

**Ressecção parcial de mandíbula para tratamento de fibroma ossificante:
relato de caso**

Partial resection of mandibula for treatment of ossificant fibrome: case report

DOI:10.34119/bjhrv3n5-205

Recebimento dos originais: 08/09/2020

Aceitação para publicação: 05/10/2020

Lucas Viana Silva Ramos

Graduando em Odontologia

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco – Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901

E-mail: lucaaschin@gmail.com

Gabriella Alexandre dos Santos

Graduanda em Odontologia

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco – Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901

E-mail: santosalexandregabriella@gmail.com

Luis Felipe Oliveira Maciel

Cirurgião-Dentista e Residente em Cirurgia Bucomaxilofacial

Instituição: Universidade de Pernambuco – Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310, Recife, PE, CEP 50100-130

E-mail: maciel.luisfelipe@gmail.com

Virgílio Bernardino Ferraz Jardim

Cirurgião-Dentista e Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial

Instituição: Universidade de Pernambuco – Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310, Recife, PE, CEP 50100-130

E-mail: virgilioferraz84@hotmail.com

Quitéria Edileuza Rezende de Araújo

Cirurgiã Bucomaxilofacial e Preceptora

Instituição: Hospital da Restauração – Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco

Endereço: Av. Gov. Agamenon Magalhães, s/n - Derby, Recife - PE, 52171-011

E-mail: quiteriarezende@hotmail.com

Patrício José de Oliveira Neto

Doutor em Cirurgia Bucomaxilofacial e Professor

Instituição: Faculdades Unidas de Minas

Endereço: Rua Lírio Brant, 787 - Melo, Montes Claros - MG, 39401-063

E-mail: patriciocbmf@gmail.com

RESUMO

Introdução: O fibroma Ossificante Central é considerado uma verdadeira neoplasia, a qual é composta por tecido fibroso com uma variável mistura de trabéculas ósseas, esférulas semelhantes a cimento. Acomete indivíduos entre terceira e quarta década de vida, restrito aos maxilares e ao complexo maxilofacial. Por ser considerado um neoplasia, seu tratamento consiste em curetagens agressivas, ressecções cirúrgicas localizadas e ressecções segmentar da mandibular. **Objetivo:** Relatar um caso de tratamento cirúrgico de um Fibroma Ossificante. **Relato do caso:** Paciente E.B.P.S., 31 anos, leucoderma, sexo feminino, sem comorbidades debilitantes, foi encaminhada ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital do Capibaribe com história de aumento de volume em região mandibular direita há um ano e meio, cursando com assimetria facial. A hipótese de diagnóstico fornecida, após biopsia, foi Fibroma Ossificante Central. Tentou-se como terapia inicial uma abordagem conservadora através da descompressão tumoral. Após 4 meses foi observado que não houve regressão da lesão, como também ocorreu um aumento tumoral. Definiu-se como segunda abordagem terapêutica a intervenção cirúrgica através da ressecção parcial de mandíbula com implantação de placas de titânio do sistema 2.4 mm. O passo-a-passo cirúrgico consistiu em: paciente operado sob anestesia geral com antisepsia extra oral e intra oral com digluconato de clorexidina 2% e 0,12% respectivamente, aposição dos campos cirúrgicos estéreis, colocação do tampão orofaríngeo, anestesia local infiltrativa submucosa com Novabupi 0,5% para bloqueio regional do nervo alveolar inferior, lingual e bucal, bem como infiltração submucosa em região de vestibulo mandibular direita para hemostasia. Incisão em região vestibular de corpo mandibular esquerdo até região de ramo mandibular direito, descolamento muscoperiosteal e rebatimento do retalho, modelagem da placa de titânio 2.4mm para adaptação em região mandibular direita, perfuração dos orifícios de referência com brocas carbides nº 702 e nº 703 em região de sínfise e ângulo mandibular direito, osteotomia com ponta serrilhada, retirada do tumor com margens de segurança de 3 mm em todas as direções, hemostasia da área, sutura por planos. **Considerações Finais:** O tratamento empregado demonstrou êxito e boa recuperação da simetria facial, demonstrando ser uma técnica efetiva no tratamento de um Fibroma Ossificante Central.

Palavras-chave: Fibroma Ossificante, Patologia Bucal, Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Introduction: Ossifying fibroma is considered a true neoplasm, which is composed of fibrous tissue with a variable mixture of bone trabeculae, cement-like spherules. It affects individuals between the third and fourth decade of life, restricted to the jaws and the maxillofacial complex. Because it is considered a neoplasm, its treatment consists of aggressive curettages, localized surgical resections and mandibular segment resections. **Objective:** To report a case of surgical treatment of an Ossifying Fibroma. **Case report:** EBPS patient, 31 years old, leucoderma, female, without debilitating comorbidities, was referred to the Service of Buccomaxillofacial Surgery and Traumatology at Hospital do Capibaribe with a history of volume increase in the right mandibular region for a year and a half, attending with facial asymmetry. The diagnosis hypothesis provided, after biopsy, was Ossifying Fibroma. A conservative approach through tumor decompression was attempted as an initial therapy. After 4 months it was observed that there was no regression of the lesion, as well as a tumor increase. The second therapeutic approach was defined as surgical intervention through partial resection of the mandible with implantation of 2.4 mm system titanium plates. The surgical step-by-step consisted of: patient operated under general anesthesia with extra oral and intra oral antisepsis with 2% and 0.12% chlorhexidine digluconate respectively, apposition of sterile surgical drapes, placement of oropharyngeal plug, submucosal infiltrative anesthesia with Novabupi 0.5% for regional block of the inferior alveolar, lingual and buccal

nerve, as well as submucosal infiltration in the region of the right mandibular vestibule for hemostasis. Incision in the vestibular region of the left mandibular body to the region of the right mandibular ramus, muscoperiosteal detachment and flap folding, modeling of the 2.4mm titanium plate for adaptation in the right mandibular region, perforation of the reference holes with carbide drills n° 702 and n° 703 in symphysis region and right mandibular angle, osteotomy with serrated tip, removal of the tumor with safety margins of 3 mm in all directions, hemostasis of the area, suture in layers and delivered to the anesthesiologist. **Final Considerations:** The treatment employed demonstrated success and good recovery of facial symmetry, proving to be an effective technique in the treatment of an Ossifying Fibroma.

Key-words: Ossifying Fibroma, Oral Pathology, Oral Surgery.

1 INTRODUÇÃO

As lesões benignas fibro-ósseas consistem em um grupo de lesões heterogêneas e controversas que afetam os ossos gnáticos e craniais (RIBEIRO, CARLOS, DIAZ, GOUVEA, & VARGAS, 2011). Estas lesões, por sua vez, se caracterizam por processos patológicos em que o tecido ósseo normal é substituído por tecido fibroso composto por fibroblastos, fibras colágenas e uma quantidade variável de estruturas mineralizadas. A designação lesão fibro-óssea não é um diagnóstico específico e descreve apenas um processo, sendo comumente incluída entre as lesões fibro-ósseas dos ossos gnáticos a Displasia Fibrosa, Displasia Cimento-óssea e o Fibroma Ossificante Central (CHI, 2009).

O Fibroma Ossificante Central (FOC) é um tumor ósseo proveniente da membrana periodontal que consiste em tecido fibroso altamente celular que contém quantidades variadas de osso anormal ou tecido cementóide (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011) (WHITE & PHAROAH, 2015).

O FOC, também denominado fibroma cementificante, fibroma cimento-ossificante, é mais comum em indivíduos entre a terceira e quarta década de vida e do sexo feminino. Normalmente é restrito aos maxilares e ao complexo craniofacial, embora lesões parecidas tenham sido relatadas em ossos longos. Assim como outras neoplasias ósseas craniomaxilares, a principal forma de tratamento é cirúrgica, através de curetagens agressivas, ressecções cirúrgicas localizadas e ressecções segmentares da mandibular (MILORO, GHALI, LARSEN, & WAITE, 2016).

Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de Fibroma Ossificante Central, bem como discutir a terapêutica realizada.

2 RELATO DE CASO:

Paciente E.B.P.S., 31 anos, leucoderma, sexo feminino, sem comorbidades debilitantes, foi encaminhada ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da rede hospitalar privada da cidade do Recife-PE, com história de aumento volumétrico em região mandibular direita há um ano e meio, evoluindo com assimetria facial. Nos exames de imagem iniciais, se observou lesão osteolítica extensa ocupando todo o corpo mandibular direito, com extensa expansão de corticais ósseas de aspecto radiográfico misto (radiolúcido/radiopaco).

Imagem 01 – Radiografia Panorâmica – Imagem radiolúcida com trabéculas ósseas e radiopacidade difusa, bem delimitada, com leve cortical esclerótica, localizada na região do 42 ao 48. Expansão e adelgaçamento de corticais, presença de reabsorção radicular do 45, 46 e 47, deslocamento dentário do 44 e 45 e apagamento do canal mandibular direito.



Uma primeira abordagem cirúrgica foi realizada com objetivo principal de coleta de material tumoral para estudo histopatológico. Nessa abordagem, através de incisão transmucosa, foi realizada curetagem da lesão e instalação de um dispositivo para descompressão tumoral (sonda de foley). Este dispositivo foi suturado de maneira a unir o interior da lesão com a cavidade bucal para fins de descompressão tumoral. A paciente realizou irrigação copiosa diária com soro fisiológico 0,9% durante o período pós-operatório para evitar acúmulo de resíduos e possíveis infecções do leito cirúrgico.

O material coletado, após exame histopatológico e estudo imunohistoquímico, comprovou a hipótese de Fibroma Ossificante Central.

Decorridos 4 meses desde a primeira abordagem cirúrgica foi observado que não houve regressão da lesão, bem como ocorreu um aumento tumoral.

Definiu-se como segunda abordagem terapêutica a intervenção cirúrgica através da ressecção parcial de mandíbula com implantação de placas de titânio do sistema 2.4 mm.

A modelagem da placa de titânio foi realizada previamente, através da confecção de protótipo mandibular personalizado. Utilizou-se a impressora 3D para fabricação do protótipo, a qual permitiu o espelhamento do lado sadio para reprodução dos contornos mandibulares.

A abordagem cirúrgica se deu por meio do acesso vestibular mandibular. A ressecção segmentar ocorreu por intermédio de broca nº 703 e serra recíprocante em região de sínfise e ângulo mandibular direito, com margens de segurança de 10 milímetros de distância da lesão tumoral para evitar recidivas.

Imagem 02 - Aspecto clínico intra-oral pré-cirúrgico (esq.) – Região de mucosa inserida vestibular direita abaulada, com presença de lesão ulcerada em fundo de véstíbulo direito; Intraoperatório (centro) – Presença de abaulamento e perfuração da cortical vestibular se estendendo do 1º Pré-molar inferior direito até o 2º molar inferior direito. Espécime removido (dir.) com margens de segurança de 3 mm em todas as direções, com 7,5 cm de comprimento em seu maior diâmetro.



Imagem 03 - Pós-operatório imediato (esq.) – Ressecção segmentar da mandíbula com manutenção do arcabouço mandibular através de placas de reconstrução de perfil 2.4 mm. Aposição das camadas musculares e mucosas sobre placa de reconstrução; Pós-operatório de 14 dias (dir.) – Ferida operatória bem posicionada, com boa manutenção dos tecidos moles, sem presença de exsudato ou deiscência.



Atualmente, a paciente segue com 9 meses de pós operatório. Apresenta boa função mandibular, sem sinais de recidiva da lesão, sem queixas, boa relação estética e com prótese parcial removível provisória. Aguarda futura cirurgia de reconstrução mandibular.

Imagem 04 - Tomografia computadorizada de Feixe Cônico em reconstrução tridimensional – Observação da arquitetura mandibular através do posicionamento adequado da placa de reconstrução de perfil 2.4 mm (esq.); Aspecto clínico (centro e dir.) após acompanhamento de 30 dias, boa simetria facial sem anomalias estéticas.



Imagem 05 – Acompanhamento de 9 meses – Foto intraoral - Prótese bem adapta aos tecidos moles da região mandibular direita (esq.); Fotos extraorais (centro e dir.) – Boa estética e simetria facial.



3 DISCUSSÃO:

O Fibroma Ossificante Central (FOC) é um tumor ósseo proveniente da membrana periodontal composto por tecido fibroso altamente celular que contém quantidades variadas de osso anormal ou tecido cementóide (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011) (WHITE & PHAROAH, 2015) (SCIUBBA, 1989). A priori, essa lesão foi descrita por Menzel no ano de 1872, nomeada por Montgomery em 1927 e seus detalhes clínicos,

radiográficos e histológicos foram descritos posteriormente por Sherman e Sternberg no ínterim de 1948 (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011).

Os aspectos epidemiológicos descritos por Neville e cols (NEVILLE, DAMM, ALLEN, & BOUQUOT, 2009) demonstraram maior incidência no gênero feminino, predileção pela mandíbula, sendo a área de pré-molares e molares inferiores os sítios mais afetados. Diversos autores apresentam posicionamento semelhante (URS, KUMAR, ARORA, & AUGUSTINE, 2013) (EVERSOLE, MERRELL, & STRUB, 1985) (CHANG, et al., 2008) (MCDONALD-JANKOWSKI, 2009). A paciente sob análise corrobora tais informações, sendo do gênero feminino, na faixa etária entre a segunda e terceira década de vida, com topografia da lesão em região mandibular direita.

Embora frequentemente sobrevenha em mandíbula, a maxila, frontal, etmoide, esfenoide e temporal também são relatados na literatura (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011) (URS, KUMAR, ARORA, & AUGUSTINE, 2013) (SARWAR, JINDAL, & AHMAD, 2008). A ocorrência do FOC é habitualmente solitária, sendo a incidência de múltiplos fibromas ossificante rara e usualmente associada a desordens hormonais, como a hipercalcemia e o hiperparatireoidismo (RIBEIRO, CARLOS, DIAZ, GOUVEA, & VARGAS, 2011) (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011). Esse aspecto é reforçado por Gopinath e cols (GOPINATH, et al., 2013), os quais descrevem que o fibroma ossificante central também pode estar associado a doença renal crônica, comumente observada em pacientes com hiperparatireoidismo de caráter hereditário, o qual, por sua vez, está relacionado a pacientes que sofrem de adenomas em paratireoides, fibromas ossificantes, cistos renais e tumores de Wilms.

As características clínicas do FOC podem variar de um comportamento indolente a um agressivo. Entretanto, seu crescimento é, via de regra, lento, expansivo, centrífugo e circular de maneira equânime em todas as direções (URS, KUMAR, ARORA, & AUGUSTINE, 2013) (SARWAR, JINDAL, & AHMAD, 2008) (GOPINATH, et al., 2013). As propriedades são mais semelhantes as lesões tumorais do que uma displasia óssea. Pequenas lesões quase nunca causam quaisquer sintomas e são detectadas apenas ao exame radiográfico panorâmico (WHITE & PHAROAH, 2015) (NEVILLE, DAMM, ALLEN, & BOUQUOT, 2009) (TRIOJET, et al., 2011). Tumores maiores resultam em aumento de volume indolor do osso envolvido, circunstância que pode ocasionar assimetria facial (ANDRADE, et al., 2013). Constatou-se no presente caso que as evidências clínicas e radiográficas da paciente condiz com a literatura. O deslocamento e a

reabsorção dentária podem estar presentes ⁽¹⁴⁾. A paciente em questão apresentou deslocamentos dentários e reabsorções radiculares.

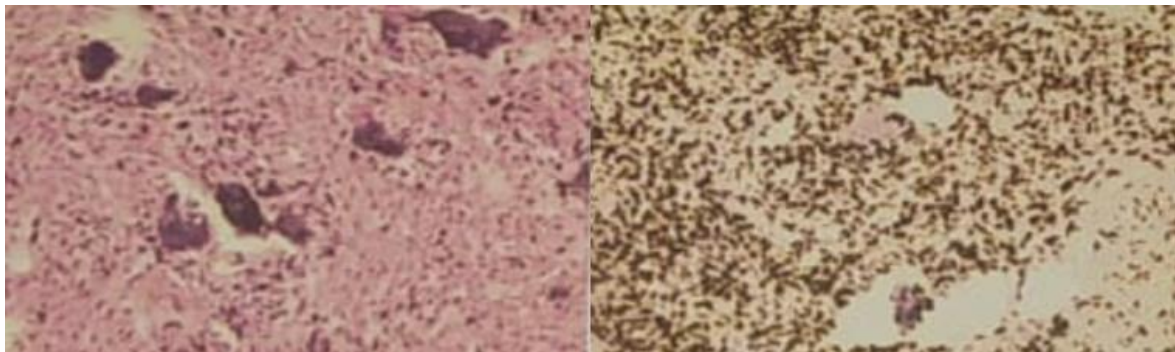
Radiograficamente, o aspecto mais comum é caracterizado pela densidade mista associada a um padrão que depende da quantidade e forma do material calcificado produzido, com periferias bem definidas e linha radiolúcida delgada, representando uma cápsula fibrosa (ANDRADE, et al., 2013). A progressão da lesão é dada por um início osteolítico radiolúcido, seguida por uma gradual transformação em lesão mixoide entre radiolúcido/radiopaco e, em raras ocasiões, se tornam completamente radiopacas (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011). A lesão em questão apresentou o aspecto radiográfico mais comum do FOC, o qual foi demonstrado por Su e cols (SU, WEATHERS, & WALDRON, 1997) que reportaram a radiolucidez bem demarcada com focos radiopacos difusos com ou sem margens escleróticas, acompanhada de expansão cortical como a mais prevalente. Somado a isso, Eversole et al. (EVERSOLE, MERRELL, & STRUB, 1985) descreveram os principais aspectos radiográficos e as incidências do FOC, conforme na tabela 01.

Tabela 01 – Variantes radiográficas do Fibroma Ossificante Central, adaptado de Eversole et al. (1985)

Variante	Aspecto radiográfico	Incidência
Unilocular Radiolúcido	Unilocular, radiolúcida, bem delimitada com sobreposição de raízes e sem reabsorção radicular.	28%
Unilocular Predominantemente Radiolúcido	Unilocular, radiolúcida com radiopacidades difusas semelhantes a vidro despolido com ou sem reabsorção radicular.	42%
Unilocular Interpostas entre as raízes	Unilocular, radiolúcida, interpostas entre raízes divergentes ou com reabsorção radicular	5%
Unilocular Mista	Unilocular, bem delimitada, com radiolucidez e radiopacidades centrais, associada ou não a divergências radicular ou reabsorção radicular.	9%
Unilocular Radiopaca	Unilocular, predominantemente radiopaca com corticais bem definidas.	9%
Multilocular Radiolúcido	Multilocular, radiolúcida com ou sem reabsorção radicular.	7%

Histologicamente, o FOC consiste em tecido fibroso que exibe graus variáveis de celularidade e contém material mineralizado. Possui um estroma de células conjuntivas relativamente avascularizado, com trabeculado ósseo reticular e esférulas (estruturas esféricas semelhantes a cimento) (URS, KUMAR, ARORA, & AUGUSTINE, 2013). As trabéculas ósseas variam em tamanho e, frequentemente, demonstram uma mistura de padrões imaturos e lamelares. Além disso, pavimentação osteoblástica e osteoide periférico estão geralmente presentes. As esférulas habitualmente demonstram bordas em escova periféricas que se misturam no tecido conjuntivo adjacente (MILORO, GHALI, LARSEN, & WAITE, 2016) (NEVILLE, DAMM, ALLEN, & BOUQUOT, 2009). O estudo imuno-histoquímico e anatopatológico da peça recolhida demonstrou convergência com a literatura (imagem 06) e evidenciou estroma hiper celular com células estreladas fusiformes, além de numerosos pequenos ossículos mineralizados dispostos desorganizadamente. A investigação imuno-histoquímica testou positivo para SATB2.

Imagem 06 - Análise anatomopatológica em Hematoxilina-Eosina (esq.) – Presença de corpos psammomatoides difusos e tecido hiper celular; Análise imuno-histoquímica (dir.) – Evidência de resultado positivo para SATB2.



O diagnóstico diferencial do FOC inclui lesões com uma estrutura interna mista radiolúcida-radiopaca. A diferenciação de uma displasia fibrosa pode ser bem difícil. Em regra, os limites de uma lesão de FOC são bem delineados. Além disso, estas lesões ocasionalmente apresentam uma cápsula fibrosa e uma cortical. Enquanto a displasia fibrosa normalmente se confunde com o osso adjacente, sem limites bem definidos (WHITE & PHAROAH, 2015) (TRIOLET, et al., 2011) (MCDONALD-JANKOWSKI, 2009). A displasia fibrosa raramente reabsorve dentes.

Outras lesões a serem consideradas são aquelas que podem ter calcificações internas semelhantes ao padrão visto no FOC. Aquelas incluem o cisto odontogênico calcificante, o tumor odontogênico calcificante (Pindborg) e o tumor odontogênico adenomatóide (WHITE &

PHAROAH, 2015) (SARWAR, JINDAL, & AHMAD, 2008) (TRIOLET, et al., 2011) (ANDRADE, et al., 2013).

O tratamento cirúrgico é o recomendado para o FOC, haja vista sua característica neoplásica; as lesões são removidas facilmente, embora haja um índice de recidiva que varia de 1 a 63%. Por essa razão, a literatura recomenda um tratamento mais invasivo para as lesões mais desfavoráveis, incluindo curetagens mais agressivas, ressecções cirúrgicas localizadas e ressecção segmentar da mandibular (MILORO, GHALI, LARSEN, & WAITE, 2016).

Alguns estudos (SCIUBBA, 1989) (MCDONALD-JANKOWSKI, 2009) recomendam que o tratamento primário seja mais conservador, principalmente para lesões pequenas e de expansão lenta, indicando a curetagem e/ou enucleação como modalidade terapêutica de escolha, com índice de recidiva de 0% a 28%. O tratamento primário do caso clínico foi conservador, apenas com descompressão tumoral. No entanto, notou-se crescimento tumoral no acompanhamento pós-cirúrgico, condição que exigiu nova intervenção mais radical, a saber: ressecção parcial de mandíbula com preservação de ramo e côndilo mandibular. Lesões mais agressivas ou recorrentes, com subsequente crescimento rápido, devem ser abordadas de forma mais radical, através de excisão cirúrgica em bloco (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011) (EVERSOLE, MERRELL, & STRUB, 1985).

A ressecção cirúrgica segmentar da mandíbula tem sido a abordagem tradicional para tumores invasivos e de grandes expansões. Contudo, essa conduta gera uma série de implicações funcionais e cosméticas. Pois, ocasiona descontinuidade de inserções musculares, dos nervos motores e sensoriais, além de efeitos adversos sob a mastigação, salivação e fonação (POLITI, COSTA, ROBIONY, RINALDO, & FERLITO, 2000) (GEMERT, et al., 2015). Gemert e cols (GEMERT, et al., 2015) evidenciaram que a qualidade de vida dos pacientes submetidos a ressecção mandibular parcial, independentemente do tipo de reconstrução posterior utilizada, relataram impactos na sensibilidade orofacial, salivação, alimentação, contato social e sexualidade. Wijbenga e colaboradores (WIJBENGA, SCHEPERS, WERKER, WITJES, & DIJKSTRA, 2016) expuseram que os enxertos livres compostos em associação com reabilitação oral demonstram um aumento nos níveis de qualidade de vida dos pacientes submetidos a ressecções mandibulares extensas.

Diversos métodos podem ser utilizados para reconstrução mandibular após ressecção. O uso de enxertos livres compostos é tradicional e possui ótimo prognóstico, haja vista que ocorre uma reposição estrutural do segmento seccionado, cenário que possibilita a colocação de implantes e posterior reabilitação oral (GEMERT, et al., 2015) (WIJBENGA, SCHEPERS, WERKER,

WITJES, & DIJKSTRA, 2016). Outra maneira de restaurar a continuidade mandibular se dá através de placas reconstrutivas. Técnica esta que demonstra segurança e simplicidade, além do tempo cirúrgico único e breve (GEMERT, et al., 2015). A equipe utilizou a restauração mandibular com placas reconstrutivas de perfil 2.4 mm e, vislumbra futura colocação de enxertos em segundo tempo cirúrgico, a fim de evitar complicações em virtude do estágio avançado da lesão.

O prognóstico para a maioria dos fibromas ossificantes é bom, não obstante tendência local de invasão e recorrência. Não há relatos de doenças metastáticas (GONDIVKAR, GADBAIL, CHOLE, PARIKH, & BALSARAF, 2011).

4 CONCLUSÃO:

Em conclusão, o Fibroma Ossificante Central é uma lesão fibro-óssea com baixo poder metastático e grau moderado de recidiva. Não existe um padrão clínico-radiográfico que possa diferenciar o FOC de outras patologias, sendo necessárias investigações mais profundas para diagnóstico definitivo. O caso apresentado evidenciou a capacidade recidivante da lesão frente a tratamentos mais conservadores. Como resultado, uma segunda abordagem cirúrgica foi demandada, evidenciando boa técnica cirúrgica com bom prognóstico e sem recidivas após acompanhamento de 9 meses.

REFERENCIAS

1. RIBEIRO ACP, CARLOS R, DIAZ KP, GOUVEA AF, VARGAS PA. 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.* 2011; 111: p. 21-26.
2. CHI CA. Patologia Óssea. In NEVILLE B. *Patologia Oral e Maxilofacial.*: Elsevier; 2009. p. 654-689.
3. GONDIVKAR SM, GADBAIL AR, CHOLE R, PARIKH RV, BALSARAF S. Ossifying fibroma of the jaws: report of two cases and literature review. *Oral Oncol.* 2011; 47: p. 804-809.
4. WHITE SC, PHAROAH MJ. *Radiologia Oral: Fundamentos e Interpretação.* 7th ed. St. Louis: Mosby; 2015.
5. MILORO M, GHALI GE, LARSEN PE, WAITE PD. *Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson.* 3rd ed. São Paulo: Santos; 2016.
6. SCIUBBA JJ. Ossifying fibroma of the mandible and maxilla: review of 18 cases. *J Oral Pathol.* 1989; 18(6): p. 316-321.
7. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
8. URS AB, KUMAR P, ARORA S, AUGUSTINE J. Clinicopathologic and radiologic correlation of ossifying fibroma and juvenile ossifying fibroma - an institutional study of 22 cases. *Ann Diagn Pathol.* 2013; 17: p. 198-203.
9. EVERSOLE LR, MERRELL PW, STRUB D. Radiographic characteristics of central ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 59: p. 522-527.
10. CHANG CC, HUNG HY, CHANG JYF, YU CH, WANG YP, LIU BY, et al. Central Ossifying Fibroma: A clinicopathologic study of 28 cases. *J Formos Med Assoc.* 2008; 107(4): p. 288-294.
11. MCDONALD-JANKOWSKI DS. Ossifying fibroma: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol.* 2009; 38: p. 495-513.
12. SARWAR HG, JINDAL MK, AHMAD SS. Cemento-ossifying fibroma - a rare case. *J Indian Soc Pedod Prev.* 2008; 26: p. 128-131.
13. GOPINATH D, BEENA VT, SUGIRTHARAJ G, VIDHYADHARAN K, SALMANUL FARIS K, J. KS. Cemento-ossifying fibroma in a patient with end-stage renal disease. *Case Rep Dent.* 2013; 2013: p. 1-4.
14. TRIJOLET JP, PARMENTIER J, SURY F, GOGA D, MEJEAN N, LAURE B. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2011; 128: p. 30-33.

15. ANDRADE M, SILVA-SOUSA YTC, MARQUES MFT, PONTUAL MLA, RAMOS-PEREZ FMM, PEREZ DEC. Ossifying fibroma of the jaws: a clinicopathological case series study. *Braz Dent J.* 2013; 24(6): p. 662-666.
16. SU L, WEATHERS DR, WALDRON CA. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas. *Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 84: p. 540-549.
17. POLITI M, COSTA F, ROBIONY M, RINALDO A, FERLITO A. Review of Segmental and Marginal Resection of the Mandible in patients with oral cancer. *Acta otolaryngol.* 2000; 120: p. 569-579.
18. GEMERT J, HOLTSLAG I, BILT A, MERKX M, KOOLE R, CANN E. Health-related quality of life after segmental resection of the lateral mandible: free fibula flap versus plate reconstruction. *J Craniomaxillofac Surg.* 2015; 43(5): p. 658-662.
19. WIJBENGA JG, SCHEPERS RH, WERKER PMN, WITJES MJH, DIJKSTRA PU. A systematic review of functional outcome and quality of life following reconstruction of maxillofacial defects using vascularized free fibula flaps and dental rehabilitation reveals poor data quality. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2016; 69(8): p. 1024-1036.