

**INDIRA RAQUEL SILVA REIS
POLIANA NASCIMENTO SANTANA**

**FIBROMA OSSIFICANTE EM MANDÍBULA: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

PARIPIRANGA-BA

2023

**INDIRA RAQUEL SILVA REIS
POLIANA NASCIMENTO SANTANA**

**FIBROMA OSSIFICANTE EM MANDÍBULA: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

Monografia apresentada ao Departamento de
Odontologia como requisito parcial à
conclusão do Curso de Odontologia do
Centro Universitário AGES para obtenção do
título de Bacharel em Odontologia, sob
orientação do Me. Wilson Déda Gonçalves
Júnior.

Paripiranga-BA

2023

Reis, Indira Raquel Silva; Santana, Poliana Nascimento
Fibroma ossificante em mandíbula: relato de caso clínico /
Indira Raquel Silva Reis e Poliana Nascimento Santana
34 páginas
Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia – Centro
Universitário AGES. Paripiranga, 2023
Área de concentração: Cirurgia e Patologia
Orientador: Wilson Déda Gonçalves Júnior

Palavras-chave: Fibroma ossificante. Cirurgia oral. Lesão fibro-
óssea.

AGRADECIMENTOS

Para que esse trabalho fosse realizado e finalizado com maestria, algumas pessoas contribuíram de maneira significativa. Desse modo, deixamos aqui nossos votos de estima e consideração por todos aqueles que fizeram parte desse processo.

Agradecemos, primeiramente, a Deus, por nos dar saúde, força de vontade e coragem para enfrentarmos todos os desafios. Aos nossos familiares por acreditarem em nosso potencial e nos incentivarem diariamente. Aos nossos pais, por nunca soltarem nossas mãos. Aos professores, que fizeram parte dessa trajetória, por todo conhecimento oferecido e por não medirem esforços ao contribuir para o nosso sucesso profissional. Aos nossos amigos, que tornaram esse caminho mais leve e menos exaustivo.

RESUMO

O fibroma ossificante é um tumor benigno fibro-ósseo e assintomático na maioria dos casos, até que o seu crescimento produza uma deformidade ou uma tumefação facial. Seu diagnóstico só pode ser definido após uma análise combinada dos aspectos clínicos, radiológico e histopatológico. Sua maior frequência é na mandíbula, apesar de afetar outras regiões. A incidência é maior em mulheres, especialmente entre 30 e 40 anos. Seu surgimento é ainda muito incerto, mas estudiosos apontam que sua origem é odontogênica, a partir de células mesenquimais do ligamento periodontal, que formam osso, tecido fibroso e cemento. Esse artigo relata um caso clínico de um fibroma ossificante na mandíbula, de uma paciente do sexo feminino, de 30 anos, o qual foi achado em uma radiografia de rotina, da região dos incisivos inferiores, mais especificamente das unidades 31, 32 e 33. O tumor foi confirmado por uma biópsia excisional. O tratamento foi a remoção cirúrgica, por meio da biópsia. A paciente encontra-se em observação pós-operatório de 6 meses, sem recidivas e sem nenhuma intercorrência.

Palavras-chave: Fibroma ossificante. Cirurgia oral. Lesão fibro-óssea.

ABSTRACT

Ossifying fibroma is a benign fibro-osseous tumor that is asymptomatic in most cases, until its growth produces deformity or facial swelling. Its diagnosis can only be defined after a combined analysis of clinical, radiological and histopathological aspects. Its greatest frequency is in the jaw, although it affects other regions. The incidence is higher in women, especially between 30 and 40 years old. Its emergence is still very uncertain, but scholars point out that its origin is odontogenic, from mesenchymal cells of the periodontal ligament, which form bone, fibrous tissue and cementum. This article reports a clinical case of an ossifying fibroma in the jaw, of a 30-year-old female patient, which was found on a routine x-ray, in the region of the lower incisors, more specifically in units 31, 32 and 33. The tumor was confirmed by an excisional biopsy. The treatment was surgical removal, through biopsy. The patient is under observation for 6 months after surgery, without recurrences and without any complications.

Keywords: Ossifying Fibroma. Oral Surgery. Fibro-osseous injury.

LISTA DE FIGURAS

1: Radiografia periapical da paciente (há 6 meses)	14
2: Aspecto clínico intraoral	14
3: Radiografia periapical digital	15
4: Técnica anestésica infiltrativa.....	16
5: Descolamento da gengiva e periósteo	16
6: Motor de implante NSK	17
7: Osteotomia do osso alveolar	17
8: Irrigação com Soro Fisiológico	18
9: Remoção da lesão da cavidade	18
10: Aspecto final após a remoção da lesão.....	19
11: Sutura inicial.....	19
12: Sutura final	19
13: Lesão acondicionada no formol.....	20
14: Lesão.....	20
15: Imagem histológica	21
16: Aspecto intraoral após 07 dias	21

LISTA DE ABREVIATURAS

FO	Fibroma Ossificante
FOJ	Fibroma Ossificante Juvenil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3	RELATO DE CASO.....	13
4	DISCUSSÃO	22
5	CONCLUSÃO	26
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
	ANEXOS	29

1 INTRODUÇÃO

O fibroma ossificante é uma neoplasia benigna de desenvolvimento lento e progressivo, que afeta a região craniofacial. A origem do mesmo tem sido associada a membrana periodontal, que possui células multipotentes capazes de formar cimento, osso lamelar e tecido fibroso (SANTOS et al., 2020).

Apesar da lesão apresentar informações significativas em uma análise histológica, para alcançar o diagnóstico de um fibroma cimento ossificante é de grande importância analisar o paciente clinicamente, radiograficamente e histologicamente, isto é, considerar todos os exames e métodos para, finalmente, fechar o diagnóstico (SILVA et al., 2020).

Clinicamente, esse tumor se manifesta com uma massa de crescimento lento, de consistência firme, com uma proliferação de tecido celular fibroso, e que pode ser assintomático, eventualmente pode resultar em deslocamento dentário e/ou assimetria facial. Se não houver nenhuma intervenção, os fibromas têm crescimento contínuo (SILVEIRA et al., 2016).

Radiograficamente, o fibroma ossificante apresenta uma lesão bem definida com aparência variável, completamente radiolúcida, mista radiolúcida/radiopaca à praticamente radiopaca (COSTA et al., 2017).

Histologicamente, a lesão exibe tecido fibroso celularizado e contém material mineralizado, incluindo pequenas trabéculas osteóides (matriz óssea formada por osteoblastos ativos e que não foi calcificada) e estruturas ovoides calcificadas semelhantes a cimento (MORAIS et al., 2021).

Os fibromas cimento ossificante ocorrem em maior número durante a terceira e quarta década de vida, com predileção para o gênero feminino, com uma relação proporcional de 5:1 quando comparado com o sexo masculino. Sendo a mandíbula na região posterior o osso gnático mais envolvido. Apesar desse dado, existe uma variação clínico-patológica, que é o fibroma ossificante juvenil. Esse, é comum em pessoas mais

jovens como o próprio nome já aborda (SANTOS et al., 2020).

Os fibromas ossificantes são descritos pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo rico em fibras colágenas e fibroblastos, e uma quantidade variável de estruturas mineralizadas, consistindo em tecido fibroso demasiadamente celular, e que possui diversas quantidades de osso anormal ou tecido cementóide (RAMOS et al., 2020).

O tratamento do fibroma cemento ossificante varia de acordo com as características de cada caso. Lesões menores podem ser tratadas com enucleação, isto é, uma biopsia excisional, e através da mesma é realizada a remoção total da lesão. Já um fibroma ossificante maior requer uma abordagem mais radical com ressecção em monobloco e reconstrução por enxerto ósseo (JÚNIOR et al., 2017).

Por isso, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de fibroma ossificante em mandíbula, descoberto através de uma consulta odontológica de rotina, de uma paciente do sexo feminino, de 30 anos de idade, bem como pontuar as características clínicas, microscópicas e radiográficas dessas lesões fibro-ósseas, e, não menos importante, discutir o tratamento realizado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O fibroma ossificante é um tumor benigno raro, geralmente assintomático, mas que quando tem seu crescimento, causa sintomatologia dolorosa, problemas dentais e estéticos. Apesar de na maioria dos casos o seu crescimento ser lento, essa patologia pode ser muito agressiva e expansiva, o que leva a deformidades faciais. É mais comumente achado na região periapical dos dentes, tendo uma provável origem odontogênica, sobretudo dos tecidos do ligamento periodontal (FRANCO et al., 2019).

Essa neoplasia é definida pela substituição do osso normal por tecido conjuntivo rico em fibras colágenas e fibroblastos, com deposição de material mineralizado em

quantidade e morfologia variada. Para se ter seu diagnóstico fidedigno, os aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos devem ser analisados (NETTO et al., 2013).

A etiologia dessa lesão é incerta, mas alguns estudiosos fazem associação com a inativação do gene HRPT2, que estão correlacionadas à síndrome do hiperparatireoidismo-tumores dos maxilares, uma desordem autossômica dominante que pode ser caracterizada por lesões fibro-ósseas.

Nos achados imaginológicos, o FO se caracteriza como uma lesão bem circunscrita usualmente unilocular com bordas escleróticas. No início da lesão, a radiografia se apresenta radiolúcida, e de maneira que vai evoluindo, focos radiopacos, com graus diferentes de calcificação, vão aparecendo. De acordo com a maturidade dessa lesão, é formado uma nova e fina cápsula constituída de osso cortical subperiosteal (JÚNIOR, et al., 2017).

As características radiográficas dependem da quantidade e maturação das matrizes cálcicas depositadas, isto é, tumores com grande produção de trabéculas ósseas ou ossículos não trabeculares exibem uma maior densidade imaginológica (KHARSAN, et al., 2018).

Histologicamente, o fibroma ossificante central é uma lesão benigna, composta de tecido conjuntivo rico em fibroblastos e altamente vascularizado que produz uma substância calcificada, que, na maioria das vezes, não pode ser evidentemente concedida a cimento ou osso. Além disso, osteoblastos também estão presentes na análise histológica (LASISI, et al., 2014).

É no exame histopatológico que diferencia o fibroma ossificante da displasia fibrosa, no FO o padrão de mineralização varia de local para local na lesão, já na DF, o padrão de mineralização é unifome em toda sua lesão. Microscopicamente, os DF, geralmente, são vistos de forma fragmentada, enquanto os FO são identificados com uma lesão bem definida e intacta (BALA et al., 2017).

O diagnóstico diferencial se faz com lesões de estrutura interna mista (radiolúcida - radiopaca), sobretudo quando se compara com a DF, visto que essas duas

patologias tem achados clínicos, radiográficos e microscópicas muito parecidos. Algumas outras lesões podem ser consideradas como diagnóstico diferencial: cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante.

O fibroma ossificante juvenil também é outra lesão que pode ser frequentemente confundido com o FO, o diagnóstico diferencial está na reabsorção radicular dos dentes próximos, a perfuração de corticais ósseas, a faixa etária ser mais baixa, e um maior acometimento da maxila, tais características apontam certamente para o FOJ.

3 RELATO DE CASO

Paciente R.M.M.S, sexo feminino, 30 anos, compareceu ao atendimento odontológico no Estágio Curricular Supervisionado com Pacientes Adultos 2023.1, na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário AGES. A mesma já era assistida por uma clínica particular no município de Paripiranga- BA, e veio encaminhada com uma queixa de uma lesão periapical na região anterior inferior, e com uma radiografia, feita há 6 meses, apresentando uma lesão unilocular nas unidades 31, 32, e 33, de radiopacidade mista, bem delimitada, e medindo aproximadamente 1mm (figura 1).

Na Cliages, foi realizada uma anamnese completa e bem detalhada, exame clínico e radiográfico. Clinicamente, foi observado exposição radicular, mas não apresentava nenhuma lesão fundamental, foi feito teste de vitalidade nesses dentes, com resultado positivo (figura 2). Outra tomada radiográfica foi realizada a fim de observar o desenvolvimento da lesão, e no exame constou uma evolução da patologia (figura 3).

Essa nova radiografia apresentou uma imagem mista, unilocular, com aspecto levemente insuflativo, bordas bem definidas e expressa sob a forma de pequenas massas hiperdensas, dispostas em meio a massa hipodensa irregular predominante na lesão, medindo de 2mm a 3mm.

Figura 1: Aspecto radiográfico da paciente (há 6 meses)



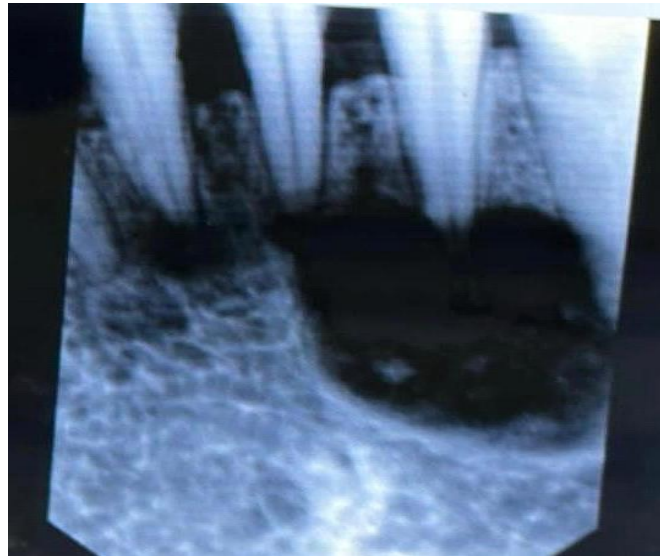
Fonte: Prontuário da paciente (2021).

Figura 2: Aspecto clínico intraoral da paciente



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 3: Radiografia periapical digital, radiopacidade mista, bem delimitada



Fonte: Prontuário da

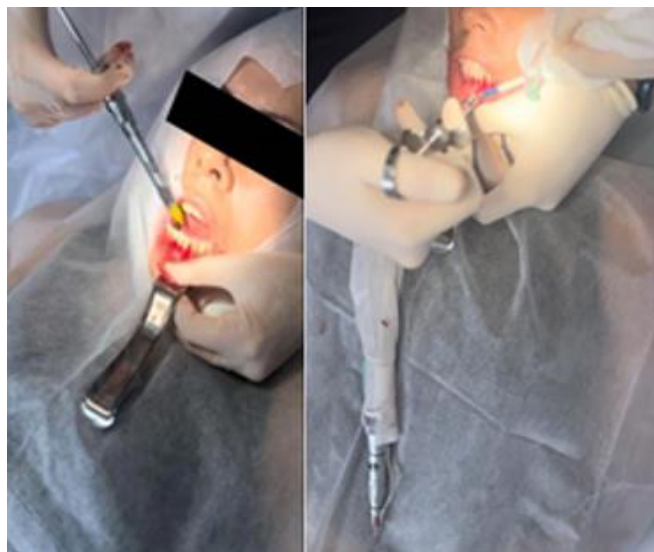
paciente (2023).

Nesse sentido, o tratamento proposto com base na literatura, juntamente com a avaliação do professor Mark Jon Santana Sabey, seria a biópsia excisional, já que a lesão possuía pequenas dimensões bem delimitadas e de fácil acesso. No prontuário, a paciente informou não haver história de lesões orais entre os familiares, e afirmou também não ter nenhuma outra doença. Dessa forma, todas as informações pré e pós-operatórias foram recomendadas a paciente, e a cirurgia foi marcada para o dia 04/05/2023.

No dia da operação cirúrgica, R.M.M.S. estava um pouco ansiosa, porém dentro da normalidade, pressão 120x80mmHg, e todos os outros sinais vitais também dentro do padrão. O anestésico mais indicado foi a Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Foi feito a antisepsia intraoral com Digluconato de Clorexidina 0,12% e, o extraoral com Digluconato de Clorexidina 2%.

A técnica anestésica utilizada foi o bloqueio do nervo mental (1 tubete), nervo incisivo (1 tubete) e nervo lingual bilaterais (1/2 tubete), e mais meio tubete utilizado para anestesia infiltrativa na região vestibular e lingual. Totalizando o uso de 3 tubetes de Lidocaína 2% (figura 4).

Figura 4: Técnica anestésica infiltrativa



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

O tipo de retalho de Newmann modificado com descolamento mucoperiosteal, da distal da UD 33 a distal da UD 41, e uso da lâmina 15. Em seguida, foi feito o descolamento da gengiva, periósteo e rebatimento do retalho (figura 5). Osteotomia realizada com o motor de implante cirúrgico NSK com 12000 rpm e torque 30N, na peça reta com a broca cirúrgica esférica (figuras 6 e 7), e irrigando a todo instante com Soro Fisiológico 0,9% Estéril (figura 8).

Figura 5: Descolamento da gengiva e periósteo



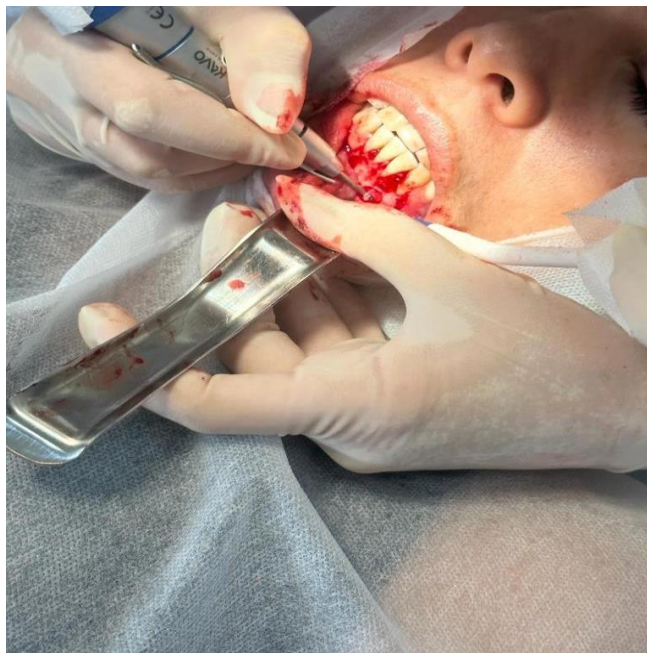
Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 6: Motor de implante NSK, usado para osteotomia



Fonte: Google fotos (2023).

Figura 7: Osteotomia do osso alveolar



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 8: Irrigação abundante com Soro Fisiológico 0,9%



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

A espécime cirúrgica foi totalmente removida por meio de uma ressecção parcial da área mandibular (figura 9), foi feita toda a curetagem da região (figura 10).

Figura 9: Remoção da lesão da cavidade com a pinça dietrich



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 10: Aspecto final após todos o procedimento de remoção da lesão.



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

O desgaste ósseo foi mínimo, o que evitou que estruturas desnecessárias fossem removidas. Foi realizado a sutura, em pontos simples em toda região incisada (figura 11) e (figura 12). A peça foi acondicionada em um frasco contendo formol a 10%, previamente identificado (figura 13) e encaminhada para exame histopatológico no laboratório de medicina diagnóstica SOLIM-Aracaju, Sergipe, Dando o diagnóstico sugestivo de fibroma ossificante central.

Figura 11: Início da sutura



Fonte: Arquivo pessoal (2023)

Figura 12: Aspecto final após o término da sutura



Fonte: Arquivo pessoal (2023)

Figura 13: Lesão acondicionada no formol, pronta para ser levada para estudo anatomopatológico



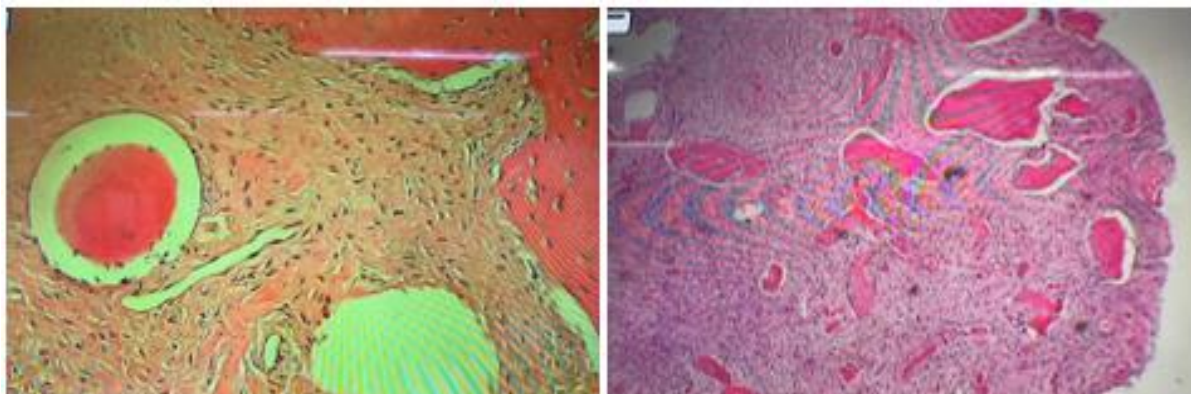
Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 14: Peça que será estudada, medindo aproximadamente uns 4mm



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 15: Análise histopatológica da lesão retirada



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

A prescrição medicamentosa foi Amoxicilina 500mg/ml uso interno via oral, tomar 01 cápsula de 8/8h, durante 07 dias. Nimesulida 100mg/ml uso interno via oral, tomar 01 comprimido de 12/12h, durante 03 dias. Dipirona Sódica 500mg/ml uso interno via oral, tomar 01 comprimido de 8/8h, em caso de dor, por no máximo 03 dias. Digluconato de Clorexidina 0,12%, uso externo via tópica, bochechar 15ml, duas vezes ao dia, durante 07 dias, logo após a higienização.

A paciente foi informada sobre todos os cuidados que deveria obter no pós-cirúrgico, e foi orientada quanto ao retorno após 7 dias para remoção de sutura (figura 15), e acompanhamento de rotina.

Figura 16: Aspecto intraoral da região com 07 dias após remoção da sutura



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

A Paciente apresentou ótima recuperação, sem nenhum episódio de intercorrência, e atualmente se encontra em preservação.

4 DISCUSSÃO

O fibroma ossificante central é um tumor fibro-ósseo benigno proveniente da membrana periodontal composto por tecido fibroso. A lesão normalmente é assintomática, e na maioria dos casos o paciente só descobre a partir do momento que o crescimento resulta na tumefação visível ou alguma deformidade.

Epidemiologicamente, o FO possui maior incidência para pessoas do gênero feminino, normalmente dos 30 a 40 anos de idade. Tendo maior predileção nas áreas de mandíbula, em regiões de pré-molares e molares inferiores (FASOLIS et al., 2013).

A paciente do caso relatado, se encaixa no princípio etário, no entanto, seu FO se localizou em dentes inferiores anteriores, em região de unidades centrais e laterais.

O fibroma ossificante ocorre na maioria das vezes de forma individual, isto é, dificilmente irá existir o surgimento de múltiplos fibromas simultaneamente. A ocorrência do mesmo pode estar associada a questões hormonais e, conseqüentemente, correlacionado a algumas patologias, como por exemplo, hipercalcemia e hiperparatireoidismo (VIEIRA et al., 2013).

As lesões fibro-ósseas podem apresentar características no geral muito similares, por isso é de suma importância uma criteriosa análise clínica, radiológica, histopatológica e cirúrgica. Desse modo, é o conjunto dessas informações que vão fazer a diferença no diagnóstico diferencial, para que o paciente seja encaminhado corretamente para um tratamento adequado, aderindo as melhores condutas (DESAI, et al., 2013).

Apesar do FO ainda ter sua etiopatogenia incerta, pressupõe que sua origem

seja na membrana periodontal, já que contém células blásticas capazes de formar osso, cimento e tecido fibroso, ou ainda associadas a traumas ou exodontias (DOMINGUETE et al., 2014).

Lesões pequenas são assintomáticas e detectadas apenas a partir do exame radiográfico. Lesões maiores resultam em um aumento de volume indolor no osso envolvido, podendo causar assimetria facial. Algumas lesões podem se tornar maciças e causar consideráveis deformidades. No geral, a maioria das lesões são solitárias, sendo que a dor e a parestesia são raras (LOPES et al., 2013).

Algumas lesões podem ser facilmente confundidas com o FO, por isso o diagnóstico diferencial é de suma importância. A displasia fibrosa, por exemplo, é uma patologia que eventualmente tem suas características muito semelhantes ao FO, mas radiograficamente consegue diferenciar essas duas lesões. No exame imaginológico ela é observada com uma radiopacidade irregular e difusa, com um aspecto de "vidro fosco", localizada sobretudo em região posterior da maxila. Outros diagnósticos diferenciais são o tumor odontogênico epitelial calcificante e o cisto odontogênico calcificante, esses difíceis de diferenciar radiograficamente, por isso que as características histopatológicas e clínicas são também essenciais para o diagnóstico certo final.

Outra lesão fibro-óssea benigna que as características podem ser parecidas com o FO é o Fibroma Ossificante Juvenil Agressivo, principalmente os achados radiográficos. Porém, a chance de perfuração de corticais ósseas, em conjunto com uma maior incidência de localização na maxila e em faixas etárias mais inferiores, são as informações necessárias para o diagnóstico diferencial.

O FOJA, no exame histopatológico, apresenta a formação de trabéculas imaturas de osteóide celular, mostram um estroma estoriforme e vorticular hiper celularizado, e também, apresentam uma elevada atividade mitótica, resultados não encontrados no Fibroma Ossificante.

No exame radiográfico a expansão vestibulo-lingual do osso é comum e os dentes adjacentes podem exibir divergência ou reabsorção das raízes.

Radiograficamente, o formato da lesão calcificada, apresenta bordas bem definidas e uma linha radiolúcida bem demarcada associada a uma densidade mista. Inicialmente, a lesão surge a partir de osteolítico radiolúcido bem definido, e gradativamente, a lesão vai progredindo seguindo por uma mistura entre radiolúcido e radiopaco. Sendo que, raramente, a mesma fica totalmente radiopaca. Portanto, no geral o fibroma ossificante apresenta uma radiolucidez bem demarcada com alguns focos difusos, sendo associada de uma expansão cortical. Constatou-se no presente caso evidências radiológicas de acordo com a literatura, apresentou uma imagem mista (radiolúcida e radiopaca), unilocular, com aspecto levemente insuflativo e bordas bem definidas (ANDRADE et al., 2013).

Nesse sentido, existem algumas variantes radiográficas no fibroma ossificante central. Essas, consistem em características unilocular radiolúcido (unilocular, radiolúcida, bem delimitada com sobreposição de raízes e sem reabsorção radicular), unilocular predominantemente radiolúcido (unilocular, radiolúcida com radiopacidades difusas semelhantes a vidro despolido com ou sem reabsorção radicular), unilocular interpostas entre as raízes (unilocular, radiolúcida, interpostas entre raízes divergentes ou com reabsorção radicular), unilocular mista (unilocular, bem delimitada, com radiolucidez e radiopacidades centrais, associada ou não a divergências radicular ou reabsorção radicular) unilocular radiopaca (unilocular, predominantemente radiopaca com corticais bem definidas) e multilocular radiolúcido (multilocular, radiolúcida com ou sem reabsorção radicular) (ANDRADE et al., 2013).

No exame microscópico, a neoplasia exhibe tecido fibroso celularizado e contém material mineralizado. As trabéculas ósseas variam de tamanho e frequentemente demonstram uma mistura de padrões imaturo e lamelar. A pavimentação osteoblástica e ostéide periférico estão geralmente presentes. As esférulas do material semelhante ao cimento em geral demonstram bordas em escova, ou seja, que se misturam no tecido conjuntivo adjacente (SILVEIRA et al., 2016).

Histologicamente, o FO apresenta um estroma celularizado, moderadamente colagenoso, e com fibroblastos fusiformes, que podem formar um padrão estoriforme. Na histologia do FO se observa uma lesão bem delimitada, com uma separação evidente

entre a lesão e o osso cortical por uma fina camada de tecido conjuntivo fibroso. Para se ter uma análise histológica completa é importante que as biópsias incluam a margem da lesão, e não só a lesão em si, para que o patologista consiga avaliar todos os detalhes desse tecido. É imprescindível reforçar que o material ósseo pode apresentar-se em diferentes padrões, desde em um fino e irregular trabeculado de osso não lamelar, rodeado por osteoblastos ou na forma de calcificações esféricas, semelhantes a cimento (HATANO et al., 2013).

O tratamento consiste na ressecção cirúrgica e enxerto ósseo, quando necessário. Lesões de menor dimensão podem ser tratadas de maneira mais conservadora através de uma curetagem ou enucleação. Em contrapartida, lesões maiores exigem ressecção cirúrgica radical, isto é, a remoção completa da lesão. Importante apontar que a remoção completa da lesão o mais rápido possível é a conduta mais sugerida pela maioria dos estudiosos. A ressecção cirúrgica do FO na mandíbula, como foi feito no relato de caso, tende a ser mais simples do que quando é na maxila, isso porque a diferença óssea entre essas duas regiões e ao espaço disponível para a expansão em seio maxilar (COSTA, 2017).

A enucleação cirúrgica, apesar de ser um tratamento mais conservador, e menos debilitante para o paciente, aumenta as chances de recorrência da lesão, visto que, é possível que pequenos resíduos do tecido lesionado não sejam retirados por completo (MAHATO et al., 2015).

Por esse motivo, a remoção completa da lesão, como foi feito no caso clínico relatado, quando se trata de recidiva seu percentual é quase zero. A taxa de recorrência dessa patologia em mandíbula é em torno de 6% a 28%, e na maxila, ainda é desconhecida, mas pesquisadores afirmam que é maior, justamente pela dificuldade de remoção cirúrgica nessa região quando se comparada com a mandíbula (MORAIS, et al., 2021).

A intervenção cirúrgica realizada na paciente do presente caso foi feita por meio da remoção total da lesão através de uma ressecção parcial da área mandibular, realizando toda a curetagem da região, e a mesma se encontra em preservação de 6

meses sem recidiva. Em suma, a recidiva é incomum e o prognóstico favorável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso clínico abordou o tratamento cirúrgico de um Fibroma Ossificante. Ainda pairam dúvidas quanto a origem do FO, mas, sabe-se que para diagnosticar essa lesão, requer análise criteriosa de todos os aspectos clínicos, histológicos e radiográficos, devido a sua alta prevalência de diagnósticos diferenciais. O sucesso no seu tratamento depende de um correto planejamento, bem como, de um amplo conhecimento de técnicas cirúrgicas e anatomia facial. A remoção cirúrgica é o tratamento de eleição na maioria dos casos, sendo esse, o indicado para o exemplo apresentado nessa produção. A paciente do caso encontra-se em acompanhamento pós-operatório de seis meses sem intercorrências.

6 REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA LIMA JÚNIOR, F. A. et al. Fibroma ossificante central em mandíbula: relato de caso. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 5, N. 2, p. 33-40, 2017.

ANDRADE, M. et al. Ossifying Fibroma of the Jaws: A Clinicopathological Case Series Study. **Brazilian Dental Journal**, 24(6): 662-666, 2013.

BALA, T. K. et al. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. **Saudi Med J**, v. 38 (5), 2017.

COSTA, P. J. P. Fibroma ossificante central: relato de caso. **Universidade do Estado do Amazonas**, Manaus: 2017.

DOMINGUETE, M. H. L. et al. Extensive Presentation of Central Ossifying Fibroma

Treated with Conservative Surgical Excision. **Hindawi Publishing Corporation**, 2014.

FRANCO, A. V. M. et al. Fibroma ossificante central: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. sup. 17, 2019.

HATANO, H. et al. Expression of receptor for hyaluronan-mediated motility (RHAMM) in ossifying fibromas. **Histol Histopathol**, 28: 473-480, 2013.

KHARSAN, V. et al. Large ossifying fibroma of jaw bone: a rare case report. **Pan African Medical Journal**, 30:306, 2018.

LASISI, T. J. et al. Fibro-osseous lesions of the jaws in Ibadan, Nigeria. **OHDM**, v. 13, n. 1, 2014.

LOPES, M. C. A. et al. Fibroma ossificante na mandíbula: relato de caso de patologia rara. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe v. 13, n. 1, p. 77-82, 2013.

MAHATO, B. Central Cemento-Ossifying Fibroma: A Case Report. **MOJ Clin Med Case Rep**, 3(2): 00061, 2015.

MORAIS, H. G. F. et al. Extenso fibroma ossificante central em mandíbula: relato de caso. **J Bras Patol Med Lab**, 57: 1-4, 2021.

NETTO, A. C. M. et al. Assessing the contribution of HRPT2 to the pathogenesis of jaw fibrous dysplasia, ossifying fibroma, and osteosarcoma. **Oral And Maxillofacial Pathology**, v. 115, n. 3, 2013.

SILVEIRA, D. T. et al. Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imaginológico e histopatológica e tratamento feito. **Rev Bras Ortop**. 51(1): 100-104, 2016.

SANTOS, Gabriela Alexandre dos, et al. Ressecção parcial de mandíbula para tratamento de fibroma ossificante: relato de caso. **ReviewBraz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p.13941-13953set. /Out. 2020.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido (Conforme CNS, Resolução 196 de 10/10/96).

Termo de esclarecimento

Venho através deste esclarecer que o senhor(a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo que objetiva: Fibroma Ossificante em Mandíbula: RELATO DE CASO CLÍNICO. Caso o senhor(a) participe, será necessário responder algumas perguntas. Não será feito procedimento nenhum que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. O seu nome não será apresentado.

O Senhor(a) poderá ter acesso a todas as informações que quiserem, podendo não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Não haverá despesas para o senhor (a).

Termo de consentimento livre, após esclarecimento

Eu, Rosana Maria Menezes dos Santos, li o esclarecimento e compreendi a serventia desse estudo e qual procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação a qualquer momento. Sei que o meu nome não será divulgado, que não terei despesas para participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Paripiranga-Ba, 26 de Outubro de 2023.

Assinatura do voluntário: Rosana Maria Menezes dos Santos

Indira Raquel Silva Reis
Assinatura do pesquisador responsável: Indira Raquel Silva Reis
Telefone: (75) 99169-7619

Poliana Nascimento Santana
Assinatura do pesquisador responsável: Poliana Nascimento Santana
Telefone: (79) 99812-8040

Fabio Luiz Oliveira de Carvalho
Assinatura do pesquisador orientador: Fabio Luiz Oliveira de Carvalho
Telefone: (75) 99706-3937

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

APROVADO ()

Nota do Orientador: (máximo de 50 pontos): _____

Trabalho Escrito (máximo 30 pontos) – Nota atribuída: _____

Trabalho Oral (máximo 20 pontos) – Nota atribuída: _____

REPROVADO

JUSTIFICATIVA: _____

BANCA EXAMINADORA:

Nome: Prof. Wilson Deda Gonçalves Junior (Orientador)

Assinatura: _____

Nome: Prof. Fernando José Santana Carregosa

Assinatura: _____

Nome: Prof. Fábio Luiz Oliveira de Carvalho

Assinatura: _____

Nome: Prof. Allan Andrade Rezende

Assinatura: _____

Paripiranga, 12 de Dezembro de 2023.