

UNIVERSIDADE DE UBERABA

BRAIHANN SANTOS CLEMENTE
LALESCA TONACO ALVES

FIBROMA OSSIFICANTE

-Relato de caso-

UBERABA, MG
2018

BRAIHANN SANTOS CLEMENTE
LALESCA TONACO ALVES

FIBROMA OSSIFICANTE

-Relato de caso-

Trabalho apresentado a Universidade de Uberaba, como parte das exigências e requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista, conclusão do curso em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

UBERABA, MG
2018

C59f Clemente, Braihann Santos.
Fibroma ossificante: relato de caso / Braihann Santos Clemente,
Lalesca Tonaco Alves. – Uberaba, 2018.
24 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia, 2018.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique.

I. Odontologia. 2. Fibroma ossificante. 3. Ossos maxilares. I.
Alves, Lalesca Tonaco. II. Henrique, Paulo Roberto. III.
Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

BRAIHANN SANTOS CLEMENTE
LALESCA TONACO ALVES

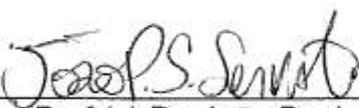
FIBROMA OSSIFICANTE
-Relato de caso-

Trabalho apresentado a Universidade de Uberaba, como parte das exigências e requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista, conclusão do curso em Odontologia.

Aprovado em: 08 / 12 / 2018.

BANCA EXAMINADORA


Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique
Universidade de Uberaba


Prof.(o) Dr. João Paulo Silva Servato
Universidade de Uberaba

UBERABA, MG
2018

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, aos nossos queridos pais, que não mediram esforços para que esse sonho fosse realizado, sempre apoiando do início ao fim, oferecendo força, incentivo e motivação em toda nossa trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Deus, que sempre esteve ao nosso lado, dando saúde, força, coragem, sempre nos olhando, nos guardando, e protegendo todos os dias de nossas vidas. Por ter iluminado nossos caminhos durante toda essa trajetória.

Eu, Braihann agradeço a minha mãezinha Osvâna Vieira dos Santos, por ter nos dado a vida e ter preparado o meu caminho para que eu chegasse até aqui. Te agradeço por ser a melhor mãe do mundo, pois sempre lutou para me proporcionar tudo de melhor em minha vida. Você minha rainha, veio sempre me apoiando, sendo minha maior fonte de inspiração. Agradeço ao meu padrasto Sidinei pelo carinho, incentivos e não ter medido esforços nessa jornada. Osvâna e Sidinei tenho tudo que agradecer e dedicar esse título a vocês, pois sem vocês essa vitória não seria possível.

Eu, Lalesca Tonaco gostaria de agradecer a minha vó que infelizmente não está aqui de corpo presente para presenciar essa vitória, a minha mãe que já se foi á tanto tempo mais sei que sempre olhou por mim como um anjo da guarda, ao meu pai que infelizmente Deus o levou tão próximo dele poder presenciar esse nosso sonho realizado. E principalmente ao Rodolfo, meu noivo que lutou todo esse tempo para me ver graduada. Que esteve ao meu lado, em todos os momentos tristes e felizes de toda essa minha jornada acadêmica. Obrigado meu amor por não me deixar se quer pensar que eu esteja sozinha, obrigado por todo seu companheirismo, toda sua dedicação e preocupação comigo. Essa vitória é tão minha como de vocês.

Aos nossos familiares, que contribuíram com palavras de incentivo.

A todos professores do curso, que foram essenciais para a nossa vida acadêmica, sempre nos oferecendo atenção e ensinamentos transmitidos com muito carinho durante esses quatro anos. Em especial, ao nosso orientador, Paulo Roberto Henrique, pelo suporte, ensinamentos, paciência, confiança e orientação para a resolução desse caso clínico.

Aos amigos, por estarem conosco nessa caminhada, dividindo alegrias e tristezas, que ao longo da nossa formação.

A todos que de alguma forma direta ou indireta nos ajudaram. Declaramos a todos o nosso sincero, **MUITO OBRIGADO!**

*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

RESUMO

O Fibroma Ossificante é um tumor de crescimento lento benigno, que surge a partir do ligamento periodontal, sendo de origem mesenquimal acometendo mais o sexo feminino. Trata-se de um tumor grande, que causa deslocamento dos dentes principalmente nas áreas de pré-molares e molares na maxila, no entanto ocorre com maior frequência na mandíbula. A lesão mostra ser assintomática e pode apresentar assimetria facial. Os casos clínicos relatados na literatura científica são relativamente incomuns, cujos sinais e sintomas clínicos demoram a aparecer, por conta disso, seu diagnóstico torna-se tardio. Depois diagnosticada a lesão, ela deve ser removida cirurgicamente. Após a remoção cirúrgica espera-se uma apropriada cicatrização óssea tecidual. Esse estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de uma paciente que procurou a policlínica da UNIUBE com uma lesão óssea localizada na mandíbula que foi diagnosticada como Fibroma Ossificante, procurando discutir os aspectos clínicos e radiográficos, tendo como base a literatura pertinente. Espera-se, que a apresentação desse caso clínico sirva para os cirurgiões dentistas como alerta da indispensabilidade do exame radiográfico rotineiro dos pacientes que procuram atendimento odontológico e também a necessidade da biopsia para confirmação do diagnóstico. Propiciando assim, uma abordagem mais racional de problemas bucais dessa natureza.

Palavras-chave: lesão fibro-óssea, ossos maxilares, ligamento periodontal, caso clínico.

ABSTRACT

Ossifying fibroma is a slow growing benign tumor arising from the periodontal ligament, and of mesenchymal origin that affects women more. This is a large tumor, which causes displacement of the teeth mainly in premolars and molars in the maxilla, however occurs more frequently in the jaw. The injury shows no symptoms and may have facial asymmetry. The clinical cases reported in the scientific literature are relatively uncommon, with clinical signs and symptoms slow to appear because of that, your diagnosis becomes late. After the lesion diagnosed, it should surgically removed. After surgical removal of an appropriate waiting healing bone tissue. This study aims to report a case of a patient who came to the clinic UNIUBE with a bone lesion located in the jaw diagnosed as ossifying fibroma looking discuss the clinical and radiographic findings, based on the literature. We also hope that will present this clinical case serves for the dental profession as a warning of the indispensability of routine radiographic examination of patients seeking dental care and also the need for biopsy to confirm the diagnosis providing a more rational approach to oral problems of this nature.

Keywords: fibro-osseous lesion, jaws, periodontal ligament, clinical case

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Aspecto extrabucal.	15
Figura 2: Aspecto radiográfico	15
Figura 3: Transcirúrgico	15
Figura 4: Aspecto macroscópico da lesão	15
Figura 5: Exame histopatológico	15
Figura 6: Proservação- três meses	15
Figura 7: Proservação- seis meses	16
Figura 8: Proservação- seis meses	16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	13
3 MATERIAIS E MÉTODOS	14
3.1 CASO CLÍNICO	14
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	23
I – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO	23
II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	24

1- INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas dos maxilares são classificadas na nomenclatura como fibroma cemento-ossificante, são descritas como uma neoplasia osteogênica. Enquanto que a displasia fibrosa tem sido descrita como lesão óssea não neoplásica. Os fibromas cemento-ossificantes ou fibromas ossificantes e cementificantes foram descritos como neoplasias bem demarcadas ou raramente encapsuladas, consistindo de tecido fibroso contendo quantidades variadas de material mineralizado semelhante ao osso e/ou cimento. (RAM, R., SINGHAL, A., SINGHAL, P., 2012.)

No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) realizou uma classificação reconhecendo dois subtipos de FOC: 1) tipo epitelial-pobre (tipo simples) e 2) Tipo de epitelial-rico (tipo OMS). Não há margem clara entre os dois tipos a nível microscópico. (Veeravarmal V, Madhavan RN, Nassar MM, 2013)

Todavia, Branon e Fowler foram os primeiros a usar o termo “FO” no lugar do FOC, termo que tinha sido determinado pela recente edição da OMS (2005) da classificação de neoplasias osteogênicas. Substituindo assim, o termo FOC por FO. (MOHAPATRA; BANUSHREE; NAGARAJAN, 2015)

Clinicamente o FO apresenta geralmente uma forma arredondada ou ovóide, expansiva, que pode deslocar as raízes dos dentes adjacentes e, por vezes, causar reabsorção radicular. (CHANG, HUNG, CHANG, 2008). O (FO) ocorre mais na região posterior de mandíbula, podendo surgir também na maxila, comumente na região de fossa canina e na área do Arco zigomático. (SILVEIRA, D. T., CARDOSO, F. O.; SILVA, B. J. A. CARDOSO, 2016)

É uma lesão observada frequentemente em pacientes negros, podendo produzir deformidade óssea indolor e assimetria facial que por vezes atinge o tamanho grotesco e muitas vezes só é descoberto durante exames radiológicos de rotina. (HOSSEINI; MOSLEMI, 2011)

No exame radiográfico observa-se que as bordas da lesão são normalmente bem definidas, com uma linha radiolúcida delgada que representa uma cápsula fibrosa. A estrutura interna tem uma densidade mista radiolúcida-radiopaca, com um padrão que depende da forma e da quantidade do material calcificado presente. A natureza circunscrita e bem delimitada da lesão, geralmente, permite a enucleação

do tumor. Pode ocorrer necessidade de cirurgia de reconstrução para superar os problemas estéticos e funcionais após a remoção da lesão. O diagnóstico diferencial geralmente se faz com lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida- radiopaca, principalmente com a displasia fibrosa. As duas lesões apresentam características clínicas, radiográficas e microscópicas semelhantes. (SILVEIRA, D. T., CARDOSO, F. O.; SILVA, B. J. A. CARDOSO, 2016)

Este tumor ósseo consiste de tecido fibroso altamente celular que contém quantidades variáveis de tecido calcificado que se assemelham ao osso, cimento ou ambos. A presença de cimento ou osso classifica a lesão como fibroma cimentante ou fibroma ossificante, enquanto lesões com mistura de cimento e osso são chamadas de fibroma cimento-ossificante. (SHEIKHI, M., MOSAVAT, F., JALALIAN, F., 2013)

Entretanto, sua patogênese permanece desconhecida: Parece estar relacionada com problemas congênitos na maturação do tecido dental, responsáveis para formação do cimento e tecido ósseo. (TRIOLET; PARMENTIER; SURYA, 2011). Existe a hipótese de que a etiopatogenia de FO no osso pode ser provocada por um estímulo irritante (tais como a extração de dentes), nesses casos podem ativar a produção de novo tecido a partir da membrana periodontal remanescente. A etiopatogenia extraóssea do FO, onde não há tecido periodontal, podem surgir a partir de ninhos embrionárias e de membrana periodontal ectópica, sendo os estudos citogenéticos limitados. (JAYACHANDRAN; SACHDEVA, 2010)

O diagnóstico diferencial do fibroma cimento ossificante se baseia no aspecto radiográfico, o que reflete seu grau de maturação. Se a lesão for radiolúcida, geralmente se deve incluir cisto odontogênico, ameloblastoma, mixoma, e lesão central de células gigantes. Se a lesão tiver imagem mista ou radiopaca, o que é mais comum, o diagnóstico diferencial incluiria displasia fibrosa, osteoblastoma, cementoblastoma e osteomielite esclerosante focal (CASTRO, Alvimar Lima de; SOUBHIA; Ana Maria Pires; MIYAHARA*, Glauco Issamu. 2005).

O aspecto clínico radiográfico bem delimitado do fibroma ossificante e a facilidade com que podem ser separados do osso normal é o principal diferencial com relação à displasia fibrosa. Outras lesões também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial: cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante (Pindborg) e o tumor odontogênico adenomatóide. (SILVEIRA, D. T., CARDOSO, F. O.; SILVA, B. J. A. CARDOSO, 2016)

Histologicamente é composto de fibroblastos e produtos ósseos que incluem material ósseo e tecido semelhante à cimento. No entanto, existem algumas outras lesões dos ossos maxilares que devem ser incluídos no diagnóstico diferencial: displasia cemento-óssea focal e displasia fibrosa. A maioria dos FOs tem um bom prognóstico e pode ser tratada por excisão cirúrgica conservadora por meio do uso de curetagem, ou enucleação. (DOMINGUETE, M. H. L., DOMINGUETE, A. A. S., MATOS, B. H., 2014)

Sua taxa de recorrência varia de 6% a 28% para as lesões da mandíbula, enquanto que as taxas de recorrência de lesão da maxila são desconhecidas. (GARCIA; CALDEIRA; JOHANN, 2013)

Esse trabalho tem como finalidade, relatar um caso clínico de uma paciente que procurou a policlínica da UNIUBE com uma lesão óssea localizada na mandíbula que foi diagnosticada como Fibroma Ossificante. Procurando discutir os aspectos clínicos e radiográficos dessa condição, tendo como base a literatura pertinente.

2 - OBJETIVO

Esse estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de uma paciente que procurou a policlínica da UNIUBE com uma lesão óssea localizada na mandíbula diagnosticada como Fibroma Ossificante, procurando discutir os aspectos clínicos e radiográficos, tendo como base a literatura pertinente.

3- MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 CASO CLÍNICO:

Paciente do sexo feminino L.C.M.S, 44 anos, feoderma (fig.1) foi encaminhada para policlínica da UNIUBE por um dentista particular. O referido encaminhamento deu-se por conta de uma lesão periapical, que foi percebida pelo profissional durante o exame tomográfico para uma possível colocação de um implante na região correspondente ao dente 45 (fig.2). A lesão era assintomática, sendo que a paciente não sabia de sua existência, até ser alertada do fato. Durante a anamnese a paciente negou ser portadora de doenças sistêmicas e os exames físico geral, extra e intrabucal não mostraram alterações significantes. Enquanto que na tomografia verificou-se uma extensa lesão mista na região dos dentes 31, 32, 33 e 34. Como também, notou-se outras lesões menores em outras áreas da mandíbula com características patognomônicas de displasia óssea periapical generalizada. As hipóteses diagnósticas foram: tumor odontogênico calcificante, fibroma ossificante, e displasia óssea periapical. A paciente foi encaminhada ao endodontista para o tratamento dos canais dos dentes subjacentes á lesão e posteriormente foi submetida a uma biópsia excisional da lesão (fig.3). O material obtido (fig.4) foi encaminhado para patologia e o resultado foi de fibroma ossificante. Histologicamente a lesão apresentou aumento volumétrico tumoral bem-circunscrito, trabéculas ósseas e glóbulos de material semelhante ao cimento e osso, observando também tecido conjuntivo fibroso (fig. 5). Após três meses da cirurgia, a paciente foi submetida a um exame radiográfico panorâmico da região (fig. 6), depois de seis meses paciente realizou um novo exame radiográfico panorâmico (fig. 7), sendo percebido neoformação óssea nas imagens radiográficas realizadas. Portanto, a proervação de seis meses não mostrou recidiva da lesão (fig. 8).



Figura 1: Aspecto extrabucal.

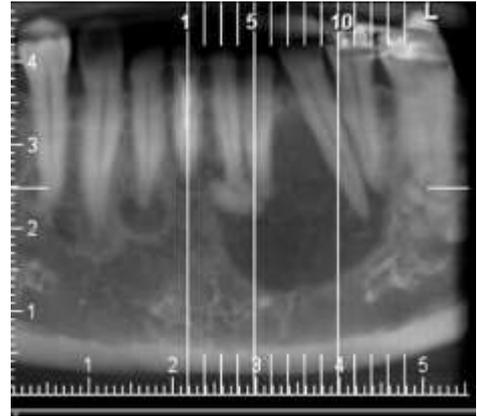


Figura 2: Aspecto radiográfico



Figura 3: Transcirúrgico



Figura 4: Aspecto macroscópico da lesão

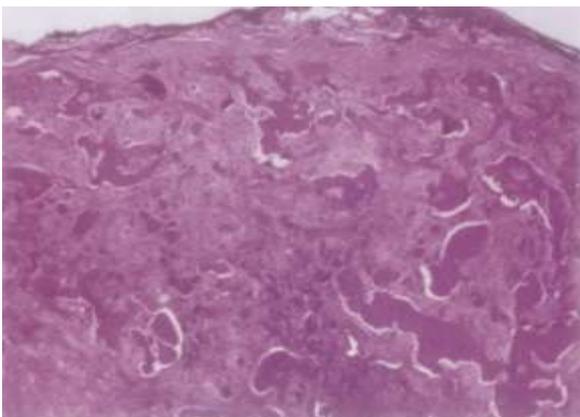


Figura 5: Exame histopatológico
Fonte: NEVILLE et al., (2009).



Figura 6: Proservação- três meses



Figura 7: Proservação- seis meses



Figura 8: Proservação- seis meses

Primeiramente anestésiar a distância, no caso em estudo, anestesia mandibular, visto tratar-se de uma lesão no osso mandibular da paciente. Também, deve-se aplicar anestesia terminal infiltrativa do lado vestibular na região da lesão. Posteriormente, incisão sulcular e levantamento do retalho com conseqüente exposição óssea vestibular. Depois, trepanação utilizando-se broca cirúrgica para osso e cinzel. Acessando a lesão, em seguida, enucleação do processo mórbido, tomando-se o cuidado de colocar o material obtido no vidro contendo formol a 10%. Não esquecendo de identificar o referido frasco com os dados do paciente. Também preencher a ficha de patologia com as características clínicas da lesão. Finalmente, suturar o retalho com fio de seda 4.0. a sutura deve ser retirada após 7 dias da cirurgia.

4 - DISCUSSÃO

Em 1992 a OMS divulgou nova classificação dos tumores, o fibroma ossificante e o fibroma cementificante foram considerados uma mesma entidade, classificados como neoplasia benigna de origem osteogênica, visto que o material semelhante à cimento, encontrado em algumas lesões do complexo maxilomandibular também foi identificado em lesões de outros ossos do corpo. Segundo essa classificação, as duas lesões são denominadas de fibroma cemento-ossificante. (KRAMER, I., PINDBORG, J., SHEAR, M. 1992)

RAM, R., SINGHAL, A., SINGHAL, P., (2012) afirmaram que as lesões fibro-ósseas dos maxilares são classificadas na nomenclatura como fibroma cemento-ossificante ou fibromas ossificantes e cementificantes são descritas como neoplasias osteogênicas, bem demarcadas ou raramente encapsuladas, consistindo de tecido fibroso contendo quantidades variadas de material mineralizado semelhante ao osso e/ou cimento. (RAM, R., SINGHAL, A., SINGHAL, P., 2012.). Todavia, Mohapatra, Banushree e Nagarajan (2015); NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M., (2009) designaram essas lesões como sendo Fibromas Ossificantes.

Clinicamente, este tumor se manifesta como massa tecidual intraóssea assintomática e de crescimento lento. Por um longo período de tempo essa lesão pode tornar-se grande o suficiente para causar assimetria facial. (SRIDEVI; JAIN; PRASAD, 2016). No caso reportado não houve sintomatologia dolorosa e tumefação facial.

Ao exame radiográfico observa-se que as bordas da lesão são normalmente bem definidas, com uma linha radiolúcida delgada que representa a cápsula fibrosa. A estrutura interna tem uma densidade mista radiolúcida-radiopaca, com um padrão que depende da forma e da quantidade do material calcificado presente. (SILVEIRA, D. T., CARDOSO, F. O.; SILVA, B. J. A. CARDOSO, 2016). O FO pode ser apresentado como sendo uma lesão radiotransparente, com áreas misturadas em diferentes graus, uni ou multilocular bem definida, expansão de osso cortical e dente com deslocamento ocasionando reabsorção radicular. (BR, Chrcanovic et al., 2009). No caso descrito a lesão apresentava borda bem delimitada, radio-lúcida no seu interior, com ausência de linhas externas delgadas, sendo observada divergência da raiz do dente 33, porém não houve reabsorção radicular e a lesão se apresentava de tamanho expressivo.

O diagnóstico diferencial geralmente se faz com lesões que apresentam uma mistura interna mista radiolúcida-radiopaca, principalmente como displasia fibrosa. As duas lesões apresentam características clínicas, radiográficas e microscópicas semelhantes. O aspecto clínico radiográfico bem delimitado do fibroma ossificante e a facilidade com a qual a lesão pode ser separada do osso normal é a principal diferença com relação à displasia fibrosa. Outras lesões devem ser consideradas no diagnóstico diferencial dessa lesão: cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante (Pindborg) e o tumor odontogênico adenomatóide. (SILVEIRA, D. T., CARDOSO, F. O.; SILVA, B. J. A. CARDOSO, 2016; DOMINGUETE, M. H. L., DOMINGUETE, A. A. S., MATOS, B. H., 2014)

A maioria dos FOs tem um bom prognóstico e pode ser tratada por excisão cirúrgica conservadora por meio do uso de curetagem, enucleação ou excisão (DOMINGUETE, M. H. L., DOMINGUETE, A. A. S., MATOS, B. H., 2014). Muito embora outros autores citaram taxas variáveis de recidivas, que variavam de 6% a 28% para as lesões da mandíbula (GARCIA; CALDEIRA; JOHANN, 2013). No caso exposto, foi realizado uma biópsia excisional da lesão e apresentou boa cicatrização óssea, espera-se que a paciente não apresente recidiva da lesão no futuro.

5 - CONCLUSÕES

Depois de revisado a literatura científica e a observância das características clínicas e radiográficas do caso relatado, pode-se concluir:

a) Trata-se de uma lesão neoplásica benigna, normalmente assintomática, localizada frequentemente na região posterior da mandíbula. Radiograficamente se apresenta bem circunscrita, com imagem radiolúcida e grau variável de radiopacidade. Cujos tratamentos de primeira escolha são a curetagem da lesão.

b) O exame radiográfico é imprescindível para o diagnóstico da lesão, visto que na maioria das vezes, trata-se de uma morbidade assintomática, não apresentando sinais clínicos detectáveis.

c) As características clínicas e radiográficas não definem o fibroma ossificante, sendo o diagnóstico diferencial realizado com outras lesões fibro-ósseas. Portanto, havendo necessidade da biópsia para se chegar ao diagnóstico definitivo da lesão.

d) Várias denominações têm sido sugeridas para designar essa lesão, contudo preferiu-se nomeá-la como fibroma ossificante, seguindo a maioria dos trabalhos consultados.

REFERÊNCIAS

BR, Chrcanovic et al. **Ossificans fibroma center in the maxilla: case report and review of the literature.** 2009. Disponível em: <Av.Odontoestomatol 2011; 27 (1): 33-39>. Acesso em: 02 out. 2009.

CASTRO, Alvimar Lima de; SOUBHIA; Ana Maria Pires; MIYAHARA*, Glauco Issamu. **Fibroma cemento-ossificante central:** relato de caso. 2007. 106 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, São Bernardo dos Campos, Sp, 2005.

CHANG Chia-Chuan, HUNG Hsien-Yen, CHANG Julia Yu-Fong, **Central Ossifying Fibroma:** A Clinicopathologic Study of 28 Cases. 2008. Vol 107. ARTICLE - Curso de Odontologia, Odontológico, National Taiwan University, Taipei, 2007.

DOMINGUETE, M. H. L., DOMINGUETE, A. A. S., MATOS, B. H., DOMINGUETE, P. R., Léon, J. E., OLIVEIRA, L. R. **Case Report: Extensive Presentation of Central Ossifying Fibroma Treated with Conservative Surgical Excision:** Case Reports in Dentistry, v.2014, Article ID 204258, 4 pages, november, 2014.

GARCIA, Bruna Gonçalves; CALDEIRA, Patrícia Carlos; JOHANN, Aline Cristina Batista Rodrigues. **Cellular proliferation markers in peripheral and central fibromas:** a comparative study. 2013. 106-111 f. TCC (Graduação) - Curso de Dentist Gerais, Oral Surgery And Pathology, Federal University Of Minas Gerais, Belo Horizonte, Mg, Brazil, 2012.

HOSSEINI, Farzaneh Agha; MOSLEMI, Elham. **Central ossifying fibroma, periapical cemento-osseous dysplasia and complex odontoma occurring in the same jaw.** 2011. 1 v. TCC (Graduação) - Curso de Dentistry, Oral Medicine, Tehran University Of Medical Sciences, Iran, 2011. Cap. 36.

JAYACHANDRAN, S; SACHDEVA, S. **Cemento-ossifying fibroma of the mandible:** Report of Two Cases. 2010. 56 f. Tese (Doutorado) - Curso de Dentistry, Oral Medicine And Radiology, Tamil Nadu Government Dental College And Hospital Chennai, Tamil Nadu, Índia, 2010.

KRAMER, I., PINDBORG, J., SHEAR, M. **Histological typing of odontogenic tumors.** In: World Health Organization. International histological classification of tumors. Genève; feb., 1992.

MOHAPATRA, Mounabati; BANUSHREE, Cs; NAGARAJAN, K. **Cemento-ossifying fibroma of mandible:** An unusual case report and review of literature. 2015. 19 v. Tese (Doutorado) - Curso de Dentistry, Department Of Oral And Maxillofacial

Surgery, Department Of Pathology And Department Of Radiology, All India Institute Of Medical Science, Bhubaneswar, Odisha, India, 2014.

RAM, R., SINGHAL, A., SINGHAL, P. **Cemento-ossifying fibroma. Contemporary Clinical Dentistry**, v.3, n.1, p.83-5, jan-mar., 2012.

SILVEIRA, D. T., CARDOSO, F. O.; SILVA, B. J. A. CARDOSO, C. A. A., MANZI, F. R. **Fibroma ossificante**: relato de caso clínico, diagnóstico imaginológico e histopatológico e tratamento feito. Revista Brasileira de ortopedia, v.51, n.1, p.100-04, janeiro-fevereiro, 2016.

SHEIKHI, M., MOSAVAT, F., JALALIAN, F., RASHIDIPOOR, R. **Case Report**: Central cementifying fibroma of maxila. Dental Research Journal, v.10, n.1, p.122-25, january, 2013. 16.

SRIDEVI, Ugrappa; JAIN, Ajay; PRASAD, Neeraja Turagam And Mudrakola Durga. **Cemento-Ossifying Fibroma**: A Case Report. 2016. 1 v. Tese (Doutorado) - Curso de Dentistry, Aimst Dental Institute, Aimst University, Semeling, Bedong, Kedah, Malaysia, 2016.

TRIJOLET, J.-p.; PARMENTIER, J.; SURYA, F. **Cemento-ossifying fibroma of the mandible**. 2011. 33 f. Tese (Doutorado) - Curso de Dentistry, Service de Chirurgie Maxillofaciale, Faculté de Médecine de Tours, France, 2010.

VEERAVARMAL V; Madhavan RN; Nassar MM; Amsaveni R. **Central odontogenic fibroma of the maxilla**. J Oral Maxillofac Pathol. 2013;17(2):319.

ANEXOS

1- Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento

Uberaba, 2018.

Eu, Gueis Cristiano Miondo Souza
 CPF: 966.788.446-53 RG: M12-990 843, responsável
 por _____.

Depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos do relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizo, através do presente termo, os acadêmicos Braihann Santos Clemente e Lalesca Tonaco Alves, sob orientação do Professor Paulo Roberto Henrique a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados.

Gueis Cristiano Miondo Souza

Participante da pesquisa (Responsável)

Braihann Santos Clemente

Braihann Santos Clemente

(Responsável pelo Projeto)

Lalesca Tonaco Alves

Lalesca Tonaco Alves

(Responsável pelo Projeto)

2- Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Nome do Trabalho: Fibroma Ossificante Central

RELATO DE CASO

Responsável pelo Projeto: Paulo Roberto Henrique

Conselho Regional nº:12993-MG

Telefone para contato: 34 99699-0389

Endereço: – Uberaba-MG

Instituição: UNIVERSIDADE DE UBERABA

Projeto:

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa na Universidade. O objetivo deste projeto será diagnosticar o tumor Fibroma Ossificante Central. Os dados serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos, tais como apresentações em congressos e publicação de artigos científicos. Seu nome ou qualquer identificações sua(voz, foto, etc) jamais aparecerá.

Pela sua participação no estudo, você não terá nenhum pagamento, e também não terá nenhum custo. Você pode parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para o paciente ou para o seu tratamento/atendimento. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar, ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade será imposta a você, nem o tratamento ou atendimento será alterado ou prejudicado.

Você receberá uma cópia desse termo, assinado pela equipe, onde constam os nomes e os telefones da equipe de pesquisadores, caso você queira ou precise entrar em contato com eles.

ANEXOS

Lucio Cristiano Miranda Souza

Nome do paciente

Paulo Roberto Henrique

Paulo Roberto Henrique- 34 99699-0389

Brahiann Santos Clemente

Brahiann Santos Clemente- 34 99908-7749

Lalesca Tonaco Alves

Lalesca Tonaco Alves- 34 99965-3812