



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

MARIA LETÍCIA OLIVEIRA XAVIER

FIBROMA ODONTOGÊNICO CENTRAL EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE – PB

2019

MARIA LETÍCIA OLIVEIRA XAVIER

FIBROMA ODONTOGÊNICO CENTRAL EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka

CAMPINA GRANDE – PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

X3f Xavier, Maria Leticia Oliveira.
Fibroma odontogênico central em mandíbula [manuscrito] :
Relato de caso / Maria Leticia Oliveira Xavier. - 2019.
35 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka
, Coordenação de Curso de Biologia - CCBS."
1. Tumores odontogênicos. 2. Mandíbula. 3. Fibroma
odontogênico central. I. Título
21. ed. CDD 616.994 31

MARIA LETÍCIA OLIVEIRA XAVIER

FIBROMA ODONTOGÊNICO CENTRAL EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO

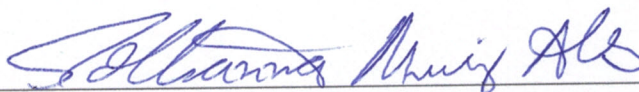
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

Aprovado em: 04/12/19


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Daniela Pita de Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

Ao meu eterno cunhado, **Neto Gonçalves** (*in memoriam*), um grande exemplo, um grande amigo, um grande pai, fundamental na minha construção como pessoa e na minha construção profissional.

Aos meus mestres e à **Universidade Estadual da Paraíba**, meus pilares.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, onipotente e onipresente, que me amparou em todos os momentos em que achei que iria desistir e que foi meu refúgio quando eu não tinha mais a quem recorrer.

Ao **Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka**, que me orientou e guiou nesta árdua trajetória que é a graduação e, por vezes, foi mais que um professor.

Ao professor **Ilky Pollansky Silva e Farias**, responsável pela execução da cirurgia e acompanhamento da paciente citada no presente caso clínico.

Às técnicas do Laboratório de Histopatologia Oral do Departamento de Odontologia da UEPB, **Ana Luzia Araújo Batista e Denize Núbia Souza**, por toda disponibilidade e auxílio na execução deste trabalho.

A minha mãe, **Albaneide Oliveira**, que tanto batalhou para que eu pudesse concluir um curso superior, que fez o possível e o impossível para me manter e não deixar nada faltar.

A minha família, pai e irmãs, que colaboraram direta e indiretamente com a conclusão do meu curso, com recursos financeiros e palavras de conforto.

A minha amiga, **Dayanne Souza**, que esteve comigo desde o início, me apoiou nesse sonho, me amparou e me aconselhou sempre que possível, e que mesmo com a distância física conseguiu se fazer presente.

A minha dupla de clínica, **Joyce Dantas**, que foi meu braço de apoio em todos os meus momentos de aflição, que me proporcionou muitas alegrias e que me apoiou em todas as minhas decisões.

Aos meus grandes amigos, **Andressa Melo, Anny Tavares, Gustavo Freitas, Luiz Alberto e Samir Medeiros**, que me proporcionaram tantas alegrias e que me fizeram seguir adiante em todas as etapas da minha graduação.

A minha mãe do coração, **Socorro**, que se fez abrigo para mim em todos os sentidos.

A todos os meus familiares, que de alguma forma me ajudaram, mas principalmente financeiramente.

Aos pacientes, que me aceitaram e respeitaram quando pouco eu poderia fazer, que acompanharam com paciência meus primeiros passos e confiaram cegamente em meu trabalho.

Aos meus eternos amigos do ensino médio, **Alisson, Caroline, Daniella, Emmanuele, Esdras e Nathalie** que me apoiaram na escolha desse curso e me incentivaram a seguir em frente mesmo diante dos obstáculos.

Ao **Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) UEPB/ CNPq**.

Aos meus amigos, **Rodolfo e Laylla**, que foram responsáveis pela manutenção da minha saúde mental nessa trajetória final.

A mim mesma, por todo esforço, dedicação e perseverança frente a todos os desafios.

RESUMO

RESUMO

O fibroma odontogênico central (FOC) é uma neoplasia benigna mesenquimal rara, representando menos de 5% de todos os tumores odontogênicos, com ampla distribuição em relação à idade dos pacientes. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de FOC localizado em mandíbula e discutir aspectos relacionados à etiopatogênese, características clinicopatológicas, diagnóstico diferencial e tratamento da lesão. Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de um aumento de volume indolor e de crescimento lento, localizado em mandíbula. Ao exame intraoral, verificou-se um discreto aumento de volume, de limites pouco precisos, estendendo-se da região posterior do corpo ao ramo da mandíbula, do lado esquerdo, recoberto por mucosa íntegra. Exame de tomografia computadorizada demonstrou lesão hipodensa unilocular de limites bem definidos, com focos hiperdensos em seu interior, associada ao dente 38 não irrompido. A lesão, medindo aproximadamente 4,5 cm de diâmetro, provocava adelgaçamento de corticais ósseas. Sob a hipótese diagnóstica de tumor odontogênico epitelial calcificante, foi realizada uma biópsia incisiva. A análise histopatológica revelou tecido conjuntivo fibroso moderadamente celularizado, com fibras colágenas organizadas de forma predominantemente densa. Em áreas do tecido conjuntivo, destacava-se a presença de ocasionais ilhas e cordões de epitélio odontogênico aparentemente inativo. Com base nesses achados, foi estabelecido o diagnóstico de FOC. O tratamento consistiu na enucleação da lesão e curetagem do osso periférico, com remoção dos dentes associados. Nenhum sinal de recorrência foi observado após 14 meses de excisão cirúrgica. A paciente permanece em acompanhamento clínico e radiográfico.

Palavras-chave: Tumores odontogênicos; Mandíbula; Patologia.

ABSTRACT

ABSTRACT

Central odontogenic fibroma (COF) is a rare benign mesenchymal neoplasm, representing less than 5% of all odontogenic tumors, with wide distribution in relation to the age of the patients. The aim of this work is to report a case of FOC located in the mandible and discuss aspects related to etiopathogenesis, clinicopathological characteristics, differential diagnosis and treatment of the lesion. A 60-year-old female patient was referred for evaluation of a painless, slow-growing swelling in the mandible. Intraoral examination revealed a slight volume increase, with ill-defined limits, extending from the left side of the posterior mandible to the ramus, covered by normal mucosa. Computed tomography showed unilocular hypodense lesion with well-defined limits, with hyperdense foci inside, associated with unerupted tooth #38. The lesion, measuring approximately 4.5 cm in diameter, caused thinning of the cortical bone. Under the diagnostic hypothesis of calcifying epithelial odontogenic tumor, an incisional biopsy was performed. Histopathological analysis revealed moderately cellular, fibroblastic connective tissue with predominantly dense organized collagen fibers. In areas of the connective tissue, occasional islands and strands of apparently inactive odontogenic epithelium could be observed. Based on these findings, the diagnosis of COF was established. The treatment consisted of enucleation of the lesion and peripheral bone curettage, with extraction of the associated teeth. No signs of recurrence were observed after 14 months of surgical excision. The patient remains under clinical and radiographic follow-up.

Keywords: Odontogenic tumors; Mandible; Pathology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1. A) Imagem hipodensa unilocular, com focos hiperdensos em seu interior, associada ao dente 38, estendendo-se do ramo ascendente da mandíbula à raiz distal do dente 36. B e C) Cortes axiais destacando o adelgaçamento das corticais ósseas e os focos hiperdensos no interior da lesão.....	19
Figura 2. A) Fotomicrografia revelando tecido conjuntivo fibroso moderadamente celularizado, com fibras colágenas organizadas de forma predominantemente densa (H/E, 200x). B) Destaque para as ilhas e cordões de epitélio odontogênico em meio ao tecido conjuntivo fibroso (H/E, 200x).....	20
Figura 3. Radiografia panorâmica de controle pós-operatório de 14 meses, evidenciando aumento da radiopacidade óssea local.....	21

SUMÁRIO

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	16
2 RELATO DO CASO	19
3 DISCUSSÃO	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE	34

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O fibroma odontogênico é uma neoplasia benigna rara, caracterizada por tecido conjuntivo fibroso maduro com quantidades variáveis de epitélio odontogênico aparentemente inativo (MOSQUEDA TAYLOR *et al.*, 2011; HRICH *et al.*, 2012; VAN HEERDEN; KUSAMA; NEVILLE, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece duas variantes clínicas dessa lesão: uma intraóssea, denominada de fibroma odontogênico central (FOC), e outra extraóssea, designada de fibroma odontogênico periférico (FOP) (VAN HEERDEN; KUSAMA; NEVILLE, 2017).

O FOC apresenta ampla distribuição em relação à idade dos pacientes, com prevalência discretamente maior em indivíduos do sexo feminino, e afeta maxila e mandíbula com frequências similares (VEERAVARMAL *et al.*, 2013; KABIRAJ *et al.*, 2016). Clinicamente, a lesão se apresenta como um aumento de volume indolor, de limites pouco precisos, que em geral é recoberto por mucosa íntegra com coloração normal (CORREA PONTES *et al.*, 2018).

No exame radiográfico, o FOC se caracteriza por área radiolúcida uni ou multilocular, relativamente bem delimitada, de margens escleróticas, podendo apresentar focos radiopacos em seu interior (HRICH *et al.*, 2012; VEERAVARMAL *et al.*, 2013). Reabsorção e deslocamento dentários, bem como perfuração do osso cortical, são características observadas com menor frequência (HRICH *et al.*, 2012; ANBIAEE *et al.*, 2015; SANTORO *et al.*, 2015; MURGOD *et al.*, 2017).

Microscopicamente, o FOC é uma lesão constituída por tecido conjuntivo fibroso maduro, moderadamente celularizado (VAN HEERDEN; KUSAMA; NEVILLE, 2017). Cordões e ilhas de epitélio odontogênico aparentemente inativo são identificados em meio ao tecido conjuntivo, mas podem estar ausentes em alguns casos (UPADHYAYA *et al.*, 2018). Em raras ocasiões, material mineralizado, sob a forma de dentinoide ou tecido semelhante a cimento, e deposição de proteína semelhante à amiloide têm sido observados em FOCs (MOSQUEDA-TAYLOR *et al.*, 2011; ZHOU; LI, 2018).

O tratamento sugerido para os FOCs consiste em cirurgia conservadora, usualmente por enucleação associada à curetagem vigorosa do osso periférico (MELO *et al.*, 2010; TAKEOKA *et al.*, 2012; CORREA PONTES *et al.*, 2018). Em alguns casos, pode ser necessária a remoção de dentes associados à lesão (TAKEOKA *et al.*, 2012; SANTOS FILHO *et al.*, 2017). Usualmente, o prognóstico para os pacientes com FOC é considerado bom (BASER *et al.*, 2014; SANTOS FILHO *et al.*, 2017; CARVALHO; WATANABE;

VENCIO, 2018;). Dentre os principais fatores associados à recorrência do FOC, estudos têm destacado o aspecto radiográfico multilocular e o rompimento de corticais ósseas (RAUBENHEIMER; NOFFKE, 2002; MELO *et al.*, 2010; CARVALHO; WATANABE; VENCIO, 2018; CORREA PONTES *et al.*, 2018).

O objetivo do presente estudo é relatar um caso de FOC localizado em mandíbula e discutir aspectos relacionados à etiopatogênese, características clinicopatológicas, diagnóstico diferencial e tratamento da lesão. Pretende-se, com este trabalho, contribuir para o conhecimento desta rara neoplasia odontogênica.

RELATO DO CASO

2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de um aumento de volume indolor e de crescimento lento, localizado em mandíbula. Ao exame físico intraoral, verificou-se um discreto aumento de volume, de limites pouco precisos, estendendo-se da região posterior do corpo ao ramo da mandíbula, do lado esquerdo, recoberto por mucosa íntegra e de coloração normal.

Exame de tomografia computadorizada revelou extensa imagem hipodensa unilocular, de limites bem definidos, com focos hiperdensos em seu interior, associada ao dente 38 (FIGURAS 1A e 1B). A lesão, com aproximadamente 4,5 cm de diâmetro, estendia-se do ramo ascendente da mandíbula à raiz distal do dente 36 e provocava adelgaçamento das corticais ósseas (FIGURA 1C). Observava-se, ainda, deslocamento do canal mandibular para a base da mandíbula.

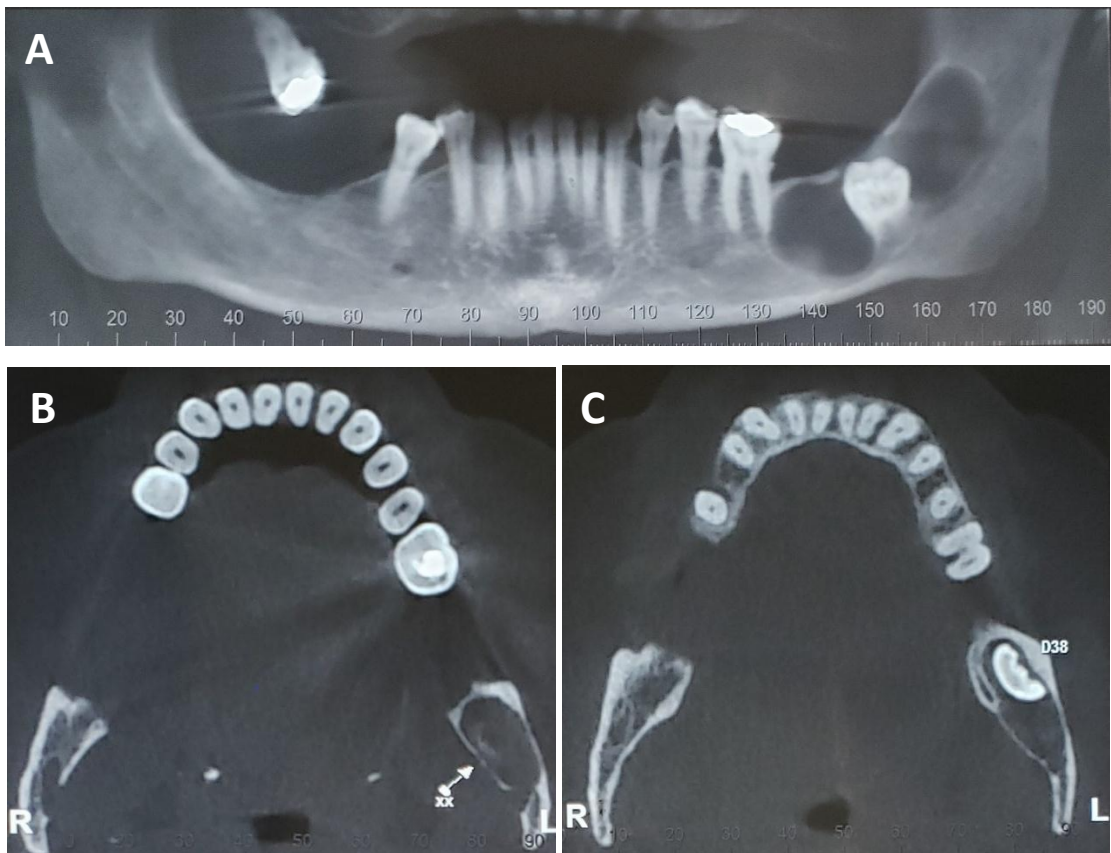


Figura 1. A) Imagem hipodensa unilocular, com focos hiperdensos em seu interior, associada ao dente 38, estendendo-se do ramo ascendente da mandíbula à raiz distal do dente 36. B e C) Cortes axiais destacando o adelgaçamento das corticais ósseas e os focos hiperdensos no interior da lesão.

Baseado nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecida a hipótese diagnóstica de tumor odontogênico epitelial calcificante. Após a realização de uma biópsia incisional, o material obtido foi fixado em formol a 10% e encaminhado para análise histopatológica. O exame microscópico revelou tecido conjuntivo fibroso moderadamente celularizado, com fibras colágenas organizadas de forma predominantemente densa (FIGURA 2A). Em áreas do tecido conjuntivo, foram observadas eventuais ilhas e cordões de epitélio odontogênico aparentemente inativo (FIGURA 2B). Com base nesses achados, foi estabelecido o diagnóstico de FOC.

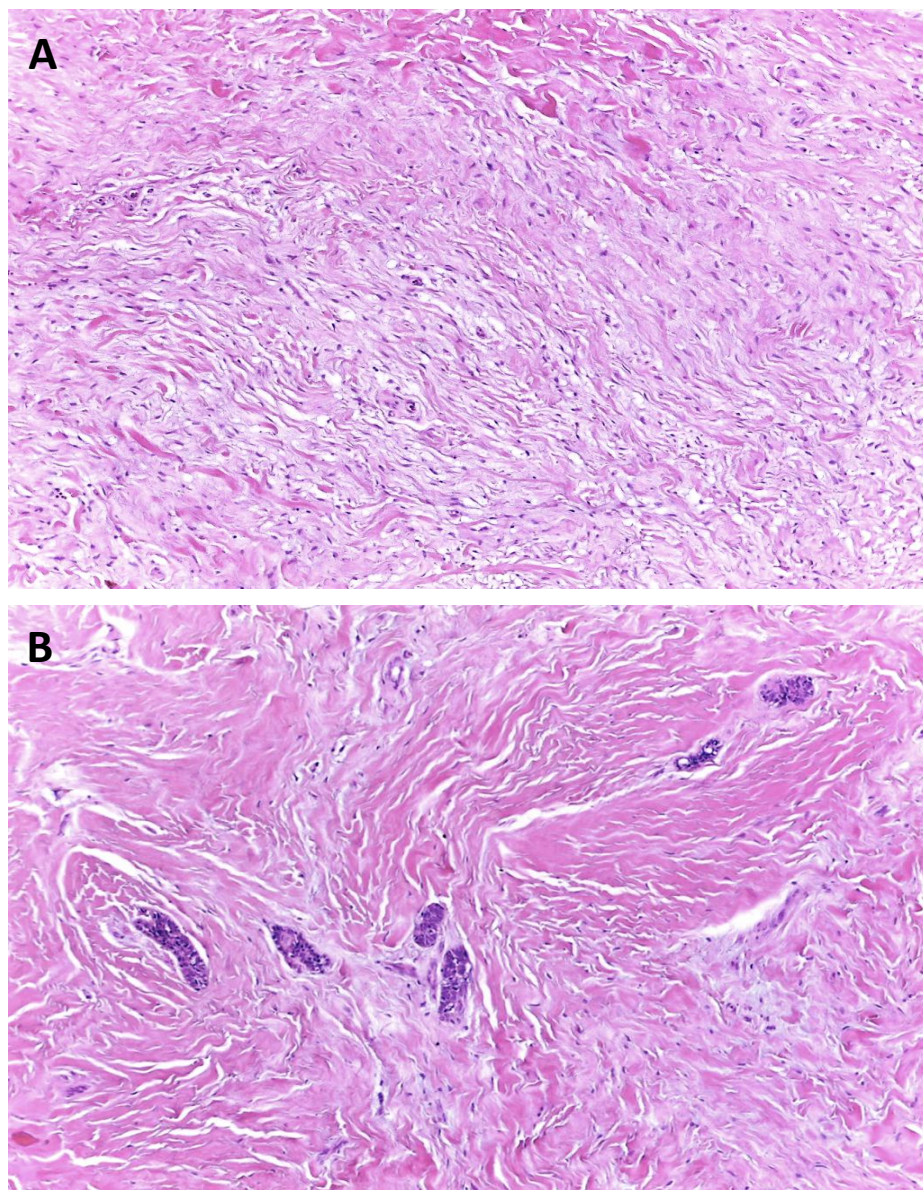


Figura 2. A) Fotomicrografia revelando tecido conjuntivo fibroso moderadamente celularizado, com fibras colágenas organizadas de forma predominantemente densa (H/E,

200x). B) Destaque para as ilhas e cordões de epitélio odontogênico em meio ao tecido conjuntivo fibroso (H/E, 200x).

O tratamento consistiu na enucleação e curetagem do osso periférico, com remoção dos dentes associados. Após 14 meses da remoção cirúrgica da lesão, foi verificada neoformação óssea local e ausência de sinais clínicos ou radiográficos de recidiva (FIGURA 3). A paciente permanece em acompanhamento clínico e radiográfico.



Figura 3. Radiografia panorâmica de controle pós-operatório de 14 meses, evidenciando aumento da radiopacidade óssea local.

DISCUSSÃO

3 DISCUSSÃO

O FOC é uma neoplasia benigna mesenquimal odontogênica rara, representando de 0,1% a 5,5% de todos os tumores odontogênicos (MOSQUEDA-TAYLOR *et al.*, 2011; VEERAVARMAL *et al.*, 2013; PUPPALA *et al.*, 2016; SANTOS FILHO *et al.*, 2017), cuja histogênese permanece incerta. Sua origem tem sido associada a remanescentes da lâmina dentária, do folículo dentário e do ligamento periodontal (DAHL; WOLFSON; HAUGEN, 1981; ALLEN; HAMMOND; STIMSON, 1992; BASER *et al.*, 2014).

Embora apresente ampla distribuição em relação à idade dos pacientes, com casos diagnosticados em indivíduos desde os 4 aos 80 anos, estudos sugerem um pico de incidência para o FOC entre a segunda e a quarta décadas de vida (MOSQUEDA-TAYLOR *et al.*, 2011; VEERAVARMAL *et al.*, 2013; BASER *et al.*, 2014; ANBIAEE *et al.*, 2015). Além disso, pesquisas têm demonstrado que o FOC acomete com maior frequência os indivíduos do sexo feminino, com proporções mulher:homem que variam de 1:1,3 a 2,8:1 (THANKAPPAN *et al.*, 2014; SANTOS FILHO *et al.*, 2017; CARVALHO; WATANABE; VENCIO, 2018; CORREA PONTES *et al.*, 2018).

Em relação à localização anatômica, estudos sugerem que o FOC afeta maxila e mandíbula com frequências similares (DASKALA *et al.*, 2009; BRAZÃO-SILVA *et al.*, 2010; HRICHI *et al.*, 2012; ANBIAEE *et al.*, 2015). Usualmente, os casos em maxila estão localizados em região anterior e as lesões em mandíbula acometem a região posterior (DE MATOS *et al.*, 2011; SANTOS FILHO *et al.*, 2017; CARVALHO; WATANABE; VENCIO, 2018). Com histórico de evolução lenta e assintomática, o FOC se apresenta clinicamente como um aumento de volume recoberto por mucosa íntegra e de coloração normal, por vezes associado à mobilidade de dentes adjacentes e à expansão das corticais ósseas (BRAZÃO-SILVA *et al.*, 2010; EL HARTI; OUJILAL; EL WADY, 2015; PUPPALA *et al.*, 2016; SANTOS FILHO *et al.*, 2017; CORREA PONTES *et al.*, 2018; SEO *et al.*, 2019). O caso ora relatado corrobora o perfil clínico comumente relatado para o FOC.

Radiograficamente, o FOC é caracterizado por uma área radiolúcida bem delimitada e de margens escleróticas (HRICH *et al.*, 2012; SANTORO *et al.*, 2015). Em geral, lesões maiores tendem a ser multiloculares enquanto lesões menores tendem a ser uniloculares (VAN HEERDEN; KUSAMA; NEVILLE, 2017). Aproximadamente um terço dos casos estão associados a um dente não erupcionado (VEERAVARMAL *et al.*, 2013; SANTORO *et al.*, 2015) e focos radiopacos, como os identificados no caso ora apresentado, podem ser constatados em até 12% dos FOCs (THANKAPPAN *et al.*, 2014; ANBIAEE *et al.*, 2015;

SANTOS FILHO *et al.*, 2017). Deslocamentos, reabsorções dentárias e rompimento de corticais ósseas também podem ser observados, principalmente quando o FOC atinge maiores proporções (BUCHNER; MERRELL; CARPENTER, 2006; HRICH *et al.*, 2012; EL HARTI; OUJILAL; EL WADY, 2015; SANTORO *et al.*, 2015). As características radiográficas do FOC não são patognomônicas e, neste sentido, lesões odontogênicas e não odontogênicas mais frequentes devem ser consideradas no diagnóstico diferencial destas neoplasias, como fibroma ossificante, ameloblastoma, ceratocisto odontogênico e tumor odontogênico epitelial calcificante, sendo este último a hipótese diagnóstica para o caso ora apresentado (CHHABRA; CHHABRA, 2012; SALGADO; MESQUITA, 2014).

Microscopicamente, o FOC é composto por tecido conjuntivo fibroso moderadamente celularizado, que pode variar de mixoide a hialinizado (VAN HEERDEN; KUSAMA; NEVILLE, 2017). Ilhas e cordões de epitélio odontogênico aparentemente inativo, os quais podem auxiliar no diagnóstico do FOC, são achados que variam de completamente ausentes a abundantes (MOSQUEDA-TAYLOR *et al.*, 2011; VAN HEERDEN; KUSAMA; NEVILLE, 2017; UPADHYAYA *et al.*, 2018). Embora geralmente bem delimitados, os FOCs raramente demonstram cápsula bem definida (HRICH *et al.*, 2012). Tecido mineralizado, sob a forma de dentina displásica, calcificações ovoides semelhantes a cimento ou trabéculas de osteoide, pode ser observado em alguns casos de FOC (UPADHYAYA *et al.*, 2018; ZHOU; LI, 2018). Variantes histopatológicas raras já foram relatadas e incluem o FOC com deposição de proteína semelhante à amiloide, o FOC associado à lesão central de células gigantes e o tumor odontogênico de células granulares (VINCENT *et al.*, 1987; VAN HEERDEN; KUSAMA; NEVILLE, 2017; IDE *et al.*, 2018; UPADHYAYA *et al.*, 2018).

Por apresentar características clínicas e radiográficas semelhantes a outras lesões intraósseas do complexo maxilofacial, o diagnóstico do FOC é baseado na análise histopatológica (HRICH *et al.*, 2012; SANTORO *et al.*, 2015; BANDURA *et al.*, 2017; CHANDRASHEKAR *et al.*, 2018;). Nesse sentido, lesões benignas e malignas com componente fibroso proeminente devem ser consideradas no diagnóstico diferencial do FOC, com destaque para o fibroma desmoplásico, o fibromixoma odontogênico, o fibroma ossificante, o folículo dentário hiperplasiado e o carcinoma odontogênico esclerosante (BRAZÃO-SILVA *et al.*, 2010; MOSQUEDA-TAYLOR *et al.*, 2011).

O tratamento do FOC consiste em enucleação e curetagem vigorosa, uma vez que essa lesão não possui cápsula definida, o que dificulta sua completa remoção (HRICH *et al.*, 2012; PIPPI; SANTORO; PATINI, 2016). Dentes associados também devem ser removidos, pois sua manutenção tem sido relacionada à recorrência em alguns casos de FOC (MELO *et al.*,

2010; TAKEOKA *et al.*, 2012; CARVALHO; WATANABE; VENCIO, 2018). O prognóstico para pacientes com FOC é, em geral, considerado bom (MOSQUEDA-TAYLOR *et al.*, 2011; PIPPI; SANTORO; PATINI, 2016; SANTOS FILHO *et al.*, 2017).

Poucos casos de recorrência de FOC, variando de um a nove anos após a remoção da lesão inicial, foram descritos na literatura (HEIRNDAL; ISACSSON; NILSSON, 1980; SVIRSKY; ABBEY; KAUGARS, 1986; JONES; EVESON; SHEPHERD, 1989; KINNEY *et al.*, 1993; MELO *et al.*, 2010; CARVALHO; WATANABE; VENCIO, 2018). A maioria dos casos foram relatados na região posterior de mandíbula e os pacientes mais acometidos foram do sexo feminino (HEIRNDAL; ISACSSON; NILSSON, 1980; SVIRSKY; ABBEY; KAUGARS, 1986; JONES; EVESON; SHEPHERD, 1989; KINNEY *et al.*, 1993).

Em uma recente revisão sistemática, os principais fatores associados à recorrência do FOC foram o aspecto radiográfico multilocular, o rompimento de corticais ósseas, a remoção incompleta da lesão e a manutenção de dentes associados (CORREA PONTES *et al.*, 2018). Dessa forma, existe a necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico por pelo menos cinco anos (DASKALA *et al.*, 2009; BRAZÃO-SILVA *et al.*, 2010; THANKAPPAN *et al.*, 2014). Embora uma correta remoção cirúrgica da lesão aqui descrita tenha sido feita, a paciente continua em acompanhamento há um ano e seis meses, visto que alguns fatores associados à recorrência, como sexo, localização do tumor e rompimento de corticais fizeram parte do caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O FOC é uma neoplasia benigna mesenquimal odontogênica rara, geralmente tratada por enucleação e curetagem. Embora as recidivas sejam incomuns, evidências científicas sugerem que FOCs localizados em maxila, com aspecto radiográfico multilocular e associados ao rompimento de corticais ósseas tendem a apresentar maiores taxas de recorrência.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALLEN, C. M.; HAMMOND, H. L.; STIMSON, P. G. Central odontogenic fibroma, WHO type. A report of three cases with an unusual associated giant cell reaction. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 73, n. 1, p. 62-66, 1992.
- ANBIAEE, N.; EBRAHIMNEJAD, H.; SANAIEI, A. Central odontogenic fibroma (simple type) in a four-year-old boy: atypical cone beam computed tomographic appearance with periosteal reaction. **Imaging Sci Dent**, v. 45, n. 2, p. 109-115, 2015.
- BANDURA, P.; SUTTER, W.; MEIER, M.; BERGER, S. Turhani D. Large mandibular central odontogenic fibroma documented over 20 years: A case report. **Int J Surg Case Rep**, v. 41, p. 481-488, 2017.
- BASER, B.; KINGER, A.; MITRA, G. V.; ROY, M. T. Giant odontogenic fibroma of maxilla. **Ann Maxillofac Surg**, v. 4, n. 2, p. 211-214, 2014.
- BRAZÃO-SILVA, M. T.; FERNANDES, A. V.; DURIGHETTO-JÚNIOR, A. F.; CARDOSO, S. V.; LOYOLA, A. M. Central odontogenic fibroma: a case report with longterm follow-up. **Head Face Med**, v. 6, n. 1, p. 20, 2010.
- BUCHNER, A.; MERRELL, P. W.; CARPENTER, W. M. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 64, p. 1343-1352, 2006.
- CARVALHO, S. P.; WATANABE, S.; VENCIO, E. F. Recurrent case of central odontogenic fibroma in maxilla showing root resorption: a case report. **Rev Odontol Bras Central**, v. 27, n. 80, p. 40-43, 2018.
- CHANDRASHEKAR, C.; SEM, S.; NARAYANASWAMY, V.; RADHAKRISHNAN, R. A curious case of central odontogenic fibroma: A novel perspective. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 22, p. 16-19, 2018.
- CHHABRA, V.; CHHABRA, A. Central odontogenic fibroma of the mandible. **Contemp Clin Dent**, v. 3, n.2 p. 230-233, 2012.
- CORREA PONTES, F. S.; LACERDA DE SOUZA, L.; PAULA DE PAULA, L.; DE MELO GALVÃO NETO, E.; SILVA GONÇALVES, P. F.; REBELO PONTES, H. A. Central odontogenic fibroma: an updated systematic review of cases reported in the literature with emphasis on recurrence influencing factors. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 46, n. 10, p. 1753-1757, 2018.
- COVANI, U.; CRESPI, R.; PERRINI, N.; BARONE, A. Central odontogenic fibroma: a case report. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 10, n. 2, p. 154-157, 2005.
- DAHL, E.; WOLFSON, S.; HAUGEN, J. Central odontogenic fibroma: review of literature and report of cases. **J Oral Surg**, v. 39, n. 2, p. 120-124, 1981.

DASKALA, I.; KALYVAS, D.; KOLOKOUDIAS, M.; VLACHODIMITROPOULOS, D.; ALEXANDRIDIS, C. Central odontogenic fibroma of the mandible: a case report. **J Oral Sci**, v. 51, n. 3, p. 457-461, 2009.

DE MATOS, F. R.; DE MORAES, M.; NETO, A. C.; MIGUEL, M. C.; DA SILVEIRA, E. J. Central odontogenic fibroma. **Ann Diagn Pathol**, v. 15, n. 6, p. 481-484, 2011.

EL HARTI, K.; OUJILAL, A.; EL WADY, W. Central odontogenic fibroma of the maxilla. **Indian J Dent**, v. 6, n. 4, p. 217-220, 2015.

HEIRNDAL, A.; ISACSSON, G.; NILSSON, L. Recurrent central odontogenic fibroma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 50, n. 2, p. 140-145, 1980.

HRICHI, R.; GARGALLO-ALBIOL, J.; BERINI-AYTÉS, L.; GAY-ESCODA, C.; Central odontogenic fibroma: retrospective study of 8 clinical cases. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 17, n. 1, p. 50-55, 2012.

IKESHIMA, A.; UTSUNOMIYA, T. Case report of intra-osseous fibroma: a study on odontogenic and desmoplastic fibromas with a review of the literature. **J Oral Sci**, v. 47, n. 3, p. 149-157, 2005.

JONES, G. M.; EVESON, J. W.; SHEPHERD, J. P. Central odontogenic fibroma a report of two controversial cases illustrating diagnostic dilemmas. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 27, n. 5, p. 406-411, 1989.

KABIRAJ, A.; SINGH, A.; KHAITAN, T.; JAISWAL, A. Odontogenic fibroma of the maxilla – an atypical presentation. **Iran J Pathol**, v. 11, n. 5, p. 435-438, 2016.

KINNEY, L. A.; BRADFORD, J.; COHEN, M.; GLICKMAN, R. S. The aggressive odontogenic fibroma: report of a case. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 51, n. 3, p. 321-324, 1993.

MELO, A. R.; SANTOS, T. S.; AMARAL, M. F.; ALBUQUERQUE, D. P.; ANDRADE, E. S. S.; PEREIRA JUNIOR, E. D. Recurrence of central odontogenic fibroma: a rare case. **Gen Dent**, v. 59, n. 2, p. 78-81, 2010.

MOSQUEDA-TAYLOR, A.; MARTÍNEZ-MATA, G.; CARLOS-BREGNI, R.; VARGAS, P. A.; TORAL-RIZO, V.; CANO-VALDÉZ, A. M.; PALMA-GUZMÁN, J. M.; CARRASCOLOZA, D.; LUNA-ORTIZ, K.; LEDESMA-MONTES, C.; DE ALMEIDA, O. P. Central odontogenic fibroma: new findings and report of a multicentric collaborative study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 112, n. 3, p. 349-358, 2011.

MURGOD, S.; GIRISH, H. C.; SAVITA, J. K.; VARSHA, V. K. Concurrent central odontogenic fibroma and dentigerous cyst in the maxilla: a rare case report. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 21, n. 1, p. 149-153, 2017.

PIPPI, R.; SANTORO, M.; PATINI, R. The central odontogenic fibroma: How difficult can be making a preliminary diagnosis. **J Clin Exp Dent**, v. 8, n. 2, p. 223-225, 2016.

PUPPALA, N.; MADALA, J. K.; MAREDDY, A. R.; DUMPALA, R. K. Central odontogenic fibroma of the mandible. **J Dent Child**, v. 83, n. 2, p. 94-97, 2016.

PRASANTH, T.; NAGA, S. V. C.; RAJESH, A.; PRASHANTHI, Y.; UROOF, R. S. A. K.; MEERAMMA, B. Central odontogenic fibroma of simple type. **Case Rep Dent**, v. 2014, 2014.

RAUBENHEIMER, E. J.; NOFFKE, C. E. Central odontogenic fibroma-like tumors, hypodontia, and enamel dysplasia: review of the literature and report of a case. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 94, n. 1, p. 74-77, 2002.

SALGADO, H.; MESQUITA, P. Central odontogenic fibroma of the maxilla – a case report. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac**. v. 55, n. 1, p. 49-54, 2014.

SANTORO, A.; PANNONE, G.; RAMAGLIA, L.; BUFO, P.; LO MUZIO, L.; SAVIANO, R. Central odontogenic fibroma of the mandible: a case report with diagnostic considerations. **Ann Med Surg**, v. 5, p. 14-18, 2016.

SANTOS FILHO, M. R. P.; LIMA, T. M.; ALBUQUERQUE NETO, A. D.; SILVA, L. A. B.; PEREIRAS, J. C.; ALBUQUERQUE JÚNIOR, R. L. C. Central odontogenic fibroma in mandible: case report with short literature review. **Rev Odontol Bras Central**, v. 26, n. 79, p. 86-91, 2017.

SEO, Y. K.; KANG, J. H.; LEE, S. R.; CHOI, Y. S.; HWANG, E. H.; OH, S. H.; Diagnostic considerations in central odontogenic fibroma of the maxilla: 2 case reports. **Imaging Sci Dent**, v. 49, n. 3, p. 229-234, 2019.

SHIRAISHI, T. A.; UEHARA, M.; FUJITA, S.; IKEDA, T.; ASAHINA, I. Case of central odontogenic fibroma in a pediatric patient: mandibular reconstruction with parietal bone. **J Oral Maxillofac Surg Med Pathol**, v. 27, n. 3, p. 361-365, 2014.

SVIRSKY, J. A.; ABBEY, L. M.; KAUGARS, G. E. A clinical review of central odontogenic fibroma: With the addition of three new cases. **J Oral Med**, v. 41, n. 1, p.51-54, 1986.

TAKEOKA, T.; INUI, M.; OKUMURA, K.; NAKAMURA, S.; SHIMIZU, K.; TAGAWA, T.;

A central odontogenic fibroma mimicking a dentigerous cyst associated with an impacted mandibular third molar - immunohistological study and review of literature. **J Oral Maxillofac Surg Med Pathol**, v. 25, p. 193-196, 2012.

THANKAPPAN, P.; CHUNDRU, N. S.; AMUDALA, R.; YANADI, P.; RAHAMTHULLAH, S. A.; BOTU, M. Central odontogenic fibroma of simple type. **Case Rep Dent**, v. 2014, 2014.

TORRES, C. M.; OLAVE, P. R.; NOVOA, C. A.; ROJAS, B. V. Fibroma odontogenico central, tipo WHO: reporte de um caso y revisión de la literatura. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 32, n. 4, p. 159-164, 2010.

UPADHYAYA, J. D.; COHEN, D. M.; ISLAM, M. N.; BHATTACHARYYA, I. Hybrid central odontogenic fibroma with giant cell granuloma like lesion: a report of three additional cases and review of the literature. **Head Neck Pathol**, v. 12, n. 2, p. 166-174, 2017.

VAN HEERDEN W. F. P.; KUSAMA, K.; NEVILLE, B. W. Odontogenic fibroma. In: EL-NAGGAR, A. K.; CHAN, J. K. C.; GRANDIS, J. R.; TAKATA, T.; SLOOTWEG, P. J.,

editors. WHO classification of head and neck tumours. **4th ed. Lyon: IARC Press; 2017. p. 228.**

VEERAVARMAL, V.; MADHAVAN, R. N.; NASSAR, M. M.; AMSAVENI, R. Central odontogenic fibroma of the maxilla. **J Oral Maxillofac Pathol**, v. 17, n. 2, p. 319, 2013.

VICENT, S. D.; HAMMOND, H. L.; ELLIS, V. L.; JUHLIN, J. P. Central granular cell odontogenic fibroma. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 63, p. 715-721, 1987.

ZHOU, C. X.; LI, T. J. A clinicopathologic study on central odontogenic fibroma: with special reference to amyloid variant. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 126, n. 6, p. 513-520, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, eu Suenia Maria Machado Borges
 _____ dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito da utilização do meu histórico familiar pessoal e familiar, bem como da retenção e do uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas em prontuário, referente inclusive ao meu estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais, revistas científicas nacionais e internacionais.

Campina Grande, 06 de Maio de 2019.

Suenia Maria Machado Borges

Assinatura do paciente

RG: 598344 SSP/PB.

Deco Felipe Augusto de Lima

Testemunha 1

RG: 3271898 SSP-PB