



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



LARISSA RODRIGUES MARTINS

**FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL: RELATO
DE CASO CLÍNICO**

UBERLÂNDIA

2017

LARISSA RODRIGUES MARTINS

FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduada em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gabriella Lopes de Rezende Barbosa

UBERLÂNDIA

2017

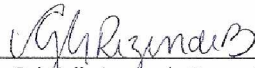


**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

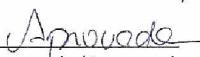
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Larissa Rodrigues Martins** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia seis de julho de 2017, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Larissa Rodrigues Martins, COM O TÍTULO: "FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL: RELATO DE CASO CLÍNICO"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.


Uberlândia, 06 de julho de 2017



Profa. Dra. Gabriella Lopes de Rezende Barbosa
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Aprovado/Reprovado



Profa. Dra. Leticia Resende Davi
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



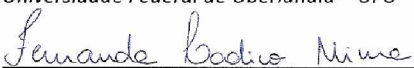
Aprovado/Reprovado




Prof. Dr. Paulo César de Freitas Santos Filho
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Aprovado/Reprovado



Fernanda Ladico Miura
Aluno de Doutorado – PPGO/UFU



Aprovado/Reprovado

AGRADECIMENTOS

Melhor que conquistar algo é saber reconhecer em meio à euforia da conquista aqueles que nos ajudaram a chegar até ali. Todos que passam por nós contribuem de certa maneira para o nosso crescimento, mas há ainda aqueles que se destacam de uma forma muito especial. A conclusão desta etapa realmente me faz ter grandes motivos para agradecer. A minha gratidão mais sincera devo primeiramente a Deus, por me capacitar, guiar todos os meus passos, trilhar tão perfeitamente o meu caminho e por me permitir sonhar e realizar os meus sonhos.

Aos meus pais, e aqui incluo os quatro - Cleber, Dulci, Ivair e Eliana-, obrigada por fazerem do meu sonho o seu, por não medirem esforços e se sacrificarem para que eu chegasse onde estou hoje, vivendo comigo todas as alegrias, tristezas e angústias, por serem o meu porto seguro em todas as situações. Aos meus irmãos e à toda a minha família, muito obrigada por sempre me apoiarem e encherem a minha vida de alegria.

A todos os queridos professores, agradeço por ensinarem de forma tão brilhante e por fazerem do aprendizado não um trabalho, mas uma satisfação. A Odontologia só é maravilhosa por terem pessoas como vocês, que nos ensinam não só o racional, mas também a amar e respeitar a nossa profissão. Em especial à minha orientadora Gabriella, a quem agradeço por toda dedicação e apoio a mim prestados, por se colocar sempre pronta para ajudar e por se mostrar não apenas como professora, mas uma amiga. Agradeço ainda ao meu co-orientador Luiz Fernando, por tão gentilmente ceder seu caso e se colocar à disposição para qualquer necessidade.

Aos meus pacientes, sou muito grata por confiarem em minhas mãos para que eu pudesse realizar meu trabalho e adquirir experiência. Agradeço ainda a todos os funcionários e técnicos que, com seu trabalho, contribuíram para a minha formação. Aos meus amigos, em especial àqueles que fiz na faculdade e que estiveram sempre presentes durante esses cinco anos, obrigada por tornarem a caminhada mais leve e a rotina menos cansativa, especialmente minhas amigas Luana, Fernanda e Bárbara, por estarem comigo desde o início e por permanecerem. Finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram para essa conquista, o meu mais sincero agradecimento.

*“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.”
Mahatma Gandhi*

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Resumo | 6 |
| Abstract | 7 |
| Introdução | 8 |
| Relato de caso clínico | 11 |
| Discussão | 16 |
| Conclusão | 19 |
| Referências bibliográficas | 20 |
| Anexo – Certificado de apresentação do trabalho | 22 |

RESUMO

O fibroma ossificante juvenil (FOJ) é uma lesão fibro-óssea benigna incomum que acomete principalmente adultos jovens e adolescentes. Além da faixa etária dos indivíduos acometidos, o FOJ distingue-se de outras lesões fibro-ósseas por fatores como o comportamento clínico e os locais mais comuns de ocorrência. São descritas na literatura duas variantes denominadas de FOJ trabecular e FOJ psamomatoide que se distinguem histologicamente e em suas características clínico-patológicas. A Organização Mundial de Saúde, em publicação sobre tumores de cabeça e pescoço em 2005, descreve o FOJ como uma lesão comumente observada em indivíduos abaixo dos 15 anos de idade, que quando acomete os ossos gnáticos, localiza-se preferencialmente em maxila, sendo incomum sua apresentação em mandíbula. O relato de caso a seguir, trata-se de uma paciente do sexo feminino, com 12 anos de idade, feoderma, que compareceu ao Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia queixando-se de aumento volumétrico em mandíbula do lado esquerdo com evolução de cerca de três meses. Após a realização dos exames clínico, imaginológico e histopatológico, foi diagnosticada lesão compatível com fibroma ossificante juvenil. A paciente foi submetida à cirurgia para exérese da lesão e posterior instalação de placa de reconstrução mandibular. Não foram verificadas complicações pós operatórias e a mesma se encontra em acompanhamento de oito anos e não apresenta sinais de recidiva.

ABSTRACT

Juvenile ossifying fibroma (JOF) is an uncommon benign fibro-osseous lesion that mainly affects young adults and adolescents. Besides to the patient's age, JOF distinguishes itself from other fibro-osseous lesions by some factors such as clinical behavior and the most common sites of occurrence. Two variants are described in the literature: trabecular and psammomatoid. They can be distinguished by their clinical and histological characteristics. The 2005 document regarding head and neck tumors published by the World Health Organization describes JOF as a lesion seen in people under 15 years old in most cases located in the maxilla when it affects gnathic bones, being uncommon its presentation in the mandible. In the present report, a female patient, 12 years old, afro-caucasian, attended the School of Dentistry of the Federal University of Uberlândia complaining about an asymptomatic swelling of the left side of mandible with three months of evolution. After clinical radiographic and histopathological examinations, the diagnosis was juvenile ossifying fibroma. The patient underwent surgery to remove the lesion with subsequent placement of a mandibular reconstruction plate. The patient didn't have postoperative complications and the eight year follow-up shows no signs of recurrence and satisfactory healing and aesthetics.

INTRODUÇÃO

As lesões fibro-ósseas são um grupo de lesões que se caracterizam por promover a substituição do osso normal por tecido conjuntivo fibroso e tecido mineralizado³. Dentre estas lesões está o Fibroma Ossificante, um tumor fibro-ósseo benigno raro que acomete a região craniofacial, podendo ser subdividido em convencional e juvenil de acordo com suas características clínico-patológicas^{13,8}.

O fibroma ossificante convencional é uma lesão de crescimento lento, assintomático e que possui predileção pelo gênero feminino, entre 3^a e 4^a décadas de vida, afetando preferencialmente a mandíbula na região de pré-molares e molares^{20,15}. Geralmente, o fibroma ossificante não é acompanhado por sintomatologia e só é notado em exames de rotina ou em casos em que há expansão óssea e consequente assimetria facial. O tratamento tende a ser conservador e raramente há recorrências^{16,22}.

Em contrapartida, o fibroma ossificante juvenil (FOJ) é uma lesão com padrão de crescimento rápido e agressivo, que acomete principalmente, mas não exclusivamente, pacientes jovens e adolescentes. Há divergência quanto à predileção por sexo, pois há autores sugerindo maior acometimento em pacientes do sexo masculino^{18, 23,25}, enquanto outros sugerem acometimento em ambos os sexos, sem predileção^{1,12}. Clinicamente, o FOJ pode se apresentar como uma expansão óssea rápida e assintomática que leva a uma assimetria facial. Não há presença de sinais inflamatórios ou infecciosos e raramente há parestesia ou dor. Pode ocasionar quadros de epistaxe, exoftalmia, obstrução nasal e em raros casos, envolvimento craniano decorrente da infiltração da lesão nos maxilares, seios paranasais ou órbita^{17,14}.

Radiograficamente apresenta-se uma lesão mista uni ou multilocular com áreas radiopacas que podem ser bem demarcadas ou não, a depender da quantidade de tecido mineralizado e geralmente há presença de um pequeno halo esclerótico entre o tumor e o tecido ósseo saudável. Nos casos mais

agressivos pode haver perfurações da cortical óssea. A lesão consiste predominantemente de tecidos moles, com uma quantidade variável de calcificações internas^{18,7}.

De acordo com suas características histopatológicas, o FOJ pode ser subdividido em duas variantes distintas: fibroma ossificante juvenil psamatóide e fibroma ossificante juvenil trabecular segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde de 2005. Apesar de muitos pesquisadores considerarem tais subtipos apenas como variantes histopatológicas de um mesmo tumor há estudos sugerindo que essas lesões possam representar duas entidades clínico-patológicas distintas^{20,25,12}.

A variante trabecular ocorre tipicamente em crianças e adolescentes menores de 15 anos, com uma média de 11 anos de idade^{2,25}. A lesão ocorre quase exclusivamente nos ossos gnáticos, acometendo com mais frequência a maxila¹ sendo que poucos casos de mandíbula foram relatados e, raramente há ocorrências em localizações extragnáticas. Microscopicamente, é composto por tecido conjuntivo fibroso e trabéculas irregulares de osso neoformado com grande quantidade de osteócitos⁵.

Em contraste, a variante psamatóide ocorre principalmente em ossos craniofaciais extragnáticos, preferencialmente nos seios paranasais e nos ossos periorbitários, podendo causar exoftalmia, sinusite e sintomas nasais. Ela ocorre em uma população um pouco mais velha quando comparado ao trabecular, geralmente entre 16 e 33 anos de idade, com uma idade média de 22 anos^{2,25}. Microscopicamente, é também formado por tecido conjuntivo fibroso, mas se difere da forma trabecular em relação ao padrão de calcificação uma vez que há formação de pequenas e arredondadas matrizes osteóides na forma de corpos psamomatosos⁵.

O diagnóstico diferencial do FOJ geralmente se faz com lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida-radiopaca como displasia fibrosa, tumor odontogênico calcificante, osteosarcoma e cisto odontogênico calcificante^{6,22}. Portanto, o diagnóstico do FOJ se inicia pela observação de

alguns fatores, a exemplo da idade do paciente, história e comportamento da lesão, estabelecendo uma correta correlação entre achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos. Ao contrário do subtipo convencional, as taxas de recorrência do FOJ são altas e se devem principalmente à remoção incompleta do tumor, podendo variar de 30% a 58% dos casos^{1, 7, 21}. Apesar das altas taxas de recorrências relatadas, não há relatos de transformação maligna dessas lesões²³.

O tratamento para o FOJ pode variar de acordo com a agressividade do tumor. No menos agressivo, geralmente opta-se por uma cirurgia conservadora que inclui curetagem e excisão local da lesão. Já em casos de tumores com altas taxas de crescimento, fragilidade da cortical óssea, deslocamento dentário ou reabsorção radicular, há autores que indicam ressecção em bloco com margens conservadoras associada ou não ao uso de enxertos ósseos e placas de reconstrução^{6,24}. É de suma importância manter o paciente em preservação clínica e radiográfica por períodos prolongados, uma vez que as taxas de recorrências se mostram consideravelmente altas⁷.

Assim, o objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de FOJ em mandíbula de uma paciente com 12 anos de idade, assim como seu tratamento e acompanhamento clínico e radiográfico por um período de oito anos.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 12 anos de idade, feoderma, compareceu ao Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia queixando-se de aumento volumétrico em mandíbula do lado esquerdo com evolução de aproximadamente três meses. Ao exame clínico locorregional extraoral, apresentava significativa assimetria facial, com aumento de volume na região de corpo e borda inferior da mandíbula com o envolvimento do espaço submandibular esquerdo, porém sem sinais de infecção (Figura 1A). No exame intra-oral, observou-se aumento da cortical óssea vestibular com integridade da mucosa (Figura 1B).

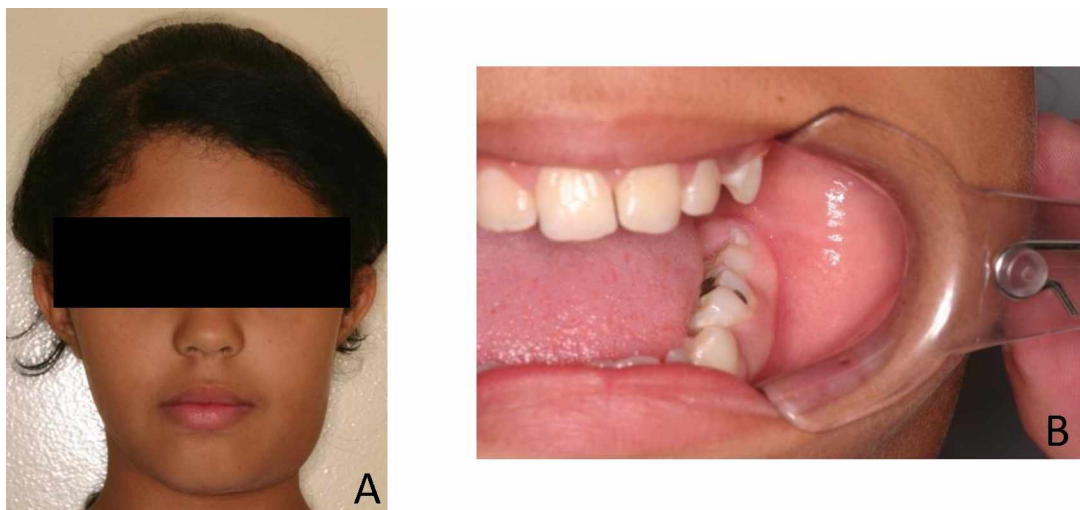


Figura 1: Observa-se aumento volumétrico mandibular do lado esquerdo em vista extraoral (A) e integridade da mucosa em vista intraoral (B).

Foi realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico (Figura 2) que evidenciou uma lesão expansiva unilocular hipodensa com focos hiperdensos em seu interior, presença de bordas definidas e levemente escleróticas, envolvendo o lado esquerdo mandibular desde a região distal do segundo pré-molar inferior, acometendo ângulo mandibular, e se estendendo até região de ramo ascendente.

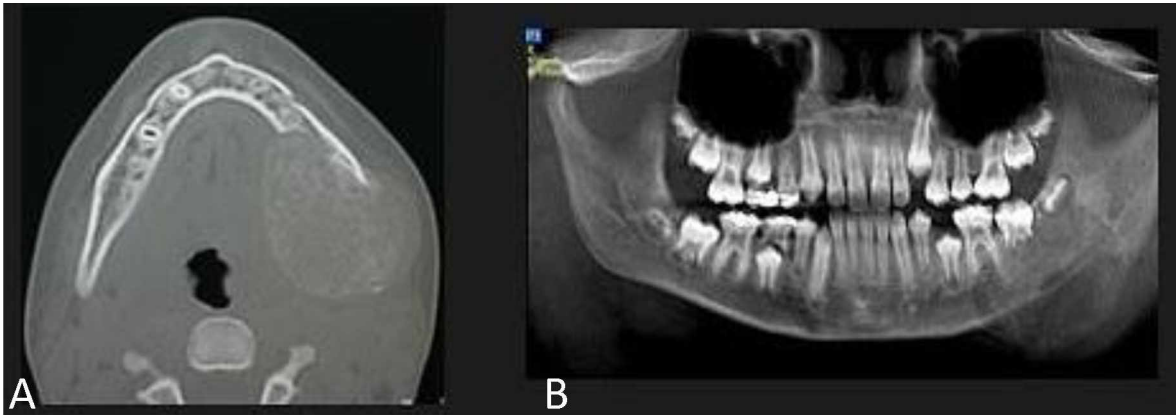


Figura 2: Reconstrução axial (A) e reconstrução panorâmica (B) baseadas em tomografia computadorizada de feixe cônico. Observa-se lesão unilocular hipodensa em região de corpo e ângulo mandibular do lado esquerdo.

Foi realizada uma biópsia incisional com acesso extraoral em centro cirúrgico e o material coletado da lesão, descrito como um fragmento de tecido duro com superfície lisa, medindo aproximadamente 12x7mm, foi encaminhado para análise histopatológica. Microscopicamente, observaram-se fragmentos de lesão composta por tecido conjuntivo denso desorganizado, com grande quantidade de fibroblastos, permeado por formações osteóides arredondadas na forma de psamomas com osteócitos entrepostos. Assim, o resultado do laudo foi de lesão fibro-óssea benigna compatível com fibroma ossificante juvenil psamomatóide. (Figura 3).

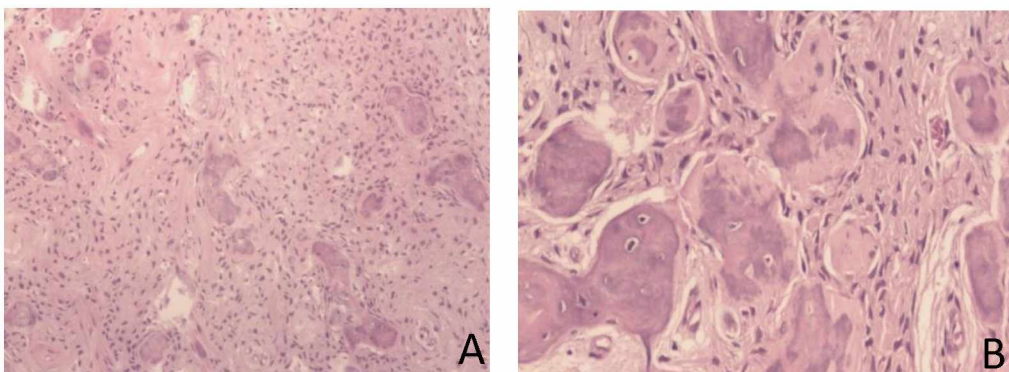


Figura 3 – Exame histopatológico mostrando a presença de tecido conjuntivo fibroso permeado por formações osteóides arredondadas. Aumento em 10x (A) e em 40x (B).

Diante dos achados clínicos, tomográficos e histopatológicos, o diagnóstico final foi fibroma ossificante juvenil e o tratamento indicado foi remoção cirúrgica com ressecção marginal à lesão. Em centro cirúrgico, sob anestesia geral, a paciente foi submetida à exérese da lesão através de acesso

cirúrgico extraoral submandibular. Pode-se observar transcirurgicamente que a lesão possuía limites definidos e consistência fibrosa endurecida medindo aproximadamente 6cm x 5cm (Figura 4).

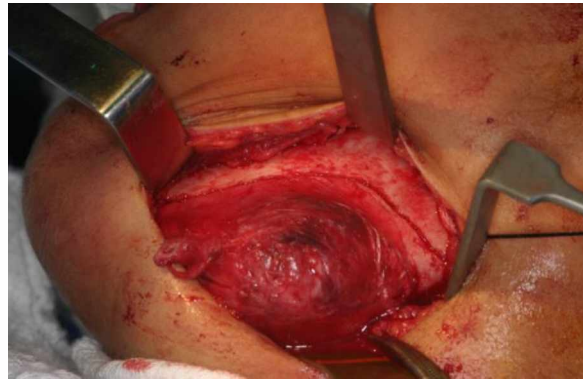


Figura 4 – Acesso cirúrgico extraoral submandibular e aspecto transcirúrgico: lesão única de limites definidos e consistência fibrosa endurecida medindo aproximadamente 6cm x 5cm.

Realizou-se ressecção marginal com preservação da cortical lingual e basal à lesão. Foi feita instalação de placa de reconstrução mandibular em “L” com sete furos (Sistema Locking 2.4), utilizando quatro parafusos de 8mm (Figura 5). Procedeu-se, então, à sutura e ao curativo compressivo na região. Foi realizado controle clínico e radiográfico e não foram observadas complicações pós-operatórias (Figura 6). Após a cirurgia, a paciente queixou-se de parestesia na região.

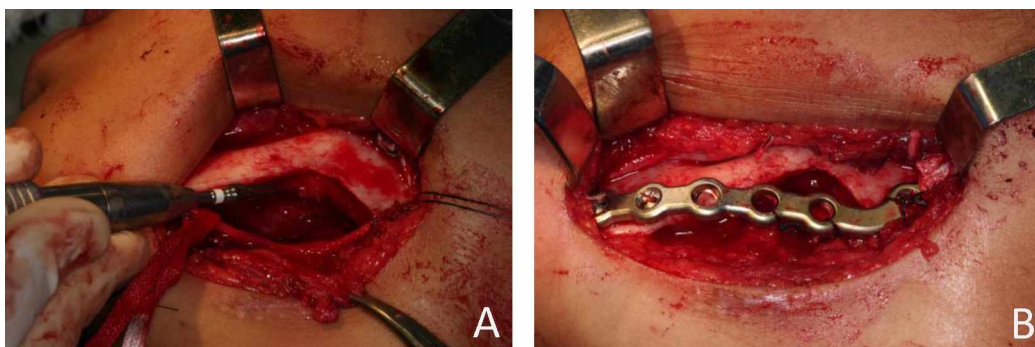


Figura 5 – Regularização das margens após remoção da lesão (A) e instalação de placa de reconstrução mandibular em “L” (B).

Quatro meses após a cirurgia foi realizada radiografia panorâmica e observou-se neoformação óssea na região de interesse. A paciente relatou melhora da parestesia e seguiu em acompanhamento.



Figura 6 – Radiografia panorâmica realizada quatro meses após cirurgia de excisão da lesão. Observa-se boa cicatrização e neoformação óssea na região de interesse, bem como a presença e integridade da placa de reconstrução mandibular.

Um ano após a cirurgia, houve suspeita de recidiva no local e nova biópsia incisional foi realizada. Dessa vez realizou-se acesso intraoral na região retromolar e duas peças medindo 10x5mm foram coletadas e encaminhadas para análise histopatológica. O laudo mostrou-se inconclusivo, portanto optou-se por acompanhar o caso e não realizar nova intervenção cirúrgica.

No retorno sete anos após a cirurgia, realizou-se tomografia computadorizada de feixe cônico para avaliação da região de interesse e pode-se observar boa cicatrização com satisfatória neoformação óssea (Figura 7). Também pode-se constatar a necessidade de exodontia dos terceiros molares (18, 28, 38 e 48). A paciente foi submetida à remoção dos quatro dentes, inclusive do dente 38 na região em que havia a lesão. Durante a exodontia observou-se normalidade do tecido ósseo na região retromolar do lado esquerdo.



Figura 7: Tomografia computadorizada de feixe cônico realizada sete anos após a cirurgia - reconstruções sagital (A), axial (B) e coronal (C), evidenciando normalidade do tecido da região de interesse, bem como boa formação óssea.



Figura 8: Aspecto atual da paciente: Vista frontal (A) e lateral (B). Observa-se boa simetria facial, bem como discreta cicatriz na região de incisão extraoral.

DISCUSSÃO

O FOJ, também conhecido como fibroma ossificante agressivo juvenil, consiste em um neoplasma fibro-ósseo benigno incomum que se distingue de outras lesões fibro-ósseas em decorrência da faixa etária dos indivíduos acometidos, locais mais comuns de ocorrência e comportamento clínico. Essa lesão atinge principalmente adultos jovens e adolescentes com médias de idade que se diferenciam entre as duas variantes. A variante psamomatóide afeta pacientes com maior média de idade (22 anos) quando comparada à trabecular (11 anos)^{2,25}. Já o presente trabalho apresenta uma paciente de 12 anos acometida por um FOJ psamomatóide, idade significativamente menor que a média dessa variante e abaixo da faixa etária dos 16 aos 33 anos.

Com relação à incidência por sexo, existe certa divergência, alguns autores relatam que há uma ligeira predileção de ambas as variantes pelo sexo masculino^{18,23,25}, já outros consideram que ambos os sexos são igualmente acometidos^{1,12}. As duas variantes histológicas do FOJ se diferenciam basicamente em relação ao seu padrão de mineralização. De uma forma geral, entende-se que a variante trabecular apresenta um padrão de mineralização em forma de trabéculas^{2,5} e atinge principalmente os ossos gnáticos, sendo a maxila mais acometida e poucos casos de mandíbula são relatados^{1,12,25}. Ao passo que a variante psamomatóide acomete, em mais de 70% dos casos, ossos extragnáticos e seios da face²⁵ e apresenta histologicamente um padrão de mineralização em forma de esferas, ou corpos psamomatosos^{2,5}, como pode ser observado no exame histopatológico do presente caso (Figura 3). O presente caso se difere dos padrões descritos na literatura, uma vez que a lesão apresentada do tipo psamomatóide acomete mandíbula, o que é bastante incomum.

Radiograficamente, o FOJ geralmente se apresenta como uma lesão circunscrita unilocular radiolúcida com quantidade variável de focos radiopacos, a depender da quantidade de mineralização sofrida. Em alguns casos, podem ser observadas opacificações com aspecto de “vidro despolido” e quando atingem seios paranasais, podem ter um aspecto mais radiopaco, criando uma imagem que pode ser confundida com sinusite^{18,7}. Ao exame tomográfico,

geralmente observa-se lesão hipodensa de bordos definidos, com focos hiperdensos. Os aspectos radiográficos e tomográficos descritos na literatura coincidem com o que foi observado no caso relatado. Vale ressaltar a importância do exame tridimensional para observar-se os reais limites da lesão, bem como seu conteúdo interno e realizar assim o correto planejamento cirúrgico.

Com relação ao comportamento clínico-patológico, o FOJ se mostra como uma lesão de rápida evolução em ambas as variantes^{1,19,21}. Tal comportamento pode gerar a errada impressão que se trata de uma lesão maligna, daí a importância de um correto diagnóstico, associando os exames clínico, imaginológico e histológico, além de fatores como idade do paciente e história da lesão. O caso apresentado corrobora tais informações uma vez que a paciente relatou rápida evolução, cerca de três meses, e observou-se significativa assimetria facial nesse breve período.

A etiologia da lesão não é bem esclarecida, mas há estudos que demonstram a presença de pontos de quebra cromossômica não-aleatórios em pacientes acometidos pela variante psamatóide. Não há estudos similares a respeito da variante trabecular²⁵. O tratamento preconizado é geralmente a excisão cirúrgica conservadora, com curetagem marginal à lesão. Para os casos mais agressivos alguns autores recomendam excisão em bloco, associada ou não a enxerto, placas de reconstrução e quando há perda de elementos dentários, posterior inserção de implantes ósseo-integrados^{6,24}.

Para a realização do tratamento, deve-se levar em consideração, além do grau de evolução da lesão, fatores como o estágio de desenvolvimento crânio-facial, o emocional do paciente e suas relações psicossociais uma vez que a abordagem pode influenciar diretamente sua qualidade de vida, tanto no aspecto funcional quanto em suas relações sociais, visto que o FOJ afeta basicamente pacientes jovens.

No caso apresentado, o tratamento de escolha foi a excisão com ressecção marginal à lesão, a fim de eliminar todo o tecido correspondente ao FOJ, diminuindo as chances de recidiva. O tratamento adotado considerado conservador, mostrou-se bastante eficaz pois a paciente oito anos após a

remoção cirúrgica não apresenta recorrência da lesão. Vale ressaltar que tão importante quanto o tratamento abordado, é também a preservação clínica e radiográfica durante um longo período de tempo, visto que essa patologia apresenta grandes taxas de recorrência^{1,7,21}. A paciente continua em acompanhamento para garantir o sucesso do tratamento: ausência de recidiva, integridade da placa de reconstrução mandibular, boa estética da região de incisão extraoral e satisfação do paciente com a evolução do caso.

CONCLUSÃO

O caso relatado apresenta características bastante incomuns quando observadas as prevalências de acometimento do FOJ descritas na literatura. Além disso, pode-se concluir que o tratamento mais conservador escolhido mostrou-se efetivo uma vez que promoveu remoção total da lesão, com ausência de recidivas, boa simetria facial e discreta cicatriz na região da incisão extraoral. O prolongado acompanhamento desse caso ao longo de oito anos pós-operatórios foi de fundamental importância em decorrência das altas taxas de recidiva dessa patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville B.W.; Damm D.D.; Allen C.M.; Bouquot JR. Patologia Oral & Maxilofacial. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Dean, J.A.; MC Donald, R.E. ; Avery, D.R. Odontopediatria: Odontologia Para Crianças E Adolescentes – 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
3. Waldron C.A.; Giansanti J.S. Benign fibro-osseous lesions of the jaws: A clinical-radiologic-histologic review of sixty-five cases. II. Benign fibro-osseous lesions of periodontal ligament origin. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 35(3): 340-350; Mar., 1973.
4. Toro C.; Millesi W.; Zerman N.; Robiony M.; Politi M. A case of aggressive ossifying fibroma with massive involvement of the mandible: Differential diagnosis and management options. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra. 1(2):167-172; June., 2006.
5. Regezi, J.A.; Sciubba, J.J. ; Jordan, R.C. K. Patologia Oral: Correlações clínico- patológicas - 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
6. Slootweg P.J. Maxillofacial fibro-osseous lesions: classification and differential diagnosis. Semin Diagn Pathol. 13(2): 104–112. May., 1996.
7. Figueiredo, L.M.G. et al. Aspectos atuais no diagnóstico e tratamento do fibroma ossificante juvenil. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.41, nº 2, p. 99-102. Abril/maio/junho, 2012.
8. Shaik, M. et al. Juvenile Ossifying Fibroma of the Maxilla: A Case Report. J. Maxillofac. Oral Surg. 14(Suppl 1):S69–S72. Mar., 2015.
9. Peterson, B.R.; Nelson, B.L. Juvenile Active Ossifying Fibroma. Head and Neck Pathol; 9:384–386. Sept., 2015.
10. Babaji, H.V. et al. Juvenile Aggressive Ossifying Fibroma of the Maxilla: A Case Report. Journal of International Oral Health; 6 (5):108-110. June., 2014.
11. Slootweg, P.J.; Panders, A.K.; Nikkels, P.G.J. Psammomatoid ossifying fibroma of the paranasal sinuses. An extragnathic variant of cementossifying fibroma. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery. 21: 294-297. Oct., 1993.
12. Nogueira, R.L.M. et al. Fibroma ossificante juvenil localizado em mandíbula: relato de caso e breve revisão da literatura. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial, Camaragibe v.9, n.1, p. 25 – 32. Jan./mar., 2009.

13. Waldron C.A. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 51(8):828-835. Aug., 1993.
14. Khoury N.J.; Naffaa L.N.; Shabb N.S. Juvenile ossifying fibroma: CT and MR findings. *Eur Radiol.* 12:109–113. Dec., 2002.
15. Charles A.W. Doenças do osso: Neville B.W.; Damm D.D.; Allen C.M.; Bouquot J.E., editors. *Oral and maxillofacial pathology.* 2 ed. Philadelphia: Saunders; p. 511–553, 2002.
16. Martín-Granizo R.; Sanchez-Cuellar A.; Falahat F. Cemento-ossifying fibroma of the upper gingivae. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 122(5):775. May., 2000.
17. Wells D.L.; Kaplan K. Pathologic quiz case: a 10-year-old boy with swelling of the left maxilla. *Arch Pathol Lab Med.* Vol 127:359-360. Aug., 2003.
18. Johnson L.C.; Yousefi M.; Vinh T.N.; Heffner D.K.; Hyams V.J.; Hartman K.S. Juvenile active ossifying fibroma: Its nature, dynamics and origin. *Acta Otolaryngol. Suppl.* 448:1-40, 1991.
19. El-Mofty, S. Cemento-ossifying fibroma and benign cementoblastoma. *Semin Diagn Pathol.* 16(4):302-307. Nov., 1999.
20. Brannon, R.B.; Fowler, C.B. Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. *Adv Anat Pathol.* 8(3):126-143. May., 2001.
21. Saiz-Pardo-Pinos, A.J.; Olmedo-Gaya, M.V.; Prados-Sánchez, E.; Vallecillo-Capilla, M. Juvenile ossifying fibroma: a case study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 9(5):456-458, 454-456. Nov., 2004.
22. Silveira, D.T. et al. Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imagiológico e histopatológico e tratamento feito. *Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition),* Volume 51, Issue 1, Pages 100-104. Jan./Feb., 2016
23. Rinaggio, J.; Land, M.; Cleveland, D.B. Juvenile ossifying fibroma of the mandible. *J Pediatr Surg.* 38(4):648-650. Apr., 2003.
24. Papadaki, M.E.; Troulis, M.J.; Kaban, L.B. Advances in Diagnosis and Management of Fibro-Osseous Lesions. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am.* 17(4): 415-434. Nov., 2005.
25. Neville, B.W.; Damm, D.D.; Allen, C.M.; Bouquot, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial.* Trad. 3ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ANEXO – Certificado de apresentação do trabalho



38ª JORNADA ODONTOLÓGICA DE RIBEIRÃO PRETO
Prof.^a Dr.^a Suzie Aparecida de Lacerda



CERTIFICADO

Certificamos que **MARTINS, L.R.*; FURTADO, Lair Mambrini***; DURIGHETTO JR, A. F.***; BARBOSA DE PAULO, L. F.****; DE REZENDE BARBOSA, G.L.*****, apresentaram o trabalho intitulado **“FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL: RELATO DE CASO CLÍNICO”**, modalidade Paineis na 38ª Jornada Odontológica de Ribeirão Preto (JORP), promovida pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – FORP/USP, no dia 21 de outubro de 2016.

Thair Pedrinhi dos Santos
Presidente da 38ª JORP

Pedro Franco Ferreira
Vice-Presidente da 38ª JORP

Giovani A. Rodrigues
Delegacia Científica

Realização: 