

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CANDICE REBOUÇAS ROSA

**FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL: RELATO DE  
CASO**

Aracaju

2014

CANDICE REBOUÇAS ROSA

**FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL: 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

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARIA DE FÁTIMA BATISTA DE MELO

Aracaju

2014

CANDICE REBOUÇAS ROSA

FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de bacharel em odontologia.

APROVADA EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

*Prof. Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Batista de Melo- Orientadora*

---

*Prof. Dr Ricardo Luiz Cavalcanti Albuquerque Júnior*

1º Examinador

---

*Prof. Edvaldo dos Anjos Dória Neto*

2º Examinador

## **AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC**

Eu, Maria de Fatima Batista de Melo orientadora da discente Candice Rebouças Rosa atesto que o trabalho intitulado: “Fibroma Ossificante Central: 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,

---

**Maria de Fatima Batista de Melo**

*Existe uma única estrada e somente  
uma, e essa é a estrada que eu amo, eu a  
escolhi, quando trilho nessa estrada as  
esperanças brotam, e, o sorriso se abre  
em meu rosto, dessa estrada nunca,  
jamais fugirei.*

*DAISAKU IKEDA*

## AGRADECIMENTO

Os primeiros versos do poema *Ensino*, da escritora mineira Adélia Prado dizem assim: “Minha mãe achava estudo a coisa mais fina do mundo. Não é. A coisa mais fina é o sentimento”. A revelação dessa poética é uma espécie de máxima que traduz a importância de algo mais alto e mais profundo, algo que nos impacta com uma verdade simplicíssima: o conhecimento e o aprendizado formais são menores que a intuição e o apreço do espírito, zelo do coração que irmana as pessoas em amorosa humanidade. No entanto, ninguém há de negar que, através do estudo, descobrimos, entendemos, transformamos o mundo e a nós mesmos – a ciência das coisas, dos corpos e dos fatos é um caminho que também desvela a vida, enobrecendo a alma. Para celebrar esse momento de passagem, rito de transformação, em que as páginas da minha história pessoal deram lugar a outro capítulo e eu pude vislumbrar um lugar onde só na liberdade dos sonhos e dos desejos, obviamente, eu me vi conquistando; preciso agradecer àqueles que foram pontes para que essa travessia fosse mais feliz e menos penosa.

Agradeço aos meus orientadores, Ricardo Albuquerque e Maria de Fátima que, não apenas confiaram em mim, mas, de fato, me ajudaram de modo impecável e mesmo incomum a elaborar esse trabalho.

Agradeço a minha mãe Vera Lúcia, que trilhou, ela mesma, veredas difíceis para nos criar, a mim e a meus dois irmãos, estudando até de madrugada, por noites que pareciam intermináveis, com a firme determinação de nos proporcionar uma vida mais digna.

Agradeço a meu pai Washington que mesmo distante por muito tempo, hoje próximo e querido, torce para que eu conquiste e realize os meus planos.

Agradeço aos meus irmãos, Isandrea e Alexandre, companheiros de risos e lágrimas, almas cúmplices e acolhedoras; com eles, aprendi, literal e metaforicamente, a crescer, dividindo angústias e promessas, segredos e esperanças.

Agradeço a minha sogra Luzinete, que, solidária e prestativa, é sempre presente; também ela mãe do meu filho pelo amor incondicional com que o trata.

Agradeço ao meu sogro Luiz Pedroza, que, com sua inigualável generosidade sem cobrança ou peso, me presenteou com uma paternidade inusitada, firme e acolhedora.

Agradeço ao meu marido Antonio Neto, que, mais que qualquer outro, me estimula com seu exemplo de força e trabalho, dedicação e simplicidade, conduzindo nossas vidas com honestidade e firmeza.

Agradeço ao meu filho Luiz Antônio, que, com seu rosto, sua voz, seu jeito, sua maturidade precoce e sua meiguice infantil; sua sinceridade e seu carinho, sua amizade e seu amor, é, sem dúvida, a maior conquista da minha vida, a razão principal para que eu siga em frente todos os dias com a certeza de que já sou agraciada por Deus.

Agradeço àqueles, que, mais do que colegas, souberam ser amigos nas horas de euforia e turbulência, aqueles com os quais pude, verdadeiramente, contar.

Agradeço a Deus, incomensurável força me amparando pra que eu não caísse, braço invisível me levantando dos tropeços, fonte e meta, meu encontro com a paz.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do C.I  
nº \_\_\_\_\_, faço uso deste bastante documento a fim de  
garantir o uso de minhas imagens em publicações ou em apresentações de caráter  
científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

---



# FIBROMA OSSIFICANTE CENTRAL: RELATO DE CASO

Candice Rebouças Rosa<sup>1</sup>, Maria de Fatima Batista de Melo<sup>2</sup>.

<sup>(1)</sup> *Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes;* <sup>(2)</sup> *PhD. Professor Titular I do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.*

---

## Resumo

O Fibroma Ossificante Central (FOC) é uma neoplasia benigna de origem fibro-óssea incomum que acomete os ossos da face, 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. Estudos tem demonstrado a existência de muita superposição entre os aspectos clínicos, imaginológicos e histopatológicos das lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares, determinando dificuldades no estabelecimento de um diagnóstico seguro. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de FOC em uma localização incomum, com ênfase na discussão de sua etiopatogênes e critérios de diagnóstico diferencial imaginológico e histopatológico entre esta entidade e outras lesões fibro-ósseas dos maxilares, como a displasia óssea fibrosa e o fibroma ossificante juvenil agressivo. A análise do caso e sua relação com a literatura vigente permitiu concluir que é de extrema relevância que o diagnóstico do FOC seja devidamente embasado numa correlação de achados clinicopatológicos para assegurar o estabelecimento do diagnóstico e terapêutica mais apropriados.

*Palavras Chaves:* lesões fibro-ósseas benigna; fibroma ossificante central; diagnóstico diferencial.

---

## Abstract

Central ossifying fibroma (COF) is an uncommon benign tumor of fibro-osseous origin that affects the jaws. It is characterized by the replacement of the conventional bone architecture for a fibroblast-rich connective tissue and collagen fibers, associated with formation of calcified material of varied amount and morphology. It has been reported a considerable overlapping of the clinic, imaginologic and histopathologic features of fibro-ósseous lesions of the jaws, which has provided difficulties in the establishment of a conclusive diagnosis. The purpose of this paper was to report a case of COF in an unusual anatomic location, with highlights in the discussion of the etiopathogenesis and parameters of imaginologic and histopathologic differential diagnosis between this tumor and other fibro-osseous lesions, such as fibrous dysplasia and juvenile ossifying fibroma. The analysis of the case, as well as its relationship with the current specialized literature leads to the conclusion that the correlation of clinicopathologic findings is extremely important to assure the establishment of the correct diagnosis and therapeutic approach in cases of COF.

*Keywords:* benign fibro-osseous lesions; central ossifying fibroma; differential diagnosis.

---

## 1. Introdução

O Fibroma Ossificante Central (FOC) é uma neoplasia benigna de origem fibro-óssea incomum que acomete os ossos da face, descrita pela primeira vez por Menzel em 1842 (Hunasgi; Raghunath, 2012). 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 (Loredo et al., 2011).

Clinicamente, o FOC apresenta-se de forma assintomática, com predileção por indivíduos do sexo feminino, com relação aproximada de 4:1, ocorrendo

especialmente entre a 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> década de vida, sendo a região posterior de mandíbula o sítio anatômico mais acometido (Chang et al., 2008; Triantafillidou et al., 2012). 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 (Loredo et al., 2011, Vieira-Quieroz et al., 2013). Apesar de raros, existem relatos de FOCs bilaterais (Ribeiro et al., 2011), bimaxilares (Desai et al., 2013) ou múltiplos (Wang et al., 2014). Além disso, a associação sincrônica entre FOC e outras lesões tem sido descritas, como a Lesão

Central de Células Gigantes (Kim et al., 2012, Fasolis et al., 2013) e o Fibroma Odontogênico Central (Silva et al., 2007).

Os achados imaginológicos do FOC 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 (Phattarataratip et al., 2013).

Histopatologicamente, os FOCs apresentam-se como lesões delimitadas por corticais ósseas não curvilíneas, imersas ao um tecido conjuntivo fibroso, geralmente com padrão não lamelar (Hunasgi; Raghunath, 2011). Além disso, há presença de depósitos mineralizados esferoidais semelhantes ao cimento, contribuindo para a maior variabilidade fenotípica do material mineralizado depositado nestas lesões (Konopka et al., 2012). Segundo Oliveira et al (2008), a presença de pavimentação osteoblástica é um achado relativamente frequente nos casos de FOCs, sendo observada em aproximadamente (46,7%).

Por sua natureza expansiva osteodestrutiva, o tratamento de escolha para o FOC é a excisão cirúrgica seguida de curetagem da loja óssea remanescente (Fasolis et al., 2013). Em caso de lesões muito extensas, tem sido preconizado o uso da técnica de Le Fort I para realização de abordagem cirúrgica (Soares et al., 2013). Esta técnica preconiza a realização de uma fratura induzida que se estende de forma horizontal da pirâmide nasal para os processos pterigoides, e apresenta as vantagens de propiciar uma linha de visão mais direta e melhor exposição da lesão, além de oferecer um melhor resultado estético (Laureano Filho et al., 2004). A recorrência é considerada rara, e, quando ocorre, é mais comum em

pacientes jovens (McCarthy, 2013, Agarwal et al., 2013).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso de FOC em uma localização incomum, com ênfase na discussão de critérios de diagnóstico diferencial entre esta entidade e as demais lesões fibro-ósseas dos maxilares.

## 2. Relato de caso clínico

Paciente do gênero feminino, 48 anos de idade, residente na cidade de Aracaju/Se, compareceu à consultório odontológico privado, com queixa de um aumento de volume na região mentoniana, assintomática, com evolução de mais de um ano.

Ao exame físico intraoral foi observado aumento da cortical óssea lingual na região de sínfise mandibular, com mucosa normocorada, próximo aos dentes 3.1, 3.2 e 3.3, sem deslocamento dental, de consistência pétreia, com aproximadamente 2,0 cm. Na região vestibular não foi evidenciada alteração digna de nota (Fig.1). Durante o exame físico extraoral foram notados linfonodos ovalados infracentimétricos submentonianos, submandibulares e jégulo-carotídeos altos sem maior significado clínico.

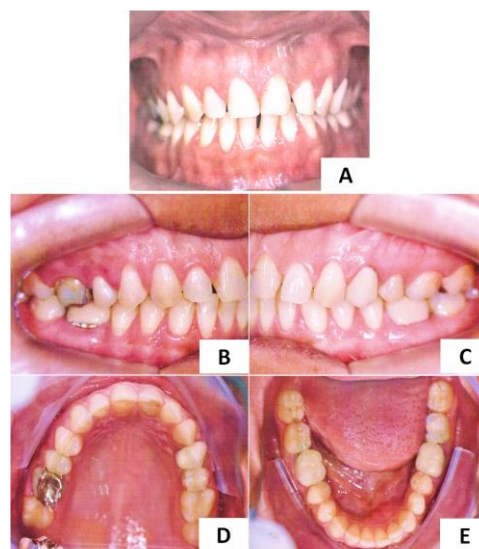
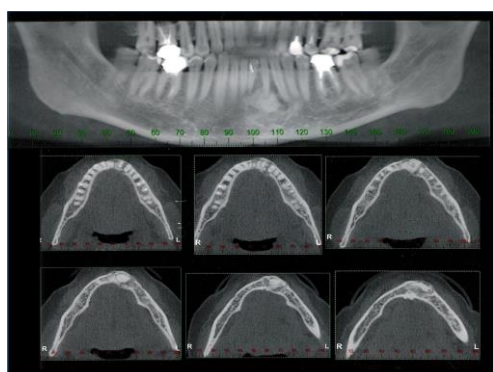


Figura 1. Aspecto clínico intraoral da paciente.

computadorizada com feixe cônico

(*cone beam*), na qual se pôde observar uma imagem mista localizada na região mentoniana (paramediana esquerda), em contato com processos alveolares e região periapical dos dentes 3.1, 3.2 e 3.3, com aspecto levemente insuflativo, contendo uma matriz cálcica, expressa sob a forma de massas hiperdensas, disposta em meio a massas hipodensas irregulares. Não foram identificados sinais imaginológicos de ruptura das corticais ósseas. A lesão apresentava dimensões de 1,8 x 1,2 x 1,4 cm (T/A/L), sugerindo uma lesão fibro-óssea benigna (Fig. 2).

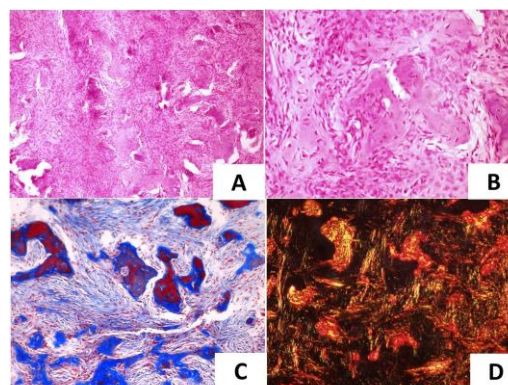


**Figura 2.** Aspecto imaginológico da lesão em cortes axiais de tomografia computadorizada de feixe cônico.

Devido seu caráter benigno foi realizada então uma biópsia excisional, com remoção cirúrgica completa da lesão seguida de curetagem da loja óssea remanescente. Atualmente, a paciente encontra-se sob proservação e, após um ano de acompanhamento, não foram observados sinais de recidiva da lesão. O espécime cirúrgico foi remetido para análise histopatológica.

O padrão histológico da lesão foi caracterizado por uma proliferação fusocelular organizada em fascículos curtos, entrecruzados imersos em um estroma fibroso de moderada densidade, associada à discreta rede vasculocapilar. De permeio, foi evidenciada a deposição de material mineralizado, ora trabecular, ora psamomatoide, com atividade osteoblástica evidente (Fig. 3). Foi realizada também uma coloração especial em Picrossírius (luz polarizada) onde se pode verificar um estroma fibrilar birrefringente dourado

sugerindo acúmulo de colágeno fibroso tipo I e trabéculas ósseas densamente birrefringentes (birrefringência dourada) também constituídas predominantemente de colágeno tipo I (Fig. 4). Esses achados determinaram o diagnóstico de Fibroma Ossificante Central.



**Figura 3.** Secções histológicas da lesão. (A) e (B) proliferação fusocelular fasciculada e deposição de trabéculas ósseas (HE, 100x e 400x). Secções coradas em tricrômico de Masson (C) e picrossírius (D) mostrando colagenização do estroma (400x).

### 3. Discussão

O FOC está inserido no grupo de lesões fibro-ósseas benignas dos maxilares (LFOBM), 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 (Phattarataratip et al., 2013). É considerada uma neoplasia verdadeira, originada de células mesenquimais indiferenciadas presentes no tecido medular (McCarthy, 2013).

Os mecanismos fisiopatológicos associados à etiopatogênese do FOC 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

(Mesquita Netto et al., 2013). 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 (Hatano et al., 2013). Contudo, o papel preciso destas alterações genéticas no desenvolvimento e comportamento biológico do FOC ainda não está completamente esclarecido, demandando a realização de novos estudos a fim de proporcionar uma maior elucidação deste tema.

O perfil epidemiológico do FOC vem sendo bastante estudado ao longo dos anos, ocorrendo especialmente em adultos do sexo feminino e em região posterior de mandíbula (Chang et al., 2008; Triantafyllidou et al., 2012). Assim, o presente caso está em consonância com as características demográficas classicamente descritas para esse tumor. Adicionalmente, a apresentação clínica e padrão de crescimento tumoral observados no corrente caso também se encaixam nas descrições clássicas relatadas na literatura (Loredo et al., 2011; Brügger et al., 2012; Vieira-Quieroz et al., 2013).

Os achados imaginológicos observados no presente caso são compatíveis com muitos relatos na literatura (Sheikhi et al., 2013). Contudo, é importante ressaltar que as características radiográficas e/ou tomográficas do FOC 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 (Mithra et al., 2012). 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 FOC (Andrade et al., 2013).

Conquanto existam 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 (Eversole e El-Mofty, 2008; Fasolis et al., 2013). A displasia óssea fibrosa (DOF) representa a principal entidade nosológica a ser distinguida do FOC, 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 (Fusconi et al., 2013). No entanto, é necessário destacar que alguns casos de DOF imaturas predominantemente radiolúcidas, e imaginologicamente indistinguíveis do FOC, têm sido descritas na literatura (Cai et al., 2012).

Além disso, o fibroma ossificante juvenil agressivo (FOJA) constitui outra LFOBM cujos achados imaginológicos podem ser confundidos com aqueles evidenciados no FOC. 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 (Slootweg, 2012). 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.

Tem sido relatado que o diagnóstico histopatológico do FOC pode constituir um desafio para o patologista, especialmente na ausência de informações clínicas sólidas (Phattarataratip et al., 2013). Os autores têm creditado essa dificuldade às similaridades histopatológicas entre o FOC e outras LFOBM, como a DOF e o FOJA (Lasisi et al., 2014). Os principais achados histológicos que distinguem a

DOF do FOC estão representados pela formação de trabeculado ósseo caracteristicamente delgado e curvilíneo (em formato de “C” ou “S”), parca atividade osteoblástica e estroma fibroso maduro, moderadamente celularizado, evidenciados na DOF, em oposição as trabéculas irregulares espessas e com patente pavimentação osteoblástica, e o estroma ricamente celularizado e fasciculado observado no FOC (Moshy et al., 2010). Por outra ótica, O FOJA exibe uma estroma estoriforme e vorticilar hiper celularizado, formação de trabéculas imaturas de osteóide celular (semelhantes àquelas vistas nos osteossarcomas) e aglomerados focais de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, atividade mitótica elevada (Ranganath et al., 2014), achados não encontrados no FOC. 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, imaginológicos e histopatológicos como a melhor estratégia de estabelecimento de um diagnóstico seguro para o FOC.

#### 4. Conclusão

No presente trabalho foi apresentado um caso clássico de fibroma ossificante central, com ênfase nos critérios de diagnóstico diferencial. A análise do caso e sua relação com a literatura vigente permitiu concluir que é de extrema relevância que o diagnóstico do FOC seja devidamente embasado numa correlação de achados clinicopatológicos para assegurar a instituição do diagnóstico e terapêutica mais adequados.

#### Referências

1. AGARWAL, N., GUPTA, P., GUPTA, P., NAIK, S., UPADHYAY, N. Recurrent bimaxillary radiopacities: A rare case report. **Contemp. Clin. Dent.**, vol.1, p. 103-8, apr., 2012.
2. ANDRADE, M., SILVA-SOUSA, Y. T., MARQUES, M. F., PONTUAL, M. L., RAMOS-PEREZ, F. M., PEREZ, D. E. Ossifying fibroma of the jaws: a clinicopathological case series study. **Braz. Dent. J.**, vol. 24, n. 6, p. 662-6, nov/dez, 2013.
3. BRÜGGER, O. E., REICHART, P. A., WERDER, P., ALTERMATT, H. J., BORNSTEIN, M. M. Asymptomatic ossifying fibroma of the mandible: a case presentation. **Quintessence Int.** vol. 43, n. 5, p. 381-5, maio, 2012.
4. CAI, M., MA, L., XU, G., GRUEN, P., LI, J., YANG, M., PAN, L., GUAN, H., CHEN, G., GONG, J., HU, J., QIN, S. Clinical and radiological observation in a surgical series of 36 cases of fibrous dysplasia of the skull. **Clin Neurol Neurosurg.** vol. 114, n. 3, p. 254-9, apr., 2012.
5. CHANG, C. C., HUNG, H. Y., CHANG, J. Y., YU, C. H., WANG, Y. P., LIU, B. Y., CHIANG, C. P. Central ossifying fibroma: a clinic pathologic study of 28 cases. **J. Formos Med. Assoc.** vol. 107, n. 4, p. 288-94, apr., 2008.
6. DESAI, K., GUPTA, K., MANJUNATHA, B. S., PALAN, S. Bimaxillary presentation of central ossifying fibroma: a unique aggressive entity. **BMJ Case Rep.**, vol. 16, jun., 2013.
7. EVERSOLE R., SU, L., ELMOFTY, S. Benign fibroosseous lesions of the craniofacial complex. A review. **Head Neck Pathol.**, vol. 2, n. 3, p. 177-202, set., 2008.
8. FASOLIS, M., ZAVATTERO, 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.**, vol. 24, n. 6, p. 627-30, nov., 2013.
9. FASOLIS, M., ZAVATTERO, 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.**, vol. 24, n. 6, p. 627-30, nov., 2013.
  10. FUSCONI, M., CONTE, M., PAGLIARELLA, M., DE VINCENTIIS, C., DE VIRGILIO, A., BENINCASA, A. T., ALESSI, S., GALLO, A. Fibrous dysplasia of the maxilla: diagnostic reliability of the study image. **J. Neurol. Surg. B. Skull Base.**, vol. 74, n. 6, p. 364-8, dez., 2013.
  11. HATANO, H., OGAWA, I., SHIGEISHI, H., KUDO, Y., OHTA, K., HIGASHIKAWA, K., TAKECHI, M., TAKATA, T., KAMATA, N. Expression of receptor for hyaluronan-mediated motility (RHAMM) in ossifying fibromas. **Histol. Histopathol.**, vol. 28, n. 4, p. 473-80, apr., 2013.
  12. HUNASGI, S., RAGHUNATH, V. A clinicopathological study of ossifying fibromas and comparison between central and peripheral ossifying fibromas. **J Contemp Dent Pract.** vol. 13, n. 4, p. 509-14, jul., 2012.
  13. JUNIOR, L.F., CÂNCIO, A.V., HÁ, M., LIMA, F.F., JUNIOR, PINHO F.. Osteotomia le fort I na abordagem cirúrgica Intrabucal para exérese do angiofibroma juvenil Nasofaríngeo: relato de caso clínico. **Rev. Cir. Tramadol. Bucomaxilofac.**, vol. 4, n. 4, p. 204-257, out/dez, 2004.
  14. KIM, B. C., LEE, J., CHOI, B., MIN, S. K., YOON, J. H. Synchronous central giant cell granuloma and ossifying fibroma of the mandible. **J Craniofac Surg.** vol. 23, n. 6, p. 645-7, nov., 2012.
  15. KONOPKA, W., SMIECHURA, M., STRUŻYCKA, M., KOZAKIEWICZ, M., DZIENIECKA, M. Ossifying fibroma-cementoma of jaw. Differences in histopathological nomenclature. **Otolaryngol Pol.** vol. 66, n. 5, p. 359-62, set./out., 2012.
  16. LASISI, T. J., ADISA, A. O., OLUSANYA, A. A. Fibro-osseous lesions of the jaws in Ibadan, Nigeria. **Oral Health Dent Manag.** vol. 13, n. 1, p. 41-4, mar., 2014.
  17. MCCARTHY, E. F. Fibro-osseous lesions of the maxillofacial bones. **Head Neck Pathol.** vol. 7, n. q, p. 5-10, mar., 2013.
  18. MESQUITA NETTO, A. C., GOMEZ, R. S., DINIZ, M. G., FONSECA-SILVA, T., CAMPOS, K., DE 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.**, vol. 115, n. 3, p. 359-67, mar., 2013.
  19. MITHRA, R., BASKARAN, P., SATHYAKUMAR, M. Imaging in the diagnosis of cemento-ossifying fibroma: a case series. **J. Clin. Imaging. Sci.**, vol. 2, n. 52, 2012.
  20. 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.** vol. 87, n. 5, p. 215-9, maio, 2010.
  21. OLIVEIRA, A.C.A. de, DEMEDAI, C.F., NONAKA, C.F.W., SILVEIRA, E.J.D. da. Fibromas Ossificantes Centrais e Displasias Fibrosas dos Maxilares: Estudo Clínico,



- Radiográfico e Histopatológico de 28 Casos. **Pesp. Bras. Odontop. Clinic. Integr.**, vol. 8, n. 1, p. 111-115, jan./abr., 2008.
22. PHATTARATARATIP, E., PHOLJAROEN, C., TIRANON, P. A Clinicopathologic Analysis of 207 Cases of Benign Fibro-Osseous Lesions of the Jaws. **Int J Surg Pathol.**, vol. 22, n. 4, p. 326-333, dec., 2013.
  23. 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.** vol. 13, n. 2, p. 109-114, jun., 2014.
  24. RIBEIRO, A. C., CARLOS, R., DÍAZ, 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 Endod.** vol. 111, n. 2, p. 21-6, fev., 2011.
  25. SOARES, S.E.C., MEDEIROS, JR. de, BEZERRA, T. P., NOGUEIRA, C.B., COSTA, F.W., NOGUEIRA, A.S.. The use of Le Fort I Approach in the resection of an extensive ossifying fibroma. **Oral Maxillofac Surg.**, vol. 17, n. 3, p. 209-12, sep., 2013.
  26. SHEIKHI, M., MOSAVAT, F., JALALIAN, F., RASHIDIPOOR, R. Central cementifying fibroma of maxilla. **Dent Res J (Isfahan).** vol. 10, n. 1, p. 122-5, jan., 2013.
  27. SILVA, C. O., SALLUM, A. W., DO COUTO-FILHO, C. E., COSTA PEREIRA, A. A., HANEMANN, J. A., TATAKIS, D. N. Localized gingival enlargement associated with alveolar process expansion: peripheral ossifying fibroma coincident with central odontogenic fibroma. **J. Periodontol.** vol. 78, n. 7, p. 1354-9, jul., 2007.
  28. SLOOTWEG, P. J. Juvenile trabecular ossifying fibroma: an update. **Virchows Arch.** vol. 461, n. 6, p. 699-703, dez., 2012.
  29. VIEIRA-QUIEROZ, I., CERQUEIRA, N. S., PARAGUASSU, G. M., DO AMARAL, M. F., LIMA, M. F., CRUSOE-REBELLO, I. Extensive central ossifying fibroma of the maxilla: a case report. **Gen. Dent.** vol. 61, n. 3, p. 36-8, maio/jun., 2013.
  30. 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.** vol. 28, n. 9, p. 75, 2014.

#### Correspondência:

Candice Rebouças Rosa  
 Centro de Reabilitação Oral  
 Aracaju – Se  
[candi.rosa@hotmail.com](mailto:candi.rosa@hotmail.com)