

Fibroma ossificante juvenil psamomatoide: relato de caso

Psamomatoid juvenile ossifying fibroma: case report

Fibroma osificante juvenil psamomatoide: reporte de caso

Recebido: 23/08/2021 | Revisado: 29/08/2021 | Aceito: 03/09/2021 | Publicado: 06/09/2021

Fernanda Guimarães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5030-0392>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: fguimaraes168@gmail.com

Geraldo Luiz Griza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-495X>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: ggriza@hotmail.com

Niviane Dorigan Vidor

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7883-9189>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: nivianevidor@gmail.com

Eleonor Álvaro Garbin Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2111-4766>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: alvarogarbin@yahoo.com.br

Natasha Magro Ernica

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0545-1623>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: natasha@yahoo.com.br

Ricardo Augusto Conci

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6678-8780>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: Ricardo_Conci@hotmail.com

Resumo

As lesões fibro-ósseas são um grupo de lesões caracterizadas pela substituição do osso normal por um tecido conjuntivo fibroso e tecido mineralizado. Dentre essas lesões está o fibroma ossificante juvenil, um tumor fibro-ósseo benigno, raro, abrangendo aproximadamente 2% dos tumores bucais que acometem crianças e adolescentes. De acordo com as características histopatológicas, é subdividido em fibroma ossificante juvenil psamomatoide e fibroma ossificante juvenil trabecular. A variante psamomatoide apresenta predileção pelo gênero masculino, idade média de 22 anos, com predominância na maxila. Geralmente esse tipo de tumor é descoberto em exame radiográfico de rotina, sendo que sua expansão cortical pode resultar em um aumento facial detectável. Seu tratamento e prognóstico são incertos. Para as lesões menores pode ser realizada a excisão local ou uma curetagem cuidadosa. Para as lesões de crescimento rápido e/ou agressivo pode ser necessária uma ressecção em bloco com margens conservadoras associada ou não ao uso de enxertos ósseos e placas de reconstrução. O objetivo do relato é descrever a condição de uma paciente de 26 anos, encaminhada ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná com diagnóstico de fibroma ossificante juvenil psamomatoide em mandíbula. Após a realização do exame clínico e análise dos exames de imagem, foi realizado o tratamento endodôntico dos elementos 34 ao 42. O tratamento consistiu na curetagem, enucleação da lesão e apicectomia dos dentes envolvidos, evoluindo com um pós-operatório sem intercorrências. A paciente está em preservação há 01 ano e 07 meses.

Palavras-chave: Fibroma ossificante mandibular; Lesão; Neoplasia.

Abstract

Fibro-osseous lesions are a group of lesions characterized by the replacement of normal bone with fibrous animal tissue and mineralized tissue. Among these lesions is that the juvenile ossifying fibroma, a rare benign fibro-osseous tumor, comprising approximately 2% of oral tumors affecting children and adolescents. consistent with its histopathological features, it's subdivided into psammomatoid juvenile ossifying fibroma and trabecular juvenile ossifying fibroma. The psammomatoid variant is male, with a mean age of twenty-two years, and predominantly within the maxilla. this sort of tumor is typically discovered during a routine radiographic examination, and its cortical expansion may result during a detectable facial enlargement. Its treatment and prognosis are uncertain. For smaller lesions local excision or careful curettage are often performed. For rapidly growing and/or aggressive lesions, in masse resection with conservative margins associated or not with the utilization of bone grafts and reconstruction plates could also be necessary. The aim of this report is to explain the condition of a 26-year-old patient referred to the

Hospital Universitário do Oeste do Paraná with a diagnosis of psammomatoid juvenile ossifying fibroma within the mandible. After clinical examination and analysis of imaging exams, endodontic treatment of elements 34 to 42 was performed. The treatment consisted of curettage, enucleation of the lesion and apicectomy of the teeth involved, evolving uneventfully postoperatively. The patient has been under follow-up for 01 year and 07 months.

Keywords: Mandibular ossifying fibroma; Lesion; Neoplasms.

Resumen

Las lesiones fibro-ósseas son un grupo de lesiones caracterizadas por la sustitución de hueso normal por un tejido conjuntivo fibroso y tejido mineralizado. Por medio de esas lesiones está el fibroma osificante juvenil, un tumor fibro-ósseo benigno, raro, alcanzando aproximadamente 2% de los tumores bucales que acometen niños y adolescentes. De acuerdo con las características histopatológicas, es subdividido en fibroma osificante juvenil psamomatoide y fibroma osificante juvenil trabecular. La variante psamomatoide presenta predilección por el género masculino, edad media de 22 años, con predominancia en el maxilar. Generalmente ese tipo de tumor es descubierto en examen radiográfico de rutina, siendo que su expansión cortical puede resultar en un aumento fácil detectable. Su tratamiento y pronóstico son inciertos. Para las sesiones menores puede ser realizada la extirpación local o un legrado cuidadoso. Para las lesiones de crecimiento rápido y/o agresivo puede ser necesaria una resección en bloque con márgenes conservadoras asociada o no al uso de injerto óseo y placas de reconstrucción. El objetivo del informe es describir la condición de una paciente de 26 años, encaminada al Hospital Universitario del Oeste de Paraná con diagnóstico de fibroma osificante juvenil psamomatoide en mandíbula. Después de la realización del examen clínico y análisis de los exámenes de imagen, fue realizado el tratamiento endodóntico de los elementos 34 a 42. El tratamiento compuso en el legrado, enucleación de la lesión y apicectomía de los dientes involucrados, evolucionando con un postoperatorio sin intercurencias, La paciente está en proservación hace 01 año y 07 meses.

Palabras clave: Fibroma osificante mandibular; Lesión; Neoplasma.

1. Introdução

As lesões fibro-ósseas são um grupo de lesões que se caracterizam por promover a substituição do osso normal por um tecido conjuntivo fibroso e tecido mineralizado neoformado (Neville, 2016). Dentre essas lesões está o fibroma ossificante, uma patologia benigna caracterizada pela substituição do tecido ósseo normal por uma proliferação de tecido conjuntivo fibroso composto de fibras de colágeno, fibroblastos, e material mineralizado semelhante a osso. Dependendo da localização, o fibroma ossificante pode ser classificado como central ou periférico. A variante central do tumor pode ocorrer de duas formas: convencional ou juvenil (Figueiredo, *et al.*, 2013; Diniz, *et al.*, 2020).

O fibroma ossificante convencional caracteriza-se geralmente por ser uma lesão de crescimento lento e assintomático. É comum em mulheres e ocorre entre a segunda e a quarta década de vida (idade média de 35 anos). Afeta preferencialmente a região posterior de mandíbula e pode ocorrer também em maxila, comumente em região de fossa canina e na área do arco zigomático. A dor e parestesia são raramente associadas, por isso a lesão é detectada em exames radiográficos de rotina ou nos casos de lesões maiores quando ocorre assimetria facial ou deslocamento dentário (da Silveira, *et al.*, 2016; Neville, 2016; Nguyen, *et al.*, 2019). O diagnóstico se baseia nos exames radiográfico e histopatológico. Ao exame radiográfico observa-se que as bordas da lesão são normalmente bem definidas, com uma linha radiolúcida delgada que representa uma cápsula fibrosa, e graus variáveis de radiopacidade. O diagnóstico diferencial se faz com lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida-radiopaca, como a displasia fibrosa, cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante e o tumor odontogênico adenomatoide. O tratamento pode ser conservador e seu prognóstico é muito bom, sendo recidivas raramente encontradas (Neville, 2016; da Silveira, *et al.*, 2016).

Em contrapartida, o fibroma ossificante juvenil (FOJ), em 2017, foi classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma neoplasia fibro-óssea benigna, expansiva, progressiva e rápida. Abrange cerca de 2% dos tumores bucais, especialmente em crianças e adolescentes (idade média de 20 anos), com maior predileção pelo gênero masculino (Figueiredo, *et al.*, 2013; El-naggar, *et al.*, 2017; Goulart-filho, *et al.*, 2018; Nguyen, *et al.*, 2019). Exibe predileção para acometimento em região posterior da maxila, em seios paranasais, órbita e complexo fronto-etmoidal, regiões com dentes congenitamente ausentes. Podem associar-se à destruição da cortical óssea, causando graves alterações morfológicas e defeitos funcionais na cavidade

nasal, nas órbitas e, eventualmente, no crânio, sendo, dessa forma, frequentemente identificado. Há poucos casos de FOJ relatados na literatura situados em mandíbula (Figueiredo, *et al.*, 2013; Rodrigues, *et al.*, 2019). Por apresentar rápida evolução e expansão, casos de sintomatologia dolorosa são relatados na literatura (Diniz, *et al.*, 2020).

O diagnóstico de FOJ deve basear-se nos exames histopatológico e imaginológico. A idade de início e potencial de crescimento, também são sugestivos, porque compartilham muitas de suas características com outras lesões fibro-ósseas (Figueiredo, *et al.*, 2012; Diniz, *et al.*, 2020). O diagnóstico diferencial do FOJ se faz com lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida-radiopaca como displasia fibrosa, tumor odontogênico calcificante, osteosarcoma e cisto odontogênico calcificante (Slootweg, 1996; da Silveira, *et al.*, 2016).

Radiograficamente se apresenta como uma imagem expansiva de aparência mista com halo radiopaco bem delimitado do osso circundante normal. As lesões radiolúcidas circunscritas podem apresentar radiopacidades centrais, sendo em alguns casos observada opacificação em “vidro despolido”. Histologicamente, o FOJ caracteriza-se por conter material rico em tecido conjuntivo fibroso, possuindo maior quantidade de osteoblastos e escassez de osteoclastos, diferindo do tipo convencional pela presença de células gigantes multinucleares (Figueiredo, *et al.*, 2013; Neville, 2016; Diniz, *et al.*, 2020).

O tratamento do FOJ, varia de acordo com a agressividade do tumor. Para as lesões de crescimento rápido e/ou agressivo pode ser necessária uma ressecção em bloco com margens conservadoras. Para tumores menos agressivos opta-se por uma intervenção cirúrgica menos radical, com excisão local e curetagem cuidadosa, que foi realizado no caso em questão. (Neville, 2016; Han, *et al.*, 2016). Mesmo não havendo relatos de transformação maligna, o FOJ está relacionado a altas taxas de recorrência, que podem variar de 30% à 58% dos casos, que se deve principalmente pela remoção incompleta do tumor, por isso é de suma importância a preservação clínica e por meio de exames de imagem por períodos prolongados (Figueiredo, *et al.*, 2013; Goulart-filho, *et al.*, 2018; Diniz, *et al.*, 2020).

O fibroma ossificante juvenil apresenta dois subtipos clínico-patológicos: trabecular (FOJTr) e psamomatoide (FOJPs). As principais diferenças entre eles são o local de ocorrência e as características histopatológicas. O trabecular é frequentemente diagnosticado na maxila (podendo ocorrer em mandíbula) em indivíduos de 8 a 12 anos de idade e evidencia-se a presença de trabéculas osteóides fibrilares no exame histopatológico. O subtipo psamomatoide é um tumor benigno raro que geralmente afeta maxila, seios paranasais, órbita e crânio e acomete indivíduos de 16 à 33 anos de idade, e se distingue, no histopatológico, pela presença de corpos de psamoma. Ambos possuem predileção pelo gênero masculino (Neville, 2016; Han, *et al.*, 2016; Goulart-filho, *et al.*, 2018; Turin, *et al.*, 2019; Diniz, *et al.*, 2020).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso descritivo, detalhado e retrospectivo, realizado por meio de técnica de observação direta. (Pereira *et al.*, 2018) relata ser uma das mais básicas e tradicionais formas de estudo clínico nas áreas médicas. Os dados, imagens e o histórico clínico do paciente foram coletados do prontuário físico e através exames de imagens. Seguindo os princípios éticos, a paciente consentiu com a divulgação de dados e a exibição de imagens de seu caso para finalidades acadêmicas, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexado ao seu prontuário físico.

3. Relato de Caso

Paciente feminina, 26 anos, leucoderma, encaminhada ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) com o diagnóstico de fibroma ossificante juvenil psamomatoide em região de sínfise mandibular. A mesma portava consigo a documentação radiográfica, tomografia computadorizada (Figura 1A e B) e laudo da biópsia realizada previamente. Paciente não apresentava dor e nem edema na região e a mucosa se apresentava normal, sem alteração de cor (Figura 1C).

Figura 1. A) Reconstrução axial baseada em tomografia computadorizada de feixe cônico em que se observa lesão de formato ovoide, mista, em região de sínfise mandibular e expansão de cortical óssea lingual e vestibular. B) Radiografia panorâmica com presença de lesão com aspecto de “vidro despolido” com borda radiopaca definida e endodontia prévia no dente 41. C) Integridade da mucosa por vista intraoral.



Fonte: Autores (2021).

Como forma de tratamento, inicialmente foi realizada a remoção de contenção ortodôntica da lingual dos dentes anteriores e realizada endodontia dos dentes 34 a 42 com exceção do dente 41 que já havia tratamento endodôntico prévio (Figura 2A).

Figura 2. A) Radiografia panorâmica após a realização da endodontia dos dentes 34 à 42, com pequeno extravasamento de material obturador para o interior da lesão. B) Acesso intraoral por meio de incisão em dois planos. C) Aspecto da ferida após ostectomia e curetagem da lesão. D) Exame histopatológico mostrando a presença de tecido conjuntivo fibroso. Em (E) formações osteóides arredondadas, permeadas por células fusiformes. F) Radiografia panorâmica realizada um mês após a cirurgia onde é possível notar a realização da apictomia dos elementos dentários 41,42, 31,32 e 33 e remoção da lesão.



Fonte: Autores (2021).

No segundo momento foi realizado o procedimento cirúrgico conservador, sob anestesia local, em que foi realizada incisão em dois planos, o primeiro em mucosa labial e o segundo no periósteo (Figura 2B).

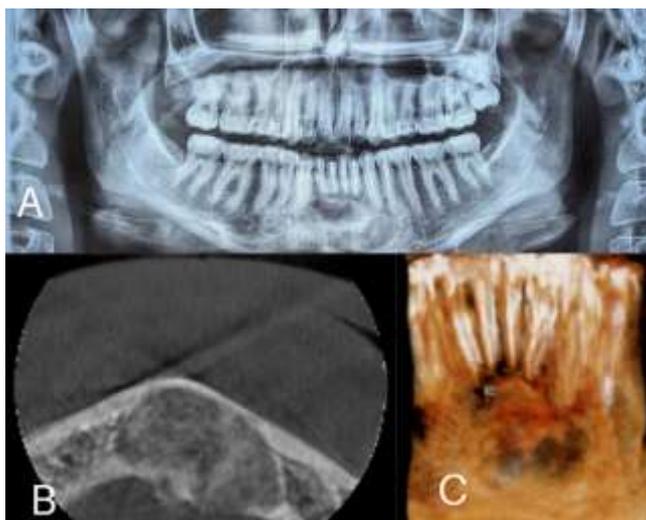
Após a exposição do tecido ósseo, realizou-se ostectomia para acesso à lesão e curetagem cuidadosa para remoção do conteúdo do fibroma (Figura 2C).

Realizou-se apicectomia do dente 33 ao 42 com envio do material da lesão para o laboratório de patologia da Unioeste (figura 3A). A sutura foi realizada por planos, com fio de nylon 6.0 sendo removida após 7 dias de P.O.

O novo exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de fibroma ossificante juvenil psamomatoide. Microscopicamente, observaram-se múltiplos fragmentos de tecido hipercelular pouco colagenizados e não encapsulados, compostos por células fusiformes e presença de material osteóide e mineralização irregular. Nota-se extensas áreas de corpos psamomatoides. Mitoses ocasionais são observadas nas células estromais (figuras 2D, E).

Realizou-se acompanhamento pós-operatório de um mês (figura 2F), três e seis meses, sendo os últimos exames de imagem e acompanhamento de um ano e sete meses (Figura 3A, B, C). A preservação do caso é contínua e não apresentou recidiva até o momento.

Figura 3. (A) Radiografia panorâmica e tomografia computadorizada vista por plano sagital (B) e plano frontal (C) realizada um ano e sete meses após a cirurgia sem indícios de recidiva.



Fonte: Autores (2021).

4. Discussão

Para alguns autores o fibroma ossificante juvenil (FOJ) apresenta uma etiologia incerta. Entretanto, acredita-se que se origine da diferenciação de recursos multipotenciais das células precursoras, como em alguns estudos relatados na literatura, que demonstram a existência de pontos de quebra cromossômica não-aleatórios em pacientes acometidos pela variante psamomatoide, ou das células mesenquimais do ligamento periodontal, as quais são capazes de formar uma combinação de cemento, osteóide ou tecido fibroso (Rai, *et al.*, 2013; Neville, 2016; Khanna, *et al.* 2018).

O subtipo psamomatoide acomete geralmente crianças e adultos jovens (Han, *et al.*, 2016; Goulart-Filho, *et al.*, 2018), porém, há relatos de casos em idades mais avançadas (Diniz, *et al.*, 2020), com predisposição pelo gênero masculino (Rathore, *et al.*, 2014; Sarode, *et al.*, 2018; Nguyen, *et al.*, 2019). Há outros autores que consideram ambos os gêneros igualmente acometidos (Nogueira, *et al.*, 2009). Já no caso descrito, uma paciente do gênero feminino, de 26 anos de idade foi acometida pela lesão.

Clinicamente o subtipo psamomatoide apresenta um grande potencial de crescimento, podendo ser vista perfuração de cortical óssea, deformação da face e deslocamento de estruturas adjacentes à lesão, como os dentes (Sarode, *et al.*, 2018; Turin, *et al.*, 2019; Diniz, *et al.*, 2020). Para alguns autores, em razão do crescimento expansivo, o paciente pode apresentar edema associado à sintomatologia dolorosa e até mesmo casos de cefaleia (Barth, *et al.*, 2004; Han, *et al.*, 2016; Diniz, *et al.*, 2020). Outros autores não relatam a existência de algia (Figueiredo, *et al.*, 2013; Nguyen, *et al.*, 2019). O curso clínico dessa patologia é variável. Normalmente, os sintomas progridem de semanas à meses, mas lesões que evoluíram ao longo de décadas também já foram relatadas na literatura (Margo, *et al.*, 1986). No caso relatado, foi possível visualizar expansão de cortical óssea vestibular e lingual, presença de fenestração óssea na região anterior de mento, porém, a paciente não relatou parestesia, edema ou dor no pré e nem no pós operatório. O tumor foi identificado pela primeira vez em uma radiografia panorâmica de rotina.

Toro *et al.* e Slootweg *et al.* (Slootweg, *et al.*, 1994; Toro, *et al.*, 2006), descreveram a maxila como a região onde o FOJ ocorre mais. Para Brannon e Fowler e para Cuellar *et al.* (Cuellar, *et al.*, 1999; Smith, *et al.*, 2009), a mandíbula foi predominantemente mais afetada. No entanto, Johnson *et al.* (Johnson, *et al.*, 1991) afirmam que 90% das lesões ocorrem nos seios paranasais e 10% na mandíbula. Quando localizado em mandíbula, o tumor ocorre mais comumente no ramo que no corpo da mandíbula (Patil, *et al.*, 2003; Zama, *et al.*, 2004; Sun, *et al.*, 2007; Sarode, *et al.*, 2011). O FOJPs, em específico, é frequentemente encontrado envolvendo as regiões sino-naso-orbital (etmoidal, seguida do frontal, maxilar e seio esfenoidal) e em contraste com o FOJTr raramente se manifesta em mandíbula (Rao, *et al.*, 2017). Segundo Yadav *et al.*, as características específicas mais comuns segundo a região afetada dos pacientes com FOJPs são: proptose ocular; obstrução nasal; cefaleia; edema e epistaxe (Yadav, *et al.*, 2013). O presente caso se difere dos padrões descritos na literatura, visto que a lesão apresentada do tipo psamomatoide acometeu região de sínfise mandibular, o que é bastante incomum.

Histologicamente, os subtipos FOJTr e FOJPs apresentam uma proliferação significativa de células com formatos que variam de redondos a fusiformes, estão em meio a um estroma com deposição de material mineralizado predominantemente de natureza imatura e osteóide. O sinal patognomônico do subtipo psamomatoide, visto no exame histopatológico, é o aparecimento de ossículos esféricos e eosinofílicos, chamados corpos de psamoma, sendo as atividades osteoblásticas e osteoclásticas observadas na periferia da lesão (Gotmare, *et al.*, 2017; Rodrigues, *et al.*, 2019; Turin, *et al.*, 2019; Diniz, *et al.*, 2020). No caso relatado foi possível a visualização no exame histopatológico de extensas áreas de corpos psamomatoides, células fusiformes, material osteóide e mineralização irregular. Ainda, na literatura, foi relatado o desenvolvimento de um cisto ósseo aneurismático (COA) associado ao FOJPs. Johnson *et al.* concordam que os cistos ocorrem em mais de 50% dos casos, sendo 25% deles classificados como grandes e geralmente estão relacionados a lesões maxilares maiores (Johnson, *et al.*, 1991). Por outro lado, relatos de outros autores mostram que a associação do COA é mais comum na variante trabecular e em pacientes mais jovens (Han, *et al.*, 2015; Neville, 2016; Gotmare, *et al.*, 2017; Sarode, *et al.*, 2018; Goulart-Filho, *et al.*, 2018). A paciente apresentava uma endodontia prévia no dente 41, sendo uma tentativa de tratamento para a lesão, e não apresentou qualquer sinal de COA.

Existem três padrões radiológicos diferentes para o FOJPs nas tomografias computadorizadas: (1) um manto externo espesso com um núcleo radiolúcido; (2) um único nódulo mural de vidro fosco; ou (3) um sólido, de radiopacidade homogênea (Owosho, *et al.*, 2014). O FOJPs, de forma geral, se assemelha ao aspecto de vidro fosco e o FOJTr, geralmente se parece com sombras mistas ou radiolúcentes (Han, *et al.*, 2016). Ao exame tomográfico a lesão do caso em questão se apresentava dentro do primeiro padrão descrito por Owosho *et al.*, multilocular e com um halo radiopaco. Na tomografia computadorizada inicial, entregue pela paciente, foi possível observar o envolvimento das corticais ósseas vestibular e lingual pela imagem mista, com expansão e acentuado adelgaçamento das mesmas. Na tomografia de um ano e sete meses é possível observar sinais de reparo ósseo.

Dentre as lesões que são diagnóstico diferencial do FOJPs, há a displasia fibrosa (DF), em virtude dos aspectos histopatológicos se assemelharem. Embora essas lesões façam parte do mesmo grupo de lesões fibro-ósseas benignas, elas

apresentam um comportamento biológico distinto: a displasia fibrosa possui margens mal definidas, pode estar presente em qualquer parte do esqueleto, ocorrendo com frequência nas regiões periapicais da mandíbula. Já o FOJPs é mais agressivo, evidenciando margens bem delimitadas com áreas de radiolucência e/ou radiopacidade, podendo causar perfuração de cortical óssea e se comunicar com seios paranasais e a região da órbita (Nguyen, *et al.*, 2019; Rodrigues, *et al.*, 2019).

A biópsia da lesão pode fornecer um diagnóstico definitivo do tecido mas não é universalmente indicado como um diagnóstico funcional de DF. Alguns autores procederam de maneira semelhante à cirurgia atuando em um diagnóstico pré-operatório de DF sem tentar biópsia enquanto outros obtêm primeiro um biópsia para diagnóstico definitivo (Sarode, *et al.*, 2011; Lopez, *et al.*, 2016). Devido a isso, é indispensável o diagnóstico correto para o planejamento de um tratamento específico e adequado para cada lesão.

Quanto ao tratamento do FOJPs, o método cirúrgico é o mais indicado na literatura, podendo ser conservador à radical. Visto o curso clínico mais agressivo e invasivo associado à lesão, alguns autores defendem que a ressecção em bloco com margem de segurança seria o método mais adequado de tratamento para essa variante (Han, *et al.*, 2016; Goulart-Filho, *et al.*, 2018). No entanto, devido à sua natureza bem delimitada e em situações em que o tumor tem pequenas proporções, pode ser possível removê-lo através de acessos menores, como intraoral, enucleação e curetagem da lesão. A desvantagem de usar pequenos acessos é a menor possibilidade de remoção completa com margens de segurança, especialmente em lesões mais extensas e invasivas (Smith, *et al.*, 2009; Diniz, *et al.*, 2020). No caso específico, optou-se pelo acesso intraoral, enucleação e curetagem da lesão. Apesar do tamanho, não foram apresentados sinais de rápida evolução, sendo acompanhada por um período de 4 à 5 meses antes da cirurgia. Além disso, não se sabe o período inicial dessa lesão, pois foi descoberta num raio-x de rotina. Desta forma, realizou-se apicectomia e remoção de toda a lesão, sendo possível visualizar a diferença entre o osso envolvido e o tecido ósseo normal circundante.

A recidiva do FOJPs se deve principalmente pela remoção incompleta do tumor, podendo chegar até 90% dos casos (Goulart-Filho, *et al.*, 2018). A recorrência geralmente surge após 06 meses à 19 anos. Além de realizar uma abordagem adequada, com o objetivo de preservar as estruturas vitais, é de suma relevância a proervação prolongada para se evitar possíveis recidivas (Ollfa, *et al.*, 2017). O caso em questão está em acompanhamento há 01 ano e 07 meses e a proervação é contínua.

5. Conclusão

A abordagem cirúrgica conservadora foi optada, por via intraoral, levando em consideração o tamanho da lesão, localização e principalmente pelo seu comportamento e evolução mais lenta. A excisão local do tumor com curetagem e ostectomia periférica pode causar defeitos residuais e a probabilidade de recidiva é maior, no entanto, por meio do planejamento adequado foi possível proporcionar à paciente o reestabelecimento de sua saúde, sem causar danos a estruturas nobres, mantendo os elementos dentários, a qualidade de mastigação, de fonação, os contornos ósseos faciais foram mantidos, bem como tem-se como fator preponderante para explicar a escolha do plano de tratamento realizado, o total comprometimento da paciente.

Em virtude da necessidade de coleta de dados e imagens nessa modalidade de estudo, a organização e a descrição detalhada em prontuários físicos e eletrônicos é de suma relevância para o entendimento e, posteriormente, relato e publicação do caso. A manutenção do contato entre profissional e paciente, assim como o esclarecimento da importância do acompanhamento clínico e imagiológico, permite que seja possível o comprometimento por parte do paciente, não levando-o à desistência da proervação. Portanto, a documentação completa, uma revisão bibliográfica atualizada e o engajamento dos indivíduos envolvidos, fazem com que seja possível descrever casos clínicos incomuns, contribuindo dessa forma com a literatura científica.

Referências

- Barth, H., Maune, S., Schlüter, E., Schrader, B., Buhl, R., Hugo, H. H., & Mehdorn, H. M., (2004). Benign fibro-osseous tumors of the frontal skull base with intracranial extension. Report of 2 cases. *Hno*, 52(2), 140-4.
- Cuellar, A. S., Granizo, R. M., Pedro, M., & Berguer, A. (1999). Fibroma cemento-ossificante mandibular. *Med Oral*, 4, 504-506.
- Diniz, J. A., Santos Siqueira, A., Araújo, G. M., Faro, T. F., Torres, L. H. S., Oliveira e Silva, E. D., & Filho, J. R. L. (2020). Intraoral Approach for Surgical Treatment of Psammomatoid Juvenile Ossifying Fibroma. *The Journal of Craniofacial Surgery*.
- El-Naggar, A. K., Chan, J. K. C., Grandis, J.R., Takata, T., & Slotweg, P.J. (2017). *WHO Classification of head and neck tumours* (4a ed.). IARC.
- Figueiredo, L. M. G., Valente, O. H. R., Sarmiento V. A., Trindade, S. C., Oliveira, T. F. L., & Costa, W. R. M. (2012). Aspectos atuais no diagnóstico e tratamento do fibroma ossificante juvenil. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 41(2), 99-102.
- Figueiredo, L. M. G., Oliveira, T. F. L., Paraguassú, G. M., Valente, O. H. R., Costa, W. R. M., & Sarmiento V. A. (2013). Psammomatoid juvenile ossifying fibroma: case study and a review. *Oral Maxillofac Surg*, (18), 87-93.
- Gotmare, S. S., Tamgadge, A., Tamgadge, S., & Kesarkar, C. S. (2017). Recurrent Psammomatoid Juvenile Ossifying Fibroma with Aneurysmal Bone Cyst: An Unusual Case Presentation. *Iran J Med Sci November*, 42(6), 603-606.
- Goulart-Filho, J. A. V., Montalli, V. A. M., Passador-Santos, F., Soares, A. B., Araújo, N. S., & Araújo, V. C. (2018). Microvessel density and cell proliferation in juvenile ossifying fibroma: a comparative study with central ossifying fibroma. *Ann Diagn Pathol*, 36, 44-49.
- Han, J., Hu, L., Zhang, C., Yang, X., Tian, Z., Wang, Zhu. L., Yang, J. Sun, J., Zhang, C., Li, J., & Xu, L. (2016). Juvenile ossifying fibroma of the jaw: a retrospective study of 15 cases. *Internacional Journal Oral Maxillofacial Surgery*.
- Johnson, L. C., Yousefi, M., Vinh, T. N., Heffner, D. K., Hyams, V. J., & Hartman, K. S. (1991). Juvenile active ossifying fibroma. Its nature, dynamics and origin. *Acta Otolaryngol Suppl*. 488, 1.
- Khanna, J., & Ramaswami, R. (2018). *Juvenile ossifying fibroma in the mandible. Case report. Tumors*. 8(1), 147-150.
- Lopez, C., Zabala, A. B., & Bareno, E. (2016). Cranial juvenile psammomatoid ossifying fibroma: case report. *J Neurosurg Pediatr*. 17, 318.
- Margo, C. E., Weiss, A., & Habal, M. B. (1986). Psammomatoid ossifying fibroma. *Arch Ophthalmol*. 104(9), 147-151.
- Neville, B. W. (2016). *Patologia Oral & Maxilofacial* (4a ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nguyen, S., Hamel M. A., Chénard-Roy, J., Corriveau, M.N., & Nadeau, S. (2019). Juvenile psammomatoid ossifying fibroma: A radiolucent lesion to suspect preoperatively. *Elsevier Inc. on behalf of University of Washington*.
- Nogueira, R. L. M., Nonaka C. F. W., Cavalcante, R. B., Carvalho, A. C., & Souza, L. B. (2009). Fibroma ossificante juvenil localizado em mandíbula: relato de caso e breve revisão da literatura. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial/Camaragibe*. 9(1), 25-32.
- Ollfa, B. G., Romdhane, N., Nefzaoui, S., Romdhane N., Nefzaoui S., Mahjoubi M., Abid W., Hariga I., & Mbarek C. C. (2017). Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *Egyptian J Ear Nose Throat Allied Sci*. 18(2), 145-149.
- Owosho, A. A., Hughes, M. A., Prasad, J. L., Potluri, A., & Branstetter, B. (2014). Psammomatoid and trabecular juvenile ossifying fibroma: two distinct radiologic entities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 118(6), 732-738.
- Patil, K., Mahima, V. G., & Balaji, P. (2003). Juvenile aggressive cementoossifying fibroma. A case report. *Indian J Dent Res*. 14, 111-119.
- Pereira, A., Shitsuka, D. M., Pereira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia do trabalho científico*. UFSM.
- Rai, S., Kaur, M., Goel, S., & Prabhat, M. (2013). Trabeculae type of juvenile aggressive ossifying fibroma of the maxilla: report of two cases. *Contemp Clin Dent*. 3(5), 45-50.
- Rao, S., Nandeesh, B. N., Arivazhagan, A., Moiyadi A. V., & Yasha T. C (2017). Psammomatoid juvenile ossifying fibroma: Report of three cases with a review of literature. *J Pediatr Neurosci*. 12, 363-366.
- Rathore, A. S., Ahuja, P., & Chhina, S. (2014). Juvenile ossifying fibroma – WHO type. *J Case Rep Studies*. 2(2), 1-4.
- Rodrigues, K. S., França, G. M., Morais, E. F., Felipe Jr, J., Freitas, R. A., & Galvão, H. C. (2019). Fibroma ossificante juvenil: série de sete casos com enfoque nos aspectos clinicopatológicos. *J Bras Patol Med Lab*, 55(6), 659-668.
- Sarode, S. C., Sarode, G. S., Ingale, Y., Ingale, M., Majumdar, B., Patil, N., & Patil, S. (2018) Recurrent juvenile psammomatoid ossifying fibroma with secondary aneurysmal bone cyst of the maxilla: a case report and review of literature. *Clinics and Practice*, 8(10), 85.
- Sarode, S. C., Sarode, G. S., Waknis, P., Patil, A., & Jashika, M. (2011). Juvenile psammomatoid ossifying fibroma: a review. *Oral Oncol*. 47(12), 1110-1116.
- Silveira, D. T., Cardoso, F. O., Alves e Silva, B. J., Alves Cardoso, C. A., & Manzi, F. R. (2016). Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imagiológico, histopatológico e tratamento. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 51(1), 100-104.
- Slotweg, P. J. (1996). Maxillofacial fibro-osseous lesions: classification and differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol*, 13(2), 104-112.

- Slootweg, P. J., Panders, A. K., Koopmans, R., & Nikkels, P. G. (1994). Juvenile ossifying fibroma. An analysis of 33 cases with emphasis on histopathological aspects. *J Oral Pathol Med.* 23, 385-388.
- Smith, S. F., Newman, L., & Walker, D. M. (2009). Juvenile aggressive psammomatoid ossifying fibroma: an interesting, challenging, and unusual case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 67, 200-206.
- Sun, G., Chen, X., Tang, E., Li, Z., & Li, J. (2007). Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 36, 82-85.
- Toro, C., Millesi, W., Zerman, N., Robiony, M., & Politi, M. (2006). A case of aggressive ossifying fibroma with massive involvement in the mandible: differential diagnosis and management options. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra.* 1, 167-172.
- Turin, S. Y., Purnell, C., & Gosain, A. K. (2019). Fibrous Dysplasia and Juvenile Psammomatoid Ossifying Fibroma: A Case of Mistaken Identity. *American Cleft PalateCraniofacial Association.*
- Yadav, N., Gupta, P., Naik, S., Naik, S. R., & Aggarwal, A. (2013). Juvenile psammomatoid ossifying fibroma: an unusual case report. *Contemp Clin Dent.*4, 566.
- Zama, M., Gallo, S., & Santecchia, L. (2004). Juvenile active ossifying fibroma with massive involvement of the mandible. *Plast Reconstr Surg.* 113(3), 970-974.