aspecto misto (radiolúcido e radiopaco), mal delimitado e limites irregulares, com leve aparência de “vidro despolido”, invadindo região de seio maxilar direito. Para avaliação da extensão real da lesão foi solicitado uma tomografia computadorizada de face cortes axiais e coronais (FIGURA 3).

FIGURA 3 – Radiografia panorâmica.



A lesão na tomografia computadorizada de face (multislice), janela para tecidos moles, no corte axial foi observada características hipodensas e hiperdensas em vários graus; o corte coronal evidenciou-se que crescimento da lesão provocou abaulamento das corticais ósseas, vestibular e palatina, com o aumento de volume para o assoalho de seio maxilar direito, reduzindo o espaço anatômico, sem perda de continuidade das corticais (FIGURAS 4).

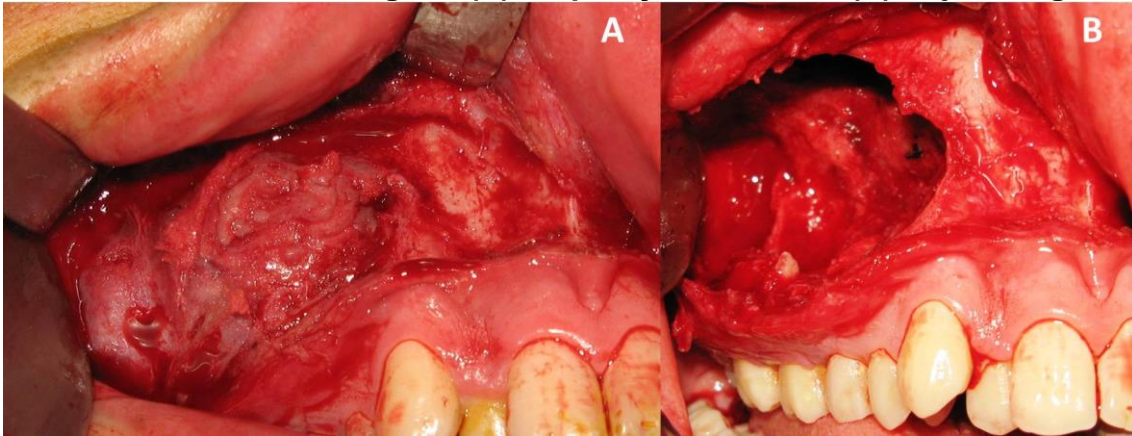
FIGURA 4 - Tomografia Computadorizada: (A) Corte coronal; (B) Corte axial.



A primeira hipótese de diagnóstico, baseado nos exames clínicos e imaginológicos foram de displasia fibrosa. A biópsia incisional foi realizada e mostrou laudo histopatológico de lesão fibro óssea compatível com FO. Devido ao tamanho da lesão e invasão em seio maxilar, o tratamento indicado foi a enucleação e curetagem cirúrgica, sob anestesia geral.

Após intubação orotraqueal, a cirurgia iniciou-se com acesso cirúrgico intraoral, incisão linear horizontal 01 centímetro acima da margem gengival, estendendo-se da unidade 18 até a unidade 22, em seguida procedeu-se o descolamento mucoperiosteal para visualização da patologia em toda sua extensão (FIGURAS 5).

FIGURA 5 – Acesso cirúrgico: (A) Disposição da lesão; (B) Loja cirúrgica.



Após toda exposição cirúrgica, foi realizada a enucleação de toda lesão seguida de curetagem. Osteotomia periférica foi realizada nas paredes ósseas da loja cirúrgica para evitar recidiva. As peças patológicas foram encaminhadas para exame histopatológico, que evidenciou a presença de trabéculas ósseas de osso osteóide e outras mais maduras, exibindo atividade osteoblástica, imerso em tecido conjuntivo fibroso, com células fusiformes, pouco colagenizado e vascularizado, confirmando diagnóstico de FO (FIGURAS 6 e 7).

FIGURA 6 – Aspecto macroscópico: (A) Lesão total; (B) Fragmentos da lesão.

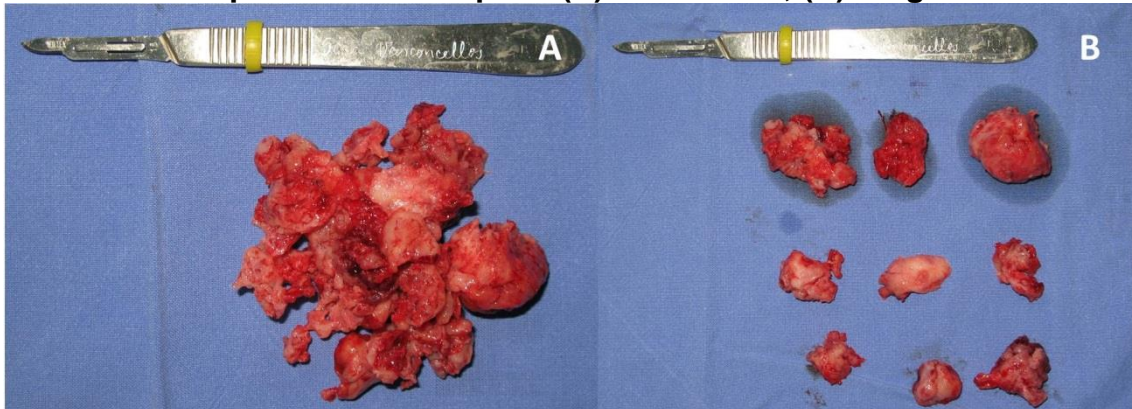
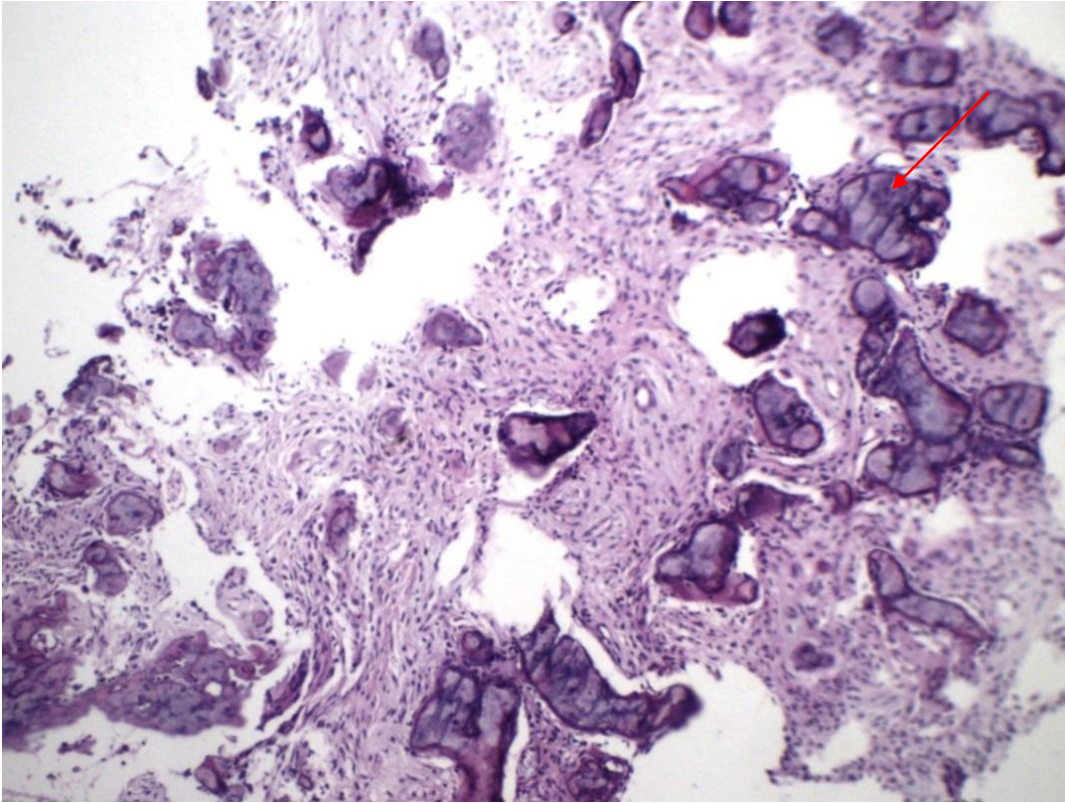
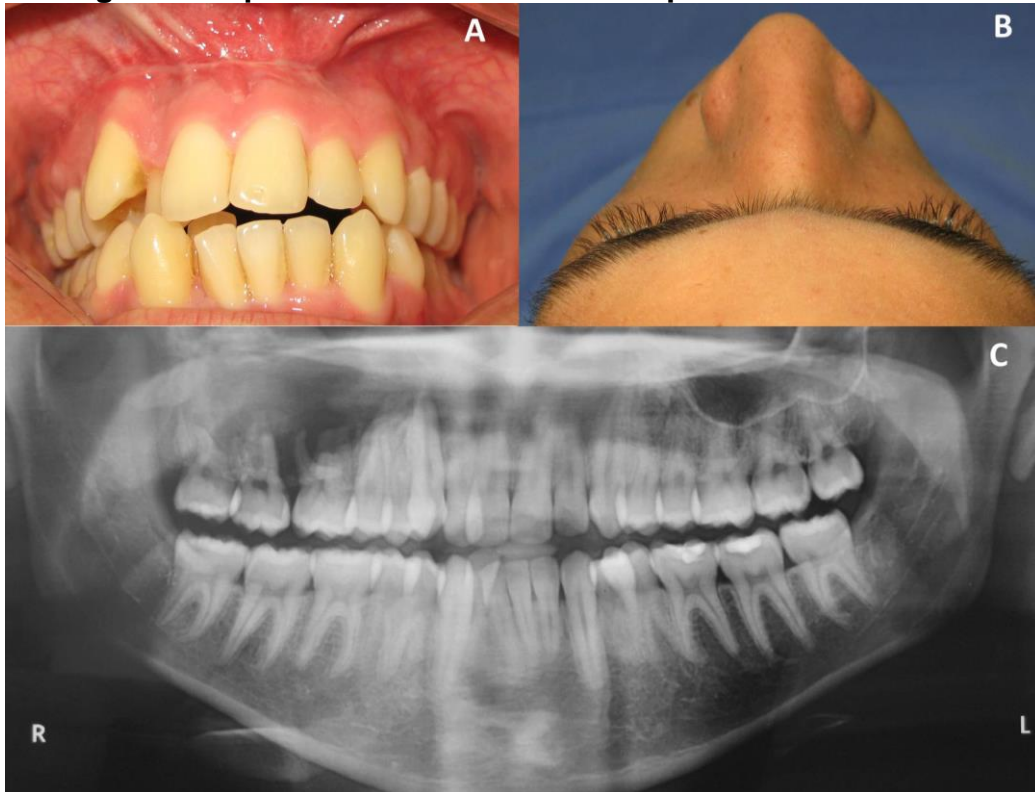


FIGURA 7- Imagem histopatológica da lesão.



Paciente ficou em acompanhamento clínico e radiográfico, com boa preservação do caso, ausência de alterações extraoral e sem mobilidades dentárias. Na avaliação radiográfica de controle (60 dias de pós-operatório), foi observada área radiolúcida com pontos de ossificação, sugestivo de cicatrização óssea na região da cirurgia. Não foram observados sinais sugestivos de recidiva da lesão (FIGURA 8).

FIGURA 8 – Pós-operatório: (A) Intraoral; (B) Extraoral com vista superior; (C) Radiografia panorâmica de acompanhamento com 60 dias.



3 DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1971 categorizou o fibroma ossificante, sendo de origem osteogênica, e o fibroma cementificante, de origem odontogênica, como neoplasias benignas dessemelhantes. No ano de 1992, essas duas lesões antes classificadas como distintas, se tornaram uma só, designada como uma neoplasia benigna de origem osteogênica, pois achados dessa lesão também foram encontrados em outros ossos do corpo (KRAMER et al., 1992; TOLENTINO 2010).

O FOC, lesão fibro-óssea clássica, de acordo com a literatura, apresenta-se frequentemente em região posterior da mandíbula e tem predileção pelo sexo feminino, na terceira e quarta década de vida (SILVEIRA et al., 2016; PHATTARATARATIP et al., 2013; LIU et al., 2010). No presente caso, o paciente era do sexo masculino, estava na segunda década de vida e a localização da lesão apresentava-se em região maxilar no hemiarco direito, contrário a muitos relatos na literatura.

Em relação à evolução da patologia, o FOC manifesta-se de forma assintomática, de tamanho pequeno e à medida que decorre o tempo, a lesão se expande de forma indolor. Sendo perceptível ao paciente somente nesse estágio ou em exames imaginológicos de rotina (KUMAR et al., 2014; PHATTARATARATIP et al., 2013; GONDIVKAR et al., 2011). No caso reportado, paciente procurou serviço especializado apenas ao verificar leve assimetria facial e intra bucal, porém era indolor.

Aos exames radiográficos, frequentemente percebe-se deslocamento e reabsorção das raízes acometidas pelo FOC. No trabalho apresentado, verificou-se que raízes estavam integras e em posição normal, discordando com Desai et al. (2013) e Sheikhi et al. (2013), que em ambos os casos relatados pelos autores, a lesão afetou estruturas dentárias de modo irreversível.

Radiograficamente, a lesão não possui uma imagem padronizada, podendo diversificar-se de acordo com a quantidade de tecido mineralizado da lesão, comumente caracterizado como uma lesão uni ou multilocular, bem delimitada, com uma quantidade variável de focos radiopacos no interior (SILVEIRA et al., 2016; EL-MOFTY, 2014). No presente trabalho, a análise das imagens radiográficas evidenciou uma lesão de tamanho médio, unilocular, mal delimitada e limites irregulares, com algumas áreas radiopacas densas, sugestivo de FOC, porém não sendo conclusivo para fechamento de diagnóstico.

Ao exame de imagem de tomografia computadorizada essa lesão exhibe graus diferentes de densidade, que na maioria dos casos estudados é retratada uma imagem hipodensa podendo ter focos hiperdensos no interior (SILVEIRA et al., 2016). Nos cortes tomográficos (multislice) deste relato, observou-se que a lesão se apresentava hipodensa com vários focos hiperdensos no seu interior, ou seja, aparentava tratar-se de uma lesão bem evoluída, e de aspecto fibro-ósseo.

Histologicamente, a patologia do caso exposto apresenta muitas fibras colágenas entrelaçadas, trazendo em si inúmeros fibroblastos demasiadamente vascularizados o que gera uma substância mineralizada, que, em grande parte, não pode ser denominada de osso ou cimento; há uma grande quantidade de focos de trabéculas

ósseas desorganizadas no tecido conjuntivo. Se o FOC tiver bem evoluído e maturado, o seu interior irá se apresentar de forma mais densa com o aumento das ilhas de ossificação, aumentando assim a radiopacidade nas imagens radiográficas (SILVEIRA et al., 2016; RAM et al., 2011).

Autores indicam que o tratamento ideal para essa lesão é a enucleação e curetagem, variando em realizar remoção com margem de segurança para estágios avançados da lesão ou não; para os estágios iniciais. No caso relatado, o tratamento foi conduzido baseado na literatura, sem margem de segurança, porém com curetagem e osteotomia periférica para evitar recidivas. Prognóstico é bom, com taxa de recidiva de até 28% sem a margem de segurança e o tratamento com margem de segurança, sua recorrência é extremamente rara (SILVEIRA et al., 2016; LOPES et al., 2013; TOLENTINO et al., 2010). Paciente durante acompanhamento, não apresentou recorrência da lesão, encontra-se em proervação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O FOC é caracterizado como uma lesão benigna de prognóstico favorável, podendo ser encontrado em exames de rotina. Mesmo possuindo características invasivas, deve-se considerar a preservação das estruturas adjacentes. Quando diagnosticada em seu estágio inicial, seu tratamento é realizado de forma menos agressiva. Nos exames imaginológicos, percebe-se abaulamento e expansão das corticais ósseas, mas sem perfuração. Deste modo, os profissionais devem observar com cautela os exames pré-operatórios, às variações de padrões e a coleta de todas as informações necessárias para o tratamento mais adequado.

5 REFERÊNCIAS

1. ALGHONAIM, Y., ALRASHEDALHUMAID, S., ARAFAT, A. Aggressive ossifying fibroma of rightethmoidalsinus: A case report. **International Journal of Surgery Case Reports**. 2017.
2. DESAI, K.; GUPTA, K.; MANJUNATHA, B.S.; PALAN, S. Bimaxillary presentation of central ossifying fibroma: a unique aggressive entity. **BMJ Case Rep**, jun 2013.
3. EL-MOFTY, S. K. Fibro-Osseous Lesions of the Craniofacial Skeleton: An Update. **Head and Neck Pathology**, 8(4), 432–444. 2014.
4. GARCIA, BG, CALDEIRA, PC, JOHANN, ACBR, SOUSA, SCOM DE CALIARI, MV, CARMO, MAV DO & MESQUITA, RA. Marcadores de proliferação celular em fibromas periféricos e centrais: um estudo comparativo. **Journal of Applied Oral Science**, 21 (2), 106-111. 2013.
5. GONZÁLEZ, M. J., ZUAZO, F., ABDALA, C. A., GUERRERO, C., HERNÁNDEZ, J., OLVERA,O., TOVILLACANALES, J. L. Fibroma osificante orbitario, a propósito de un caso. **Archivos de La Sociedad Española de Oftalmología**, 91(7), 346–348. 2016.
6. HOSSEINI FA, MOSLEMI E. Central ossifying fibroma, periapicalcemento-osseous dysplasia and complex odontoma occurring in the same jaw. **ClinPract**, 2011;1: e36.
7. KONOPKA, W; SMIECHURA, M; STRUZYCKA, M; KOZAKIEWICZ, M; DZIENIECKA, M. Ossifying fibroma-cementoma of jaw. **Differences in histopathological nomenclature. Otolaryngol.Polska**, 2012; 359-362.
8. KRAMER, I., PINDBORG, J., SHEAR, M. Histological typing of odontogenic tumors. In: World Health Organization. **International histological classification of tumors**. Genève; feb., 1992.
9. KUMAR, A., GUPTA, D. S., JUREL, S.K., KHANNA, R., YADAV, M. Extensive ossifying fibroma ofjaw. **Natl.J.MaxillofacSurg**, 2014;5:224-7.
10. Liu, Y., Wang, H., You, M., Yang, Z., Miao, J., Shimizutani, K., &Koseki, T. (2010). Ossifying fibromas of the jaw bone: 20 cases. **Dentomaxillofacial Radiology**, 39(1), 57–63.
11. LOPES, MCA; BARROS, SSLV; LIMA, BRANCO CC; NOGUEIRA, LBLV; ROCHA, FONSECA, MM; MORAES, SS. Fibroma ossificante na mandíbula: relato

- de caso de patologia rara. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** 2013, vol.13, n.1, pp. 77-82. ISSN 1808-5210.
12. LOREDO, B. A. S., COSTA, D. H. A., COSTA, S. A. A., CORDEIRO, M. S., COSTA, J. M. C., PATROCINIO, L. G. Fibroma ossificante extenso manifestado como úlcera em palato duro. **Revista Brasileira Cirurgia Craniomaxilofacial**, v.14, n.1, p.67-70, setembro, 2010.
 13. MARIA, A., SHARMA, Y., MALIK, M. Fibroma ossificante juvenil da mandíbula: relato de caso. **Jornal de Cirurgia Maxilofacial e Oral**, 12 (4), 447-450. 2011.
 14. MISRA, SR. Fibroma ossificante central gigante da maxila apresentando-se com um pus descarregando seio intra-oral. **Revista de Pesquisa Clínica e Diagnóstica**. 2015.
 15. NETTO, A.C.M.; 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.
 16. NEVILLE, B.; DAMM, DD.; ALLEN, C.; CHI, A.: **Oral and Maxillofacial Pathology. Saunders, Canada**; 2016. Fourth Edition:928.
 17. PHATTARATARATIP, E., PHOLJAROEN, C., & TIRANON, P. A Clinico pathologic Analysis of 207 Cases of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. **International Journal of Surgical Pathology**, 2013. 22(4), 326–333.
 18. PINDBORG, J., KRAMER, I. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions. In: World Health Organization. **International histological classification of tumors. Genève**; sep., 1971.
 19. RAM, H., MOHAMMAD, S., HUSAIN, N. & MALKUNJE, L.R. Fibroma ossificante enorme do Maxilla. **Jornal de Cirurgia Maxilofacial e Oral**, 13 (3), 337-340. 2011.
 20. RAM, R., SINGHAL, A., SINGHAL, P. Cemento-ossifying fibroma. **Contemporary Clinical Dentistry**, v.3, n.1, p.83-5, jan-mar., 2012.
 21. 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.
 22. SANTOS FMRP; LIMA TM; ALBUQUERQUE NETO AD; SILVA LAB; PEREIRA JC; ALBUQUERQUE JÚNIOR, RLC. Central Odontogenic Fibroma in Mandible:

- Case Report With Short Literature Review. **Rev. Odontol Bras Central** 2017; 26(79): 86-91.
23. SHEIKHI, M., MOSAVAT, F., JALALIAN, F., RASHIDIPOOR, R. Case Report: Central cementifying fibroma of maxilla. **Dental Research Journal**, v.10, n.1, p.122-25, january, 2013.
24. SILVEIRA, D. T. DA, CARDOSO, F. O., SILVA, B. J. A. E, CARDOSO, C. A. E A., & MANZI, F. R. Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imagiológico e histopatológico e tratamento feito. **Revista Brasileira de Ortopedia**, 51(1), 100–104. 2016.
25. TOLENTINO ES, TOLENTINO LS, IWAK LCV et al. Tratamento Cirúrgico Cimento-Ossificante: Relato de Caso Clínico. **Rev. Odontol Bras Central**. 2010; 18(48): 92-96.
26. VEERAVARMAL V, MADHAVAN R N, NASSAR M M, AMSAVENI R. Central odontogenic fibroma of themaxilla. **J Oral Maxillofac Pathol**2013; 17:319.
27. VIEIRA-QUIEROZ I, CERQUEIRA NS, PARAGUASSU GM, DO AMARAL MF, LIMA MF, CRUSOE-REBELLO I. Extensive central ossifying fibroma of themaxilla: a case report. **Gen. Dent.**, 2013 p.36-38.
28. WOO, S. B. Fibroma cemento-ossificante central: neoplasia odontogênica ou óssea primária? **Journal of oral and MaxillofacialSurgery**, 73 (12), S87 – S93. 2015.

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Tiago dos Santos Almeida, portador do C.I nº 5238741-5, faço uso deste bastante documento a fim de garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de carácter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico- científico.

Sem mais subscrevo,

Tiago dos Santos Almeida