

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

GUSTAVO MARQUES DE OLIVEIRA CHIAVAIOLI

FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL EM MANDIBULA: RELATO DE CASO

Belo Horizonte – MG

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

GUSTAVO MARQUES DE OLIVEIRA CHIAVAIOLI

FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL EM MANDIBULA: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso de especialização em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial apresentado à banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte

2015

GUSTAVO MARQUES DE OLIVEIRA CHIAVAIOLI

FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL EM MANDIBULA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à banca examinadora do curso de Especialização em Cirurgia e  
Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências  
para a obtenção do título de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:

---

Professor Dr. Vladimir Augusto Reimar de Souza Noronha – Orientador  
Universidade Federal de Minas Gerais

---

Professor Dr. Marcelo Drumond Naves - Coorientador  
Universidade Federal de Minas Gerais

---

Professor Dr. Cláudio Rômulo Comunian  
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte – Minas Gerais

2015

Dedico este trabalho aos meus pais Nazzareno Chiavaioli e Ana Lucia Chiavaioli pelo apoio incondicional e dedicação extrema.

## **Agradecimentos:**

Agradeço ao Professor Dr. Vladimir Augusto Reimar de Souza Noronha, pelos ensinamentos compartilhados, ensinamentos estes que ultrapassaram os aspectos técnicos cirúrgicos.

Ao Professor Dr. Marcelo Drumond Naves, que durante o período de residência foi professor/mestre no sentido mais literal da palavra.

Aos professores Dr. Evandro Aguiar e Dr. Claudio Comunian meu muito obrigado pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Dr. André Maia agradeço a dedicação ímpar e, o mais importante, pela amizade construída.

Ao colega de residência e amigo Thiago Barcelos de Figueiredo, agradeço a paciência, conhecimento compartilhado e o aprendizado diário, fundamentais na jornada construída.

Ao Bernardo Botezine agradeço pela receptividade e por ter se tornado um grande amigo.

A todos os colegas de residência meu muito obrigado pela oportunidade de convivência e aprendizado.

A minha noiva Flávia pelo apoio incondicional, fundamental para a concretização deste momento.

A todos os funcionários da FO UFMG pela dedicação.

Ao corpo técnico do Hospital Municipal Odilon Behrens pela paciência e dedicação.

Finalmente agradecimento especial aos pacientes, motivo de todo esforço e dedicação na busca pela excelência.

*“Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe.  
A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância”*

HIPÓCRATES (460<sup>a</sup>.C – 370 A.C).

## Resumo

Lesões fibro-ósseas benignas são processos patológicos comumente encontrados em ossos do esqueleto maxilofacial. O fibroma ossificante verdadeiro é uma entidade rara, com muitos casos previamente relatados sendo reconhecidos hoje como displasia cemento óssea focal. O fibroma ossificante juvenil é uma variante dos fibromas ossificantes, tendo como características peculiares o crescimento rápido, entre 5 – 15 anos, e o comportamento clínico agressivo. O presente trabalho relata um caso de paciente jovem (15 anos), do sexo feminino, com diagnóstico de fibroma ossificante juvenil em região posterior de mandíbula, tratada com ressecção em bloco e reconstrução imediata com enxerto ósseo não vascularizado de crista ilíaca. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem indícios de recidiva da lesão. O fibroma ossificante juvenil que apresenta comportamento clínico agressivo merece atenção especial no seu tratamento, nos casos em que o crescimento é rápido e destrutivo uma abordagem mais agressiva se faz necessário.

**Palavras-chave:** Fibroma ossificante, Lesões de Mandíbula, Enxerto Ósseo.

## **Abstract**

Fibro osseous lesions are pathological processes commonly found in cranial and facial bones. The real ossifying fibroma is a rare entity, with many previously reported cases being recognized today as cemento-ossifying dysplasia. The juvenile ossifying fibroma is a variant of ossifying fibroma, with the peculiar characteristics rapid growth, between 5-15 years, and the aggressive clinical behavior. This paper reports a case of a young female patient (15 years) with diagnosis of juvenile ossifying fibroma in the posterior mandible, treated with bloc resection and immediate reconstruction with bone graft non vascularized of iliac crest. The patient is being followed up, without evidence of recurrence. The juvenile ossifying fibroma presenting aggressive clinical behavior deserves special attention in their treatment, where growth is fast and destructive a more aggressive approach is needed.

**Key-words:** Ossifying Fibroma, Mandible, Mandible Injuries, Bone Grafting.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Imagem do exame clínico extra e intra bucal da paciente pré operatório.

Figura 2 – Imagem do trans-operatório.

Figura 3 – Imagem do trans-operatório evidenciando a ressecção da lesão

Figura 4 – Imagem da peça cirúrgica.

Figura 5 – Imagem do laudo anatomopatológico.

Figura 6 – Imagem do exame clínico extra – oral pós operatório.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
FO	Faculdade de Odontologia
FOJ	Fibroma ossificante juvenil
HE	Hematoxilina e Eosina
HMOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. Objetivo Geral .....	14
2.2. Objetivos Específicos .....	14
3. METODOLOGIA .....	15
4. RESULTADOS .....	16
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26
ANEXO 1.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
ANEXO 2.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Lesões fibro-ósseas benignas do complexo craniofacial são representados por uma variedade de lesões que são caracterizadas por ossificação patológica e calcificações em associação com um elemento fibroblástico hipercelular (Reddy et al.2014).

As lesões fibro-ósseas dos ossos cranianos e faciais são geralmente benignos e tendem a crescer lentamente. As lesões benignas tem características histopatológicas semelhantes à displasia fibrosa, fibroma ossificante e displasia cemento-ossificante. Os fibromas-ossificantes são subdivididos em duas entidades, o fibroma ossificante convencional e o juvenil (Keles et al. 2010).

Fibromas ossificantes verdadeiros são relativamente raros, com muitos casos previamente relatados sendo reconhecidos hoje como displasia cemento-óssea focal (NEVILLE 2008), descrito pela primeira vez em 1927 por Montgomery (Maria et al. 2013).

De acordo com a nova classificação da Organização Mundial de Saúde, os fibromas-ossificantes que aparecem com rápido crescimento de massa entre 5 e 15 anos de idade, imaginologicamente bem delimitada, e compatível histologicamente com fibroma ossificante, são referidos como Fibroma Ossificante Juvenil (Keles et al. 2010).

O termo “fibroma ossificante juvenil” foi primeiramente usado por Johnson em 1952 para descrever formas agressivas de fibroma ossificante que ocorriam nos ossos craniofaciais de crianças (Maria et al. 2013).

O fibroma ossificante juvenil é uma lesão controversa que tem sido distinguida do grupo maior de fibromas ossificantes com base na idade dos pacientes, nos locais mais comuns de envolvimento e no comportamento clínico (NEVILLE 2008).

O FOJ é visto em 85% dos casos em ossos faciais, 12% em ossos do neuro crânio e raramente, apenas 3% em osso extra craniano. Das lesões localizadas em face, 90% são encontradas no seio maxilar e apenas 10% acometem o osso mandibular (Keles et al. 2010).

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1. Objetivo Geral**

Revisar a literatura e relatar um caso clínico de fibroma ossificante juvenil.

### **2.2. Objetivos Específicos**

**2.2.1.** Relatar o diagnóstico e tratamento proposto de uma lesão em localização rara.

**2.2.2.** Avaliar a reconstrução imediata quanto ao reestabelecimento de função e estética.

### **3. METODOLOGIA**

Para realização da revisão de literatura foram utilizados banco de dados para busca de artigos científicos como, por exemplo: Portal Capes e Pubmed. As palavras chaves utilizadas para busca foram: Ossifying Fibroma, Mandible, Mandible Injuries, Bone Grafting.

### **4. CASO CLÍNICO**

#### **4.1. Paciente**

A paciente P.S.C, 15 anos, sexo feminino, leucoderma, foi encaminhada ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CTBMF) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG), onde foi realizado exame clínico e pré-operatórios.

#### **4.2. Aspectos éticos e legais**

A paciente assinou, juntamente com o responsável, termo de consentimento livre esclarecido relativo ao procedimento cirúrgico proposto, bem como a utilização de dados e fotos para fins educacionais e científicos.

#### **4.3. Cirurgia**

Foi realizada ressecção em bloco da lesão com fixação interna rígida com placa de reconstrução do sistema 2.4mm procedendo com a reconstrução imediata com enxerto ósseo não vascularizado de crista ilíaca.

#### **4.4. Peça Cirúrgica**

A peça cirúrgica foi enviada ao laboratório de patologia bucomaxilofacial da FO UFMG para análise anatomopatológica.

#### **4.5. Acompanhamento pós operatório**

A paciente permanece em acompanhamento pós-operatório com 11 meses de proervação com ausência de recidiva.

## 5. RESULTADOS

Os resultados foram escritos na forma de artigo na língua portuguesa e será submetido à *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*.

### 5.1. Artigo 1

FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO.

JUVENILY OSSIFYING FIBROMA OF MANDIBLE: A CASE REPORT.

Gustavo Marques de Oliveira Chiavaioli<sup>1</sup>, Thiago Barcelos Figueiredo<sup>1</sup>, Maria Cassia Ferreira de Aguiar<sup>2</sup>, Marcelo Drumond Naves<sup>2</sup>, Vladimir Augusto Reimar de Souza Noronha<sup>3</sup>

1 – Especializando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil;

2 – Professor do Departamento de Cirurgia, Patologia e Clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil;

3 – Professor do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Autor correspondente:

Gustavo Marques de Oliveira Chiavaioli

Rua Henrique Cabral número 380, Apartamento 403

Bairro São Luiz / Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais

Brasil, cep:31270-760

+55 31 99400-2513

Email: gustavochiavaioli@gmail.com

## RESUMO

Lesões fibro-ósseas benignas são processos patológicos comumente encontrados em ossos do esqueleto maxilofacial. O Fibroma Ossificante verdadeiro é uma entidade rara, com muitos casos previamente relatados sendo reconhecidos hoje como displasia cemento óssea focal. O Fibroma Ossificante Juvenil é uma variante dos fibromas ossificantes, tendo como característica peculiar, o crescimento rápido, entre 5 – 15 anos e o comportamento clínico agressivo. O presente trabalho relata um caso de paciente jovem (15 anos), do sexo feminino, com quadro de Fibroma Ossificante Juvenil em região posterior de mandíbula, tratada com ressecção em bloco e reconstrução imediata com enxerto de osso ilíaco. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem indícios de recidiva da lesão. O fibroma ossificante juvenil que apresenta comportamento clínico agressivo merece atenção especial no seu tratamento, nos casos em que o crescimento é rápido e destrutivo uma abordagem mais agressiva se faz necessário.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fibroma ossificante, Lesões de Mandíbula, Enxerto Ósseo.

## ABSTRACT

Fibro osseous lesions are pathological processes commonly found in cranial and facial bones. The real ossifying fibroma is a rare entity, with many previously reported cases being recognized today as cemento-ossifying dysplasia. The juvenile ossifying fibroma is a variant of ossifying fibroma, with the peculiar characteristics rapid growth, between 5-15 years, and the aggressive clinical behavior. This paper reports a case of a young female patient (15 years) with diagnosis of juvenile ossifying fibroma in the posterior mandible, treated with bloc resection and immediate reconstruction with bone graft non vascularized of iliac crest. The patient is being followed up, without evidence of recurrence. The juvenile ossifying fibroma presenting aggressive clinical behavior deserves special attention in their treatment, where growth is fast and destructive a more aggressive approach is needed.

**KEYWORD:** Ossifying Fibroma, Mandible, Mandible Injuries, Bone Grafting.

## INTRODUÇÃO

Lesões fibro-ósseas benignas do complexo craniofacial são representados por uma variedade de lesões que são caracterizadas por ossificação patológica e calcificações em associação com um elemento fibroblástico hipercelular (Reddy et al. 2014)<sup>1</sup>.

As lesões fibro-ósseas dos ossos cranianos e faciais são geralmente benignas e tendem a crescer lentamente. As lesões benignas têm características histopatológicas semelhantes à displasia fibrosa, fibroma ossificante e displasia cemento-ossificante. Os fibromas-ossificantes são subdivididos em duas entidades, o fibroma ossificante convencional e o juvenil (Keles et al. 2010)<sup>2</sup>.

Fibromas ossificantes verdadeiros são relativamente raros, com muitos casos previamente relatados, sendo reconhecidos hoje como displasia cemento – óssea focal (NEVILLE 2008)<sup>3</sup>. Foi descrito pela primeira vez em 1927 por Montgomery (Maria et al. 2013)<sup>4</sup>.

De acordo com a nova classificação da Organização Mundial de Saúde, os fibromas-ossificantes que aparecem com rápido crescimento de massa entre 5 e 15 anos de idade, radiologicamente bem delimitada, e compatível histologicamente com fibroma ossificante, são referidos como Fibroma Ossificante Juvenil (Keles et al. 2010)<sup>2</sup>.

O termo “fibroma ossificante juvenil” foi primeiramente usado por Johnson em 1952 para descrever formas agressivas de fibroma ossificante que ocorriam nos ossos craniofaciais de crianças (Maria et al. 2013)<sup>4</sup>.

O FOJ é uma lesão controversa que tem sido distinguida do grupo maior de fibromas ossificantes com base na idade dos pacientes, nos locais mais comuns de envolvimento e no comportamento clínico (NEVILLE 2008)<sup>3</sup>.

O fibroma ossificante juvenil é visto em 85% dos casos em ossos faciais, 12% em ossos do neuro crânio e raramente, apenas 3% em osso extra craniano. Das lesões localizadas em face, 90% são encontradas no seio maxilar e apenas 10% acometem o osso mandibular (Keles et al. 2010)<sup>2</sup>.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de fibroma ossificante juvenil tratado com ressecção em bloco e enxertia óssea imediata de osso ilíaco.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente P.S.C, 15 anos de idade, sexo feminino, leucoderma. Foi encaminhada a Faculdade de Odontologia da UFMG (FO UFMG) para avaliação de tumefação em região posterior de mandíbula à direita. Foi realizada biopsia prévia, com diagnóstico histopatológico de cisto ósseo aneurismático. Ao exame clínico observa-se tumefação em região mandibular direita, movimentos mandibulares preservados, ausência de queixas álgicas, sem exposição de tecido ósseo em cavidade oral. Ao exame tomográfico observou-se imagem hipodensa, multilocular, estendendo-se da região de terceiro molar até a região de primeiro pré-molar inferior, com importante processo de reabsorção da cortical basilar da mandíbula. Foi então realizada biópsia incisional, com laudo histopatológico compatível com lesão fibro-óssea benigna, que quando associado às características clínicas da lesão permitiu a confirmação do diagnóstico de Fibroma Ossificante Juvenil.

Com base no diagnóstico, novos exames laboratoriais foram solicitados a fim de se investigar possíveis alterações nos níveis dos reguladores metabólicos da atividade óssea e hormonal, já que pacientes que apresentam lesões de crescimento rápido e envolvimento de tecido ósseo podem apresentar síndromes associadas a alterações na regulação de mediadores hormonais que controlam o metabolismo ósseo.

Tendo em vista se tratar de uma lesão extensa, de crescimento rápido e comprometimento mandibular considerável, o planejamento consistiu na realização de um procedimento cirúrgico que visasse à completa exérese da lesão ao mesmo tempo que permitisse devolver à paciente função e estéticas consideráveis no pós-operatório. Foi realizada tomografia computadorizada de face do tipo multi slice para posterior confecção de modelos estereolitográficos. Com a realização do protótipo foi possível melhor delimitação das margens cirúrgicas, pré-moldagem do sistema de fixação, que seria utilizado no momento do procedimento, além de permitir um melhor dimensionamento do enxerto ósseo a ser removido da crista ilíaca.

Para garantir a completa remoção da lesão e tendo em vista seu potencial agressivo optou-se pela ressecção em bloco da região mandibular afetada. A fim de promover

uma melhor estética e função optou-se pela reconstrução imediata com enxerto ósseo não vascularizado de crista ilíaca da região ressecada. A grande vantagem de se realizar a reconstrução imediata é a possibilidade de devolver função e estética em apenas um tempo cirúrgico.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral, a lesão foi completamente removida através de ressecção em bloco e procedeu-se fixação mandibular com placa do sistema de 2.4mm pré-moldada com auxílio de protótipos estereolitográficos. Enxerto ósseo não vascularizado de crista ilíaca foi removido e fixado aos segmentos mandibulares através de mini placas do sistema 2.0mm. A peça cirúrgica ressecada foi enviada para análise anatomopatológica e os cortes histológicos mostraram numerosas áreas mineralizadas, de formato irregular, trabecular, por vezes de aspecto psmomatóide.

A paciente permaneceu em acompanhamento pós-operatório imediato. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial na FO UFMG, com 11 meses de follow up e não se observa recidivas da lesão, também não houve perda da função mandibular e a paciente não apresenta queixas estéticas.

## DISCUSSÃO

A maior parte das lesões fibro-ósseas da mandíbula são assintomáticas e progridem lentamente, mas uma apresentação clínica incomum de crescimento agressivo e destrutivo pode ser observada em pacientes mais jovens com idade inferior a 15 anos (Rao et al. 2012)<sup>5</sup>.

Os casos que apresentam crescimento agressivo e destrutivo, geralmente são observados em pacientes mais jovens, e apresentam taxa de recidiva considerável (Shaik et al. 2015)<sup>6</sup>.

A conduta clínica e o prognóstico do fibroma ossificante juvenil são incertos. Um índice de 30 a 58% de recidivas têm sido relatados nos casos de fibroma ossificante juvenil. Transformações malignas não têm sido documentadas (NEVILLE 2008)<sup>3</sup>.

A agressividade do fibroma ossificante juvenil junto com altas taxas de recidivas, sugere que a lesão deva ser tratada como uma neoplasia localmente agressiva.

Ressecção em bloco é o tratamento de escolha para lesões agressivas, e se o tratamento cirúrgico adequado não for feito uma alta taxa de recorrência é observada, principalmente na fase inicial, recidiva essa que se mostra mais agressiva quando comparada ao primeiro episódio. Recorrências são observadas em um período que varia de 6 meses a 19 anos, por isso um longo período de acompanhamento se faz necessário (Reddy et al. 2014)<sup>1</sup>.

Na maior parte dos casos o tratamento cirúrgico mais conservador como enucleação e curetagem são os de primeira escolha. Alguns casos requerem uma abordagem cirúrgica mais agressiva. No entanto a literatura relata que não houve diferença nos resultados entre os pacientes tratados com cirurgia mais conservadora e aqueles onde a abordagem foi mais radical (Slootweg et al. 1990)<sup>7</sup>.

Fibroma ossificante juvenil agressivo, com taxa de crescimento rápido, afinamento cortical ou perfuração, deslocamento dentário e reabsorção radicular, pode apresentar recidiva precoce se não forem tratados por ressecção em bloco (Maria et al. 2013)<sup>4</sup>.

Quando se opta pela abordagem mais agressiva e uma ressecção em bloco é realizada é preciso pensar na reconstrução deste segmento para o não comprometimento estético e funcional do paciente.

A reconstrução bem sucedida dos defeitos de continuidade da mandíbula é um componente essencial e ainda desafiador no tratamento das patologias maxilofaciais. A literatura mundial tem mostrado que reconstruções tardias apresentam melhores resultados quando comparadas às abordagens reconstrutivas imediatas. Os resultados confirmam a hipótese de que através da seleção cuidadosa do paciente a reconstrução imediata com enxerto ósseo não vascularizado é um método de tratamento previsível. Alguns estudos apresentam taxa de sucesso próximas a noventa por cento dos casos (Schlieve et al. 2015)<sup>8</sup>.

Resultados mostram que a reconstrução tardia apresenta melhores resultados quando comparadas à reconstrução imediata, apesar disso a tendência a uma abordagem reconstrutiva imediata tem sido cada vez mais discutida e aceita. Os enxertos ósseos vascularizados são uma boa opção quando se pensa em reconstrução imediata. Para os defeitos mandibulares de até 6cm o enxerto ósseo

não vascularizado se mostra como a melhor opção, quando estes defeitos são maiores que 9cm os mesmos devem ser utilizados com cautela (POGREL et al 1997)<sup>9</sup>.

A crista ilíaca deve ser a primeira escolha para reconstruções que envolvam o ângulo ou corpo mandibular que necessitem grande manipulação de tecido mole (IONE 2015)<sup>10</sup>.

A ressecção intrabucal de patologia benigna e reconstrução imediata com enxerto ósseo não vascularizado é uma opção viável de tratamento, com taxas de sucesso próximas àquelas publicadas para a reconstrução tardia. A grande vantagem é a realização de um único procedimento minimizando a duração total do tratamento e reestabelecendo uma função dentária normal (Schlieve et al. 2015)<sup>8</sup>.

O termo fibroma ossificante tem sido utilizado para descrever lesões clinicamente e microscopicamente heterogêneas. A devida identificação dessas entidades distintas é importante não só para fins acadêmicos, mas também, mais importante, para o diagnóstico adequado e terapêutica eficaz (El-Mofty et al. 2002)<sup>11</sup>.

Dois neoplasmas diferentes têm sido relatados com mesmo termo e existe discordância quanto ao espectro do que deveria ser aceito como fibroma ossificante juvenil. Embora as duas formas demonstrem características clínicas e histopatológicas diferentes, vários autores aceitam que existam dois padrões de fibroma ossificante juvenil: **trabecular** e **psamomatóide**. Embora ambos os padrões revelem características radiográficas e padrões de crescimento semelhantes, a forma trabecular é diagnosticada em pacientes mais jovens. A média de idade em que é feito o diagnóstico do fibroma ossificante juvenil trabecular é de aproximadamente 11 anos, enquanto a idade dos pacientes diagnosticados com a variante psamomatóide é de 22 anos (NEVILLE 2008)<sup>3</sup>.

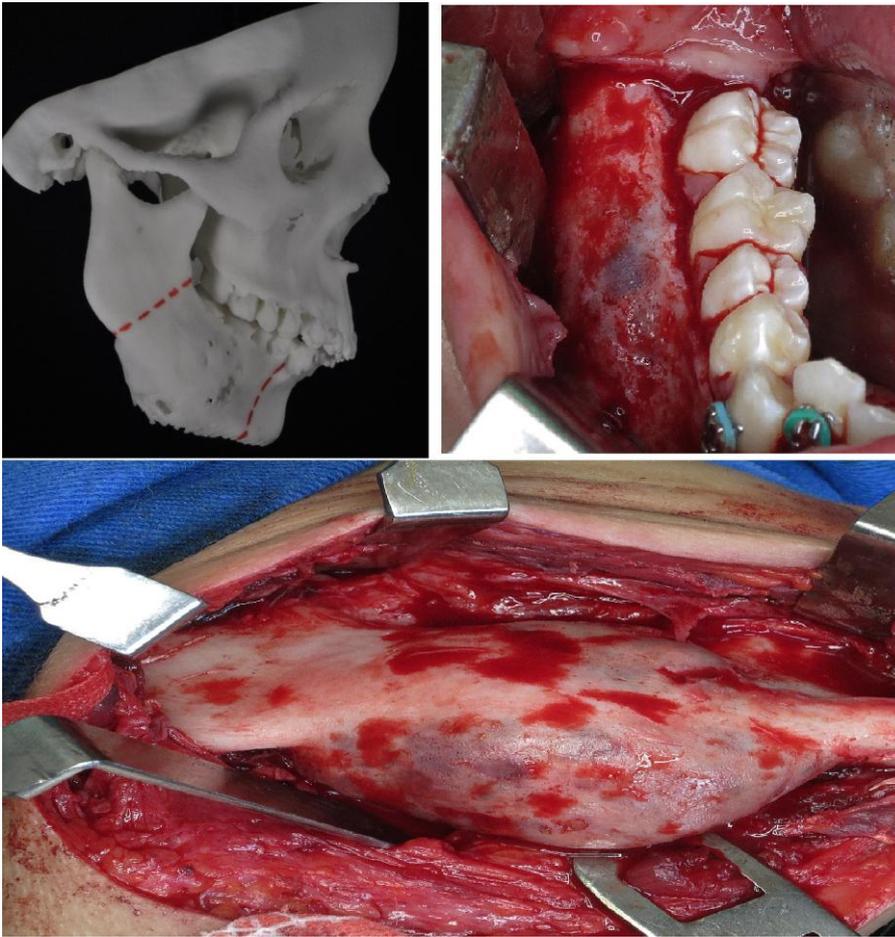
## CONCLUSÃO

As lesões fibro-ósseas benignas tendem a crescer lentamente, entretanto o fibroma ossificante juvenil pode apresentar características clínicas e comportamento agressivo, com crescimento rápido e comprometimento de estruturas craniofaciais como, por exemplo, os ossos maxilares.

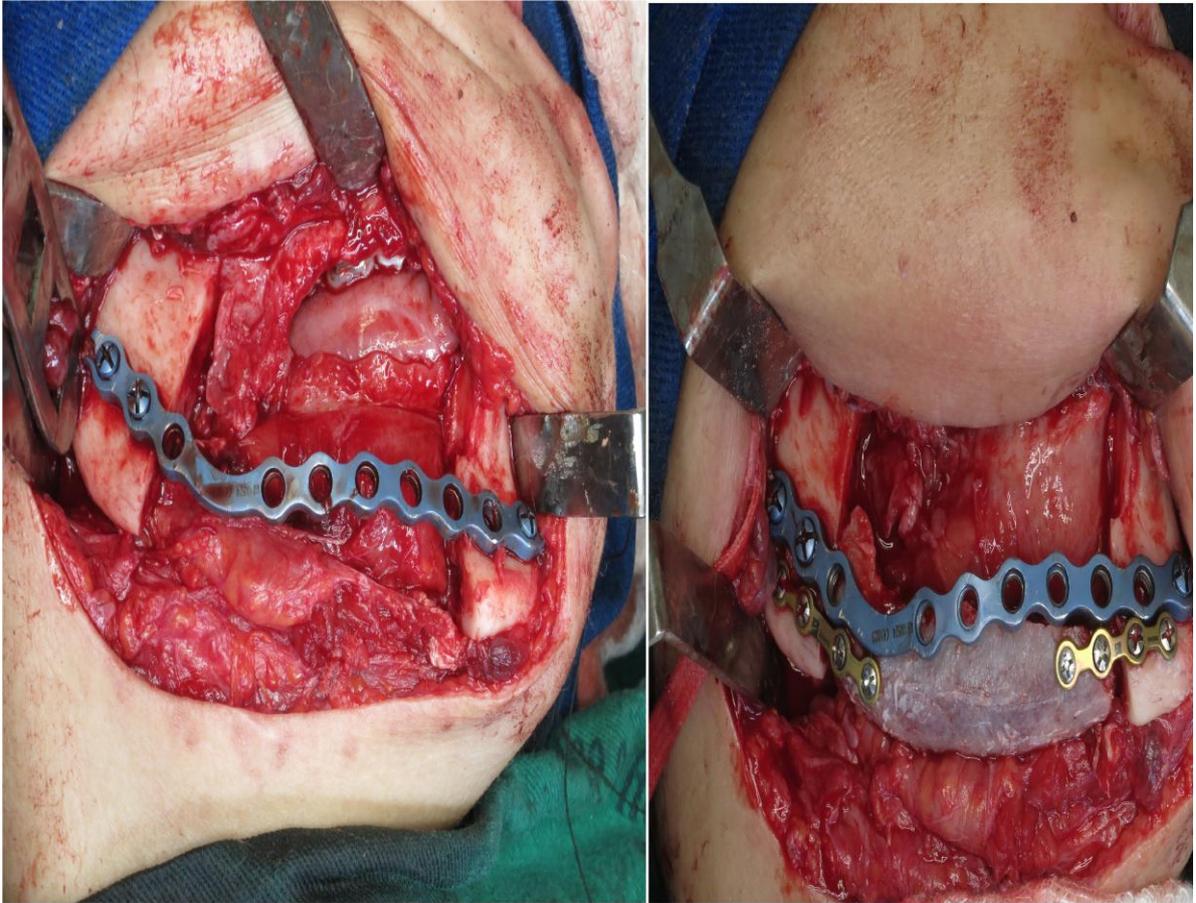
O fibroma ossificante juvenil que apresenta comportamento clínico agressivo merece atenção especial no seu tratamento. Na maioria das vezes uma abordagem cirúrgica mais conservadora é o procedimento de escolha, mas nos casos em que o crescimento é rápido e destrutivo uma abordagem mais agressiva se faz necessária.

**Figuras**

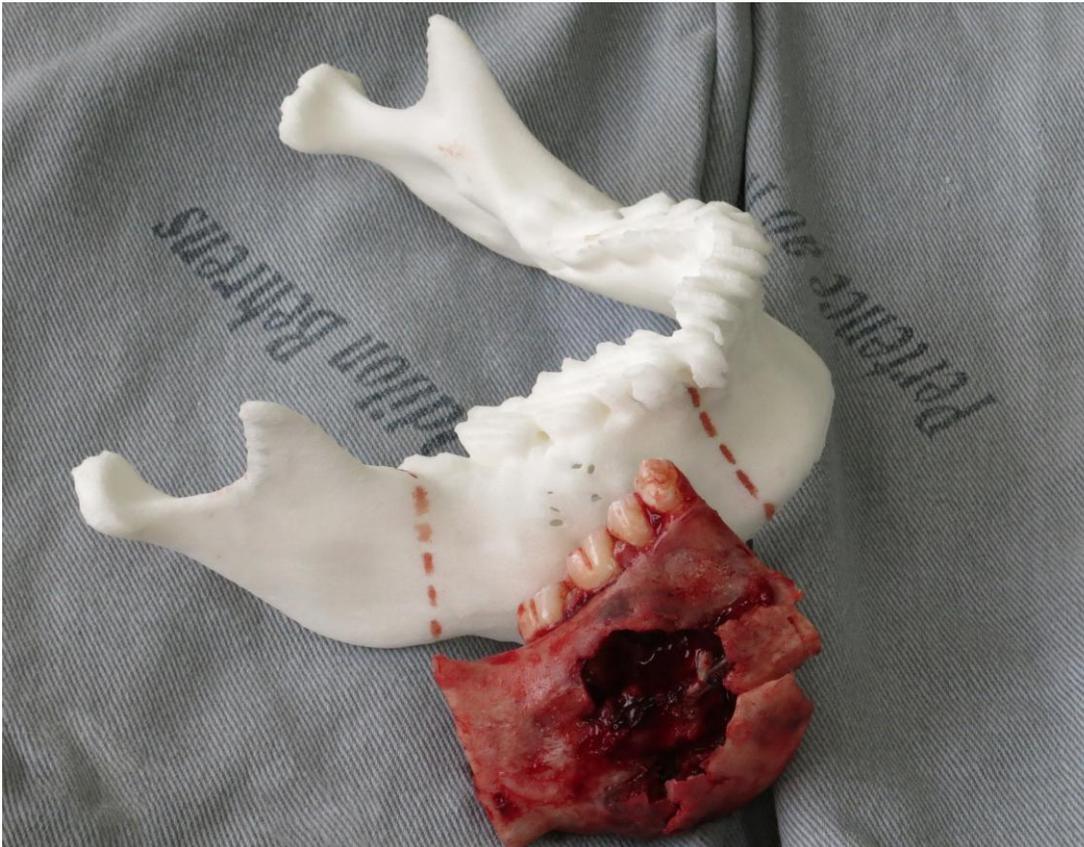
**Figura 1** – A) Imagem extra oral observa-se tumefação em região posterior de mandíbula a direita causando assimetria facial. B) Imagem intra-bucal da região posterior de mandíbula, observa-se cicatriz pós-operatória decorrente da biopsia incisional. C) Reconstrução tridimensional mostrando reabsorção óssea importante na região posterior de mandíbula. D) Região posterior de mandíbula apresentando tumefação importante.



**Figura 2** – A) Modelo estereolitográfico confeccionado após realização de tomografia de face. B) Imagem intra-bucal após exposição da lesão. C) Imagem extra-oral da lesão após realização do acesso risdon estendido.



**Figura 3** – A) Acesso extra-oral mostrando adaptação do material de fixação após ressecção mandibular. B) Adaptação do enxerto ósseo não vascularizado de crista ilíaca.



**Figura 4 – A)** Peça anatômica correspondente a região posterior de mandíbula direita, contendo os dentes 47,46,45 e 44 após ressecção do tumor.


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**  
 Av.: Antônio Carlos, 6627 Sala 3202 Pampulha  
 Belo Horizonte-MG 31270-901 Fone: (31) 3409-2479 Fax: (31) 3409-2430  
 e-mail: patobucal@mail.odonto.ufmg.br

**RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO**

CÓDIGO: 32710  
 Paciente: Pamela da Silva Carlos  
 Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: 16 anos

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Profissional: sUS-BH/Ambulatório Odontológico/ Hospital Municipal "Odilon Behrens": Dr. Leonardo A. Costa

Tipo de Material: Tecido duro

Tipo de Lesão: Tumor

Localização: Região corpo mandibular direito (dente 43 a 48)

Diagnóstico Clínico: Fibroma ossificante juvenil?

**MACROSCOPIA:**

O material recebido para exame consta de uma peça cirúrgica da região posterior de mandíbula, apresentando rompimento da cortical vestibular e expansão da basilar, medindo 55 x 55 x 25mm. Uma peça foi enviada para descalcificação. E também um fragmento de tecido mole, formato trapezoidal, superfície irregular, coloração amarronzada, consistência borrachóide, medindo 25 x 10 x 0,5mm. Um fragmento foi enviado para inclusão.

**MICROSCOPIA:**

Os cortes histológicos mostram numerosas áreas mineralizadas, de formato irregular, trabecular, por vezes de aspecto psamomatóide. Estas áreas encontram-se entremeadas por células fusiformes e ovóides. Margens posterior e anterior encontram-se livres. Acompanha tecido linfóide reativo.

**DIAGNÓSTICO** Lesão fibro-óssea benigna, sugestivo de fibroma ossificante juvenil.

Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2014

\_\_\_\_\_  
 Dra. Maria Auxiliadora V. Carmo  
 CRO/MG - 7.777

  
 Dra. Maria Cássia F. Aguiar  
 CRO/MG - 13.052

\_\_\_\_\_  
 Dr. Ricardo A. Mesquita  
 CRO/MG - 21.189

\_\_\_\_\_  
 Dr. Ricardo S. Gomez  
 CRO/MG - 15.331

\_\_\_\_\_  
 Dra. Tarcília A. Silva  
 CRO/MG - 20.690

**Figura 5** – Laudo anatomopatológico da peça cirúrgica enviada ao Laboratório de Patologia da FO UMFG



**Figura 6** – A) Foto extra-oral 2 semanas pós operatórias. B) Foto extra-oral 32 semanas pós operatórias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REDDY A., REDDY K., PRAKASH A., AJINIKANTH R., VIDHYAOHARI P. Juvenile Ossifying Fibroma With Aneurysmal Bone Cyst: a case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, vol.8, nº10, p. 2001 – 2003, 2014.
2. KELES B., OURAN M., AZIMOV Y., DEMIRKAN A., ESEN H. Juvenile Ossifying Fibroma of the Mandible: a case report. *Journal Oral Maxillofacial Research*, vol.10, nº2, E5, 2010.
3. NEVILLE BRAD W., DAMM DOUGLAS D., ALLEN CARL M., BOUQUOT JERRY E., Patologia Oral e Maxilofacial 2ed, 540-543, 2008.
4. MARIA A., SHARMA Y., MALIK M. Juvenile Ossifying Fibroma of Mandible: a case report. *Journal Maxillofacial Oral Surgery*, vol.12, nº4, p. 447 – 450, oct – dec 2013.
5. RAO S., OANDRIYAL R., SADRA G., SHARNA H., AGARWAL U., PANDIT N. Psammomatoid Juvenile Aggressive Ossifying Fibroma Mandible. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, vol.3, issue 1, jan – jun 2012.
6. SHAIK M., BABU T., PRABHUSEKHAR P., MURTHY V. Juvenile Ossifying Fibroma of the Maxilla: a case report. *Journal Maxillofacial Oral Surgery*, vol.14 (suppl 1), p. S69 – S72, 2015.
7. SLOOTINEG P., MULLER H. Juvenile Ossifying Fibroma Report of Four Cases. *Journal Cranio Maxillo-facial surgery*, vol.18, p. 125 – 129, 1990.
8. SCHLIEVE T., HULL W., MILORD M., ROLOKYTHAS A. Is Immediate Reconstruction of the Mandible With Nonvascularized Bone Graft Pathology a Viable Treatment Option? *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, vol.73, p. 541 – 549, 2015.
9. POGREL M., POOLESH S., ANTHONY J., ALEXANDER J. A Comparison of Vascularized and Nonvascularized Bone Grafts for Reconstruction of Mandibular Continuity Defects. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, vol.55, p. 1200 – 1206, 1997.
10. IONIE S., HERLE P., PADDLE A., PRADHAN N., BIRCH T., SHAYAN R. Mandibular Reconstruction: meta-analysis of iliac – versus fibula – free flaps. *In: anzjsurg.com*
11. EL-MOFTY S. Psammomatoid and Trabecular Juvenile Ossifying Fibroma of the Craniofacial Skeleton: two distinct clinicopathologic entities. *Oral Surgery Oral Medicine Athology Oral Radiology Endodontes*, vol.93, p. 296 – 304, 2002.

## ANEXO 1

**HOSPITAL MUNICIPAL  
ODILON  
BEHRENS**

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS  
TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Eu, Luciana da Silva Carlos, CI MG. 13.188.125,  
responsável pelo(a) paciente: Pamela da Silva Carlos  
(grau de parentesco e ou responsabilidade): matrno, concordo com  
a indicação, pela equipe médica do HMOB, do processo cirúrgico:  
EXERESE de TUMOR em mandíbula

Telefone de contato: ( 31 ) 9812-3613.

Belo Horizonte, 10 de Dezembro de 2014

Luciana da Silva Carlos  
Assinatura do responsável pelo(a) paciente.

Pela equipe médica do HMOB: \_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

## ANEXO 2

FICHA CLÍNICA DE PATOLOGIA, ESTOMATOLOGIA E RADIOLOGIA II  
AUTORIZAÇÃO

Eu, Luciana da Silva Carlos,  
por este instrumento de autorização por mim assinado, responsabilizo-me pelas informações fornecidas e dou pleno consentimento à FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS para, por intermédio de seus professores, alunos e estagiários devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento de minha pessoa.

Concordo também que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos e antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, à qual dou plenos direitos de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação, preservado o meu direito de não-identificação.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2014

Luciana da Silva Carlos  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Documento apresentado Indentidade Nº MG-33.388.325

Obs: Para pacientes menores é exigida a assinatura do Responsável (Maior de Idade)